Tagungsbericht

79. Ordentlicher Medizinischer Fakultätentag

am 31. Mai und 1. Juni 2018
in Mainz

Der Bericht ist einschließlich aller seiner Teile urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die über die engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes hinausgeht, ist ohne schriftliche Zustimmung des Herausgebers unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Speicherung in elektronischen Systemen.

Soweit in diesem Werk direkt oder indirekt auf Gesetze, Vorschriften oder Richtlinien Bezug genommen oder aus ihnen zitiert worden ist, kann der Herausgeber keine Gewähr für Richtigkeit, Vollständigkeit oder Aktualität übernehmen.

ISBN 978-3-9816052-5-9

Herausgeber: Prof. Dr. Heyo K. Kroemer
Schriftführer: Prof. Dr. Frank Richter
MFT Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland e. V.
Geschäftsstelle
Alt-Moabit 96
10559 Berlin
Telefon: +49-(0)30/6449 8559-0
Telefax: +49-(0)30/6449 8559-11
E-Mail: berlin@mft-online.de
Homepage: www.mft-online.de
alle Rechte vorbehalten

1. Auflage
Berlin, Juli 2018

Fotos: Regina Sablotny, Berlin

Inhalt

Seite

Begrüßung
Prof. Dr. Heyo K. Kroemer, Göttingen 7

Grußwort des Präsidenten der Johannes Gutenberg-Universität Mainz
Prof. Dr. Georg Krausch 13

Tagungsimpressionen I 17

Eröffnungsvortrag der Bayerischen Staatsministerin für Wissenschaft und Kunst
Prof. Dr. Marion Kiechle, München 21

Tagungsimpressionen II 25

(K)Ein Blick in die Glaskugel: Entwicklungen im Gesundheitswesen und ärztlicher Fachkräftebedarf
Prof. Dr. Ferdinand Gerlach, Bonn 29

Was wird aus den Medizinstudierenden?
Prof. Dr. Pascal Berberat, München
Prof. Dr. Martin Fischer, München 47

Tagungsimpressionen III 57

Regionale Fehlverteilung im europäischen Vergleich
Dr. Matthias Wismar, Brüssel 61

Verteilungsgerechtigkeit in der ambulanten Versorgung in unterschiedlich strukturierten Regionen
Dr. Thomas Uhlemann, Berlin 71

Fördermöglichkeiten und Unterstützungsangebote der KV Rheinland-Pfalz
Dr. Peter Heinz, Mainz 83

Tagungsimpressionen IV 95

Festveranstaltung: Grußwort des Wissenschaftlichen Vorstandes der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz
Prof. Dr. Ulrich Förstermann 99

Festveranstaltung: Grußwort des Staatssekretärs im Ministerium für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur des Landes Rheinland-Pfalz
Prof. Dr. Salvatore Barbaro 107

Verleihung des Ars legendi-Fakultätenpreises für exzellente Lehre in der Medizin
Einführung
Bettina Jorzik, Essen 113
Laudatio
Prof. Dr. Josef Pfeilschifter, Frankfurt am Main 117
Danksagung
Dr. Anne Herrmann-Werner, Tübingen 121

Tagungsimpressionen V 125

Ärzte in der forschenden pharmazeutischen Industrie
Dr. Thor Voigt, Ingelheim am Rhein 129

Modelle der Studienplatzerhöhung
Prof. Dr. Michael Gekle, Halle/Saale 139

Auswahlverfahren der Hochschulen
Prof. Dr. Bernhard Marschall, Münster 155

Hürden des Zugangs zum Arztberuf – Neuerungen im Urteil des Bundesverfassungsgerichts zum Numerus clausus –
Prof. Dr. Ferdinand Kirchhof, Karlsruhe 167

Übergabe der Urkunden zum Master of Medical Education (MME)
Prof. Dr. Reinhard Hickel, München 183

Tagungsimpressionen VI 185

Podiumsgespräch: Mehr Studienplätze in Deutschland – neue Konzepte
Dr. Günther Matheis, Mainz
Luca Salhöfer, Berlin
Prof. Dr. Dr. Jürgen Schüttler, Erlangen
Prof. Dr. Johanna Weber, Greifswald
Moderation: Armin Himmelrath, Köln 187

Schlussworte und Ankündigung des oMFT 2019
Prof. Dr. Ulrich Förstermann, Mainz 203
Prof. Dr. Heyo K. Kroemer, Göttingen 205
Prof. Dr. Ingo Autenrieth, Tübingen 207

Mitgliederversammlung des 79. Ordentlichen Medizinischen Fakultätentages 209

Anhang – Teilnehmerliste 221

Eröffnung des Ordentlichen Medizinischen Fakultätentages 2018

Prof. Dr. Heyo K. Kroemer
Präsident des MFT, Göttingen

Sehr geehrte Frau Ministerin Kiechle,
sehr geehrter Herr Präsident Krausch,
meine Damen und Herren Abgeordneten,
sehr geehrte Vertreter der Ministerien,
meine sehr verehrten Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen Dekane der Medizinischen Fakultäten,

ich möchte Sie herzlich hier in Mainz zum 79. Ordentlichen Medizinischen Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland begrüßen.

Eigentlich wäre es angebracht, an dieser Stelle einige Ausführungen zum gastgebenden Standort zu machen. Die Zeiten sind bewegt und kurzweilig, und deswegen möchte ich ohne Umschweife gleich zu Beginn dieser Begrüßung die Punkte besonders ansprechen, die uns derzeit umtreiben.

Lassen Sie mich mit der Situation der Medizinischen Fakultäten in der Bundesrepublik Deutschland beginnen.

Die Bedeutung dieser Fakultäten steht, denke ich, völlig außer Zweifel. Wir stehen am Vorabend des demographischen Wandels mit ganz erheblichen Auswirkungen auf das Gesundheitssystem.

Erwähnt sei nur die Reduktion der Geburtsjahrgänge um 33 % zwischen 1960 und 1975. Wenn wir überhaupt damit fertig werden wollen, brauchen wir eine solide Ausbildung des ärztlichen Nachwuchses, die nur über die Medizinischen Fakultäten gewährleistet wird.

Gleichzeitig und bisher noch unabhängig vom demographischen Wandel sehen wir ein massives Versorgungsproblem in der Peripherie. Dieses Problem mit seinen spezifischen Ursachen und Facetten wird in Teilen mit unseren Ausbildungssystemen verknüpft.

So hat etwa das Programm Medizin 2020 im Koalitionsvertrag der letzten Bundesregierung einen engen Zusammenhang zwischen der Ausbildung der Medizinstudenten und den Problemen der Versorgung in der Fläche hergestellt und folgt der Hypothese, dass insbesondere eine lokale, regionale Ausbildung dazu führt, dass es mehr Ärzte in der Fläche geben wird. Das gleiche wird für den Zusammenhang zwischen einer verbesserten Ausbildung in der Allgemeinmedizin und der Versorgung in der Peripherie postuliert. Strukturell ist dieser Zusammenhang deswegen interessant, weil er dazu führt, dass an vielen Orten neue Studiengänge gegründet werden. Diese sehen zum einen de novo Gründungen vor, wie sie etwa vom bayerischen Staat in Augsburg betrieben worden sind und in Bielefeld angestrebt werden.

Es gibt in vielen Fällen aber auch Kombinationen neuer Orte mit bestehenden Fakultäten. So versucht etwa meine Universitätsmedizin in Göttingen gemeinsam mit dem Klinikum Braunschweig einen zweiten klinischen Campus zu gründen, um dort in Zukunft Teilstudienplatzinhaber, die wir bisher nicht vollständig ausbilden konnten, durch die klinische Ausbildung zu bringen. Es gibt ein buntes Bild solcher Kooperationen, etwa zwischen Erlangen und Bayreuth oder auch zwischen Köln und Siegen.

Für uns als Medizinische Fakultäten ist es von höchster Relevanz, dass die Qualität der ärztlichen Ausbildung erhalten bleibt und zwar zum Wohl des Patienten. Neben der Didaktik spielt der wissenschaftliche Hintergrund eine zentrale Rolle: Wie sollen Ärzte mit der überwältigenden Informationsflut umgehen, wenn sie nicht die notwendige Ausbildung dafür im Studium bekommen haben? Wie wollen wir in Zukunft sicherstellen, dass es noch alle versorgungsrelevanten Fachrichtungen gibt? Je nach Fakultät wollen nur wenige Prozent eines Anfängerjahrgangs Chirurgen werden. Der Medizin 2020-Prozess hat sich auf die Allgemeinmedizin reduziert und die anderen Fachrichtungen völlig aus dem Blick verloren. Wo ich schon dabei bin: Auch auf einem zweiten Auge ist der 2020-Prozess blind, das ist der gesamte Bereich der Digitalisierung der Medizin, die buchstäblich mit keinem Wort erwähnt ist.

Hier muss nach unserem Dafürhalten nachgesteuert werden.

Es erscheint uns außerordentlich wichtig, dass in der Bundesrepublik in jedem Fall eine Ärztin oder ein Arzt drin ist, wo der Berufstand außen dran steht, da sind wir uns mit der Bundesärztekammer völlig einig.

Als Medizinischer Fakultätentag achten wir sehr darauf und haben bereits einen Workshop durchgeführt, in dem die von den Kooperationsverfahren mit externen Krankenhäusern betroffenen Universitätsmedizinen zusammen geführt worden sind. Bei diesem Workshop wurden erstaunliche Unterschiede in der Organisationsform, der Vorbereitungstiefe und dem Anspruch deutlich. Es wäre meines Erachtens höchste Zeit, dass sich die Politik in unserem föderalen Land abspricht, um eine qualitativ einheitliche Arztausbildung zu gewährleisten.

Neben den Fakultäten hat sich auch die Situation in der gesamten Universitätsmedizin, sprich in der Kombination aus Fakultäten und Kliniken weiter komplex gestaltet. Der Medizinische Fakultätentag und der Verband der Universitätsklinika arbeiten hier engstens zusammen, und wir sind davon überzeugt, dass beide Seiten unmittelbar und vital voneinander abhängen. Dies betrifft etwa die gesamte Entwicklung rund um den demographischen Wandel, ein Punkt, der nicht auf den ersten Blick relevant scheint.

Wir werden alle gemeinsam sehen, dass in den nächsten fünf Jahren große Kohorten von Pflegekräften in den Ruhestand gehen, ohne dass wir eine Chance haben, diese Personengruppen vollständig zu ersetzen. Das resultierende Problem in der Pflege muss durch eine Vielzahl von Aktivitäten angegangen werden, zu denen sicherlich auch die akademische Ausbildung von Pflegepersonal, Physiotherapeuten und Hebammen gehört. In diesem Bereich engagieren sich immer mehr Medizinische Fakultäten und leisten ihre Beiträge in der Ausbildung dieser Berufsgruppen. Bei allen Aktivitäten ist die Finanzierung universitärer Medizin von fundamentaler Bedeutung.

Es gibt eine Reihe von erfreulichen Entwicklungen an vielen Standorten, an denen die Landesregierung mittlerweile massiv etwa bauliche Infrastrukturen finanziert, zum Beispiel in Frankfurt, Jena, in Niedersachsen und an vielen anderen Standorten. Es gibt parallel aber auch eine ganze Vielzahl mit Problemen in der dauerhaften Finanzierung, insbesondere in der Krankenversorgung. Auch hier hat sich ein bisschen getan; wir haben zwar den Systemzuschlag für die Universitätsmedizin nicht erreicht, aber einzelne Komponenten sind realisiert worden. Dazu gehört insbesondere die Vergütung der Hochschulambulanzen, die – mit Ausnahme der baden-württembergischen Standorte – signifikante materielle Verbesserungen gebracht hat, die wir auch dringendst benötigen.

Die Investitionsproblematik betrifft allerdings nicht nur die Krankenversorgung, sondern auch den Forschung- und Lehre-Teil. Jeder Dekan hier im Raum kennt das Gefühl, wenn ein Next Generation Sequencing-Gerät nach langen Anträgen endlich bestellt werden kann und dann bereits die übernächste Generation im Handel ist.

Deswegen macht es Sinn, dass etwa im Rahmen des Forums Gesundheit des BMBF, an dem auch der MFT beteiligt ist, intensiv darüber nachgedacht wird, inwieweit sich der Bund in Zukunft infrastrukturell engagieren kann. Zentrale Next Generation Sequencing-Hubs wären eine große Entlastung. Wenn Sie an aktuelle Entwicklungen wie etwa die Single Cell Genomics denken, explodiert der Investitionsbedarf. Der Bund engagiert sich ein Stück weit im Rahmen der Medizininformatik-Initiative, an der fast alle Medizinischen Fakultäten beteiligt sind und die dazu führen sollte, dass wir im Bereich der Digitalisierung der Universitätsmedizinen mittelfristig deutlich besser aufgestellt sind.

Wir alle stehen ständig im Wettbewerb. Bei der Exzellenzinitiative haben in der Vorauswahl die Biomedizinischen Einrichtungen nicht besonders erfolgreich abgeschnitten, es sind nur 15 von 90 Anträgen aus der Biomedizin. Uns bleibt zu hoffen, dass sich dies in der Hauptantragstellung zumindest etwas verbessert.

Für die Universitätsmedizin ist eine Integration in die Verfahren der Exzellenzinitiative von großer Bedeutung für die enge Kooperation mit den Universitäten.

Bei aller Umgebungskomplexität hat sich die Situation des Medizinischen Fakultätentages im letzten Jahr ebenfalls stark weiter entwickelt.

Sie alle erinnern sich an die Situation von vor drei Jahren in Kiel, als wir in einer außerordentlich bedrohlichen Lage waren. Insbesondere durch die Aktivitäten unseres Generalsekretärs, Dr. Frank Wissing, hat sich die Gesamtlage des Fakultätentages deutlich verbessert. Neudeutsch bezeichnet man das Phänomen der letzten Jahre als eine Verbesserung der sogenannten Akteursfähigkeit.

Wir werden im politischen Rahmen wesentlich intensiver gehört, als das früher der Fall war. Es wäre früher undenkbar gewesen, dass der Bund dem MFT eine Geschäftsstelle im NKLM-Prozess zuspricht, dass der Wissenschaftsrat dem MFT explizit Aufgaben zuteilt oder wir eng in die Arbeit des BMBF eingebunden sind. Die Kehrseite besteht in einem ehrenamtlichen Verein darin, dass sich die Zahl der Aufgaben massiv erhöht hat und wir damit umgehen können und müssen. Ich bin sicher, dass die positiven Effekte dieser Aktivitäten bei den einzelnen Fakultäten ankommen.

Meine Damen und Herren, zusammenfassend ist die Universitätsmedizin in Deutschland und insbesondere in den Medizinischen Fakultäten in einer aus meiner Sicht kritischen Entwicklungssituation. Wir werden aus dieser Situation nur erfolgreich hervorgehen, wenn sich möglichst viele Kollegen daran beteiligen, diese Entwicklung erfolgreich zu meistern. In diesem Sinne bitte ich Sie alle um Ihre weiterhin engagierte Mitarbeit im Medizinischen Fakultätentag.

Meetings machen Arbeit. Mein ausdrücklicher Dank gilt den Gastgebern hier in Mainz, dem Präsidenten Krausch und dem Dekan Uli Förstermann und den Mitarbeitern der MFT-Geschäftsstelle, hier allen voran Frau Dölling. Hiermit erkläre ich den 79. Ordentlichen Medizinischen Fakultätentag in Mainz für eröffnet.

Erausch
Mainz

Grußwort des Präsidenten der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Prof. Dr. Georg Krausch

Sehr geehrter Herr Kroemer,
sehr verehrte Frau Staatsministerin Kiechle,
lieber Herr Förstermann,
lieber Herr Pfeifer,
liebe Kolleginnen und Kollegen,
liebe Kommilitoninnen und Kommilitonen,
liebe Gäste,

es ist mir eine große Freude, Sie im Namen der Johannes Gutenberg-Universität begrüßen zu dürfen. Es ist eine große Ehre für uns, dass Sie den Medizinischen Fakultätentag bei uns in Mainz abhalten.

Ich freue mich, dass ich von Ihnen heute so freundlich begrüßt wurde. Ich habe nämlich eine traumatische Erfahrung in Stuttgart hinter mir, als ich vor einigen Jahren eingeladen vom VUD auf eine Initiative des damaligen Ministers Frankenberg zur Umgestaltung der universitären Medizin in Baden-Württemberg Stellung nehmen sollte. Ich sollte über die Erfahrungen mit dem Rheinland-Pfälzischen Universitätsmedizingesetz berichten und wurde mit den Worten eingeführt: „Herr Präsident, Sie sind zum Abschuss freigegeben." Das ist mir weder als Hochschullehrer noch als Präsident noch ein zweites Mal passiert, hat aber darauf hingedeutet, dass es gewisse Spannungen zwischen den Rektoren der Universitäten und den Dekanen der Universitätsmedizin gegeben hat oder vielleicht auch noch gibt.

In Rheinland-Pfalz haben wir seit zehn Jahren die sogenannte Doppelte Integration und leben sie, wie ich glaube, recht gut. Doppelte Integration bedeutet, dass alle medizinischen Betriebseinheiten, seien sie klinisch oder nichtklinisch, seit 2009 zu einer rechtlich und wirtschaftlich selbständigen Körperschaft mit dem Namen „Universitätsmedizin Mainz" zusammengefasst sind. Diese Universitätsmedizin Mainz hat in all ihrem akademischen Handeln, in Forschung und Lehre, die Rolle eines Fachbereichs der Johannes Gutenberg-Universität inne.

Ich halte die erste Integration in der Sache für durchaus gegeben, denn eine Trennung zwischen Forschung und Krankenversorgung oder zwischen Forschung und Lehre

lässt sich ohnehin nicht aufrechterhalten, schon deshalb nicht, weil auch im klinischen Bereich geforscht und gelehrt wird. Diese Integration funktioniert im Alltag genauso gut wie in der vorherigen Betreibungsform, denn sie hängt ebenfalls von den Menschen in der Fakultät oder im Klinikum ab, die die Integration tatsächlich gestalten. Wir pflegen ein sehr gutes Verhältnis miteinander, was nicht zuletzt daran liegen kann, dass der jetzige Dekan der Medizinischen Fakultät vorher für vier Jahre Vizepräsident der Universität war.

Als Präsident einer Universität mit einer Medizinischen Fakultät wird man in der Hochschulrektorenkonferenz typischerweise mitleidig angesehen – gut 30 % der Zeit werde für einen Fachbereich, nämlich die Medizin, eingesetzt. Dass dann für die anderen neun Fachbereiche und die beiden künstlerischen Hochschulen nicht mehr die gleiche Zeit übrig bleibt, lässt sich leicht errechnen. Aber dies ist völlig in Ordnung. Der Medizinische Fachbereich ist ein sehr wichtiger Bestandteil der Universität. Dies sage ich nicht nur, weil er als Gründungsmitglied der Universität 1477 einer der ältesten ist und nicht nur, weil er sehr groß ist und weil er wegen der Betreuungsaufgaben der Medizin viele Professoren hat, sondern weil die Dynamik in der Medizin eine ganz andere ist. Die Medizin ist viel stärker als in den anderen Fachbereichen von dem Wunsch getrieben, Menschen zu helfen, sie gesund zu erhalten oder sie wieder gesund zu machen.

Diese Dynamik kann man spüren. Sie wirkt über den Fachbereich hinaus in den Rest der Universität. Viele kooperative Forschungsvorhaben, nicht nur mit den Naturwissenschaften, sondern auch mit den Geisteswissenschaften, wo es zwei von der DFG geförderte Graduiertenkollegs gibt, belegen eine Vielzahl von Grenzüberschreitungen, die die Universität im positiven Sinne bereichern.

Wir haben vor fünfeinhalb Jahren 15 große medizinführende Universitäten in die „German U15“ zusammengefasst. Das war zwar in der HRK nicht unumstritten, hatte aber auch damit zu tun, dass wir der Meinung waren und sind, dass die Probleme, Herausforderungen und Themen, die uns bewegen, andere sind als die Themen einer kleinen Fachhochschule oder einer mittelgroßen Universität, die nicht über einen medizinischen Fachbereich verfügen.

Wir versuchen uns dort, den drängenden Problemen in der universitären Medizin zu stellen, von denen Ihr Präsident in seiner Eröffnung einige angesprochen hat. Und wir versuchen nach unseren Möglichkeiten Überzeugungsarbeit insbesondere auch im Bund zu betreiben. Dort haben wir wiederholt auch die Finanzierungsproblematik der universitären Krankenversorgung angesprochen. Sie ist eine besondere, denn das DRG-Verfahren ist ein Mittelwertverfahren. Ein solches ist nur für diejenigen auskömmlich, die im Leistungsspektrum im mittleren Bereich stehen. Als Supramaximalversorger und Ausbildungseinrichtung kann das mit den DRG nicht gut funktionieren. Sie wissen aber auch, dass solche Gespräche recht mühsam sind, weil die wahrgenom-

mene Verantwortung zwischen Bund und Ländern sowie den beteiligten Ministerien unklar ist. Deswegen versuchen wir, diese Problematik auch in den für Wissenschaft zuständigen Stellen anzusprechen, auch wenn wir wissen, dass die Krankenversorgung nicht die ursprüngliche Zuständigkeit gerade dieser Ressorts ist. Es ist uns wichtig, dass das Problem der Finanzierung der universitären Krankenversorgung in den Kabinetten auf Bundes- und auf Länderebene wahrgenommen wird.

Eine weitere große Herausforderung, die wir hier in Mainz haben, aber wahrscheinlich auch mit vielen Ihrer Einrichtungen teilen, ist die Frage der Infrastruktur. Das Wort „Abschreibung" kommt in den öffentlichen Haushalten oft zu kurz, trotzdem gibt es ein Altern von Geräten und Immobilien. Das ist auch in den anderen Teilen der Universität so, hat aber dort keine unmittelbaren wirtschaftlichen Effekte. In alte Gebäude kommen nicht zwingend weniger Studierende, denn sie finden es unter Umständen sogar ein wenig charmant, in einem alten Haus ihre Lehre zu absolvieren. In der Medizin ist das anders – wenn Geräte alt sind, werden sich Patienten gegebenenfalls dafür entscheiden, in eine andere, moderner ausgestattete Klinik zu gehen, und wenn die Gebäude alt sind, dann erst recht.

Dies alles sind wirtschaftliche Fragen, die uns an einem medizinischen Campus, der aus einem alten Stadtkrankenhaus entstanden ist, der wunderschön gelegen, aber räumlich extrem beengt ist, Sorgen bereiten. Wir als Universität versuchen, gemeinsam mit dem Vorstand der Universitätsmedizin Mainz und den politisch Verantwortlichen Lösungen zu finden.

Der Ärztemangel ist bereits angesprochen worden. Ich bin, genau wie Sie, nicht so sicher, ob wir an den Universitäten die Problematik des Landarztmangels lösen können. Die jungen Absolventinnen und Absolventen gehen am Ende dorthin, wohin sie gehen wollen. Auch die Ideen der Ausdehnung nur des klinischen Ausbildungsteils in ein anderes Krankenhaus irgendwo in der Region erscheinen mir zumindest nicht unproblematisch. Die Auslagerung funktioniert vielleicht – wie das aber mit einer Reform des Medizinstudiums, bei der von Studienbeginn an eine Verzahnung klinischer und vorklinischer Inhalte gefordert wird, zusammenpassen soll, bleibt fraglich.

Auch die Steigerung der Anzahl der Medizinstudienplätze können wir nur gemeinsam zwischen den Medizinischen Fakultäten und den Kernuniversitäten, insbesondere den Naturwissenschaften erreichen. Auch da stoßen wir immer wieder an Probleme. Natürlich kann man Lehrpersonal einstellen. Wenn es dann aber um die Laborplätze für die Praktika und Kurse geht, steht man schon wieder vor infrastrukturellen Fragen, weil dafür ein Gebäude errichtet werden müsste. Anmietungen sind bei reinen Schreibtischarbeiten das kleinere Problem, im Laborbereich sind sie aber schwierig.

Die Digitalisierung war im Eröffnungsreferat angesprochen – sie treibt uns auch hier in Mainz um. Wir haben in Mainz sehr interessante Entwicklungen, ich verweise hier

nur auf das Stichwort „data literacy“. Hier geht es nicht um den Einsatz von Smartphones in der Vorlesung oder die Nutzung von Whiteboards im Unterricht, sondern um die Frage, wie die Digitalisierung und die neuen Geräte das Handeln des Arztes in den nächsten 10 oder 20 Jahren beeinflussen werden. Was werden die heute schon verfügbaren Apps verändern, wo und wie wird die Künstliche Intelligenz Einfluss nehmen? Das sind Fragen, die heute in der Lehre noch viel zu wenig Beachtung finden. Wir sind hier auf einem guten Weg, denn wir sind dabei, die Medizin als Vorbild für die anderen Fachbereiche zu nehmen. Die Digitalisierung wird in alle Fachrichtungen und in alle Lebensbereiche eingreifen.

Angesichts der hier nur kursorisch benannten Probleme können wir uns die eingangs zitierten Befindlichkeiten zwischen der Universität und der Universitätsmedizin oder gar zwischen den Verantwortlichen an der Spitze der Einrichtungen schlicht nicht leisten. Wir müssen gemeinsam an einem Strang ziehen, um die Probleme zu lösen. Es gab und gibt in Mainz zahlreiche gute Entwicklungen, die ich den anderen Standorten in Deutschland nur wünschen kann.

Ihnen als Teilnehmer des 79. Ordentlichen Medizinischen Fakultätentages wünsche ich einen schönen Aufenthalt hier in Mainz. Ich bin sicher, dass das Programm auch vorsieht, dass Sie ein wenig von den kulinarischen und kulturellen Highlights aus dieser mehr als 2000 Jahre alten Stadt mitnehmen können.

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Tagungsimpressionen I

Eröffnungsvortrag der Bayerischen Staatsministerin für Wissenschaft und Kunst

ON
OFF

Eröffnungsvortrag der Bayerischen Staatsministerin für Wissenschaft und Kunst

Prof. Dr. Marion Kiechle
München

Es gilt das gesprochene Wort!

Meine Damen und Herren!

Ich freue mich sehr, heute bei Ihnen in Mainz zu sein! Ganz herzlich begrüße ich Prof. Dr. Heyo Kroemer, Prof. Dr. Georg Krausch sowie Prof. Dr. Ulrich Förstermann.

Ich bin ja vor kurzem von der Rolle der Ordinaria für Gynäkologie an der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität München in die der bayerischen Wissenschaftsministerin gewechselt. In Bayern ist alles möglich: Von der Unimedizinerin zur Wissenschaftsministerin. Viele von Ihnen fragen sich bestimmt, warum ich das gemacht habe. Bayern und seine Menschen haben mir sehr viel gegeben, und das kann ich nun zurückgeben. Die Antwort ist ganz klar: Ich will die Zukunft gestalten und etwas für die Menschen bewegen.

Beim Blick in das Programm des 79. Ordentlichen Medizinischen Fakultätentages zeigen sich die zentralen Fragen: Wie viele Ärzte braucht unser Land? Wohin gehen sie? Wie ist die Verteilung der Ärzte? Wie wählen wir unsere Medizinstudierenden in Zukunft aus? Ich möchte die Gelegenheit heute nutzen, um Ihnen meine Gedanken und Antworten darzulegen.

Wie viele Ärzte braucht unser Land? Haben wir nun tatsächlich einen Ärztemangel? Die Antwort ist aus meiner Sicht „Ja“, aber es bedarf hier einer differenzierten Betrachtung. Wir wissen, dass die Arzt-Zahlen steigen und die Abbrecher-Quote beim Medizinstudium relativ gering ist – wir sprechen hier von fünf bis zehn Prozent, also deutlich weniger als in den anderen Studiengängen. Die Pro-Kopf-Zahl der Ärzte steigt zwar, aber die Lebensarbeitszeit der Ärzte nimmt insgesamt ab. Aber nicht weil die Ärzte von heute faul oder weniger enthusiastisch sind, sondern weil wir endlich ein Arbeitszeitgesetz mit geregelten Arbeitszeiten haben. Zudem gibt es in der medizinischen Versorgung mehr und mehr familienfreundliche Teilzeitstellen. Das alles sind gute und sinnvolle Entwicklungen für unsere Ärztinnen und Ärzte, welche die Work-Life-Balance verbessern und vor Burn Out schützen, sodass wir hier keinerlei Abstriche mehr machen möchten. Also können wir festhalten, dass trotz steigender Pro-

Kopf-Zahlen immer noch ein Ärztemangel besteht. Zu Recht fordert daher die Ärzteschaft eine Steigerung der Medizinstudienplätze von bis zu 10 %.

Unabhängig davon haben wir in Bayern diese Entwicklung frühzeitig erkannt und proaktiv gehandelt: Durch das neue Uniklinikum in Augsburg und den Medizinstudiengang, der 2019 an den Start geht, werden wir rund 1.500 neue Medizinstudienplätze schaffen. 252 Medizinstudierende jährlich werden im Endausbau in Augsburg ihre Ausbildung beginnen. Wir steigern die Anfängerzahlen nicht um 10 %, sondern um fast 15 %. Natürlich können wir nicht in die Zukunft schauen und genau voraussagen, ob das wirklich ausreicht und wie sich unsere Ärztezahlen entwickeln werden. Aber wir haben mit dieser gezielten Politik die nötigen Rahmenbedingungen geschaffen, um hier auf dem richtigen Weg zu bleiben. Dafür werde ich mich mit aller Kraft und großer Leidenschaft weiterhin einsetzen.

Ich komme nun zu meiner zweiten Frage: Wo gehen die Ärzte und Ärztinnen hin? Wie sieht die Verteilung aus? Das sind, denke ich, unsere größten Probleme. Es liegt eine Fehlverteilung vor, sowohl zwischen den Regionen als auch zwischen den Disziplinen – insbesondere zwischen den Allgemeinmedizinern und anderen Fachärzten. Diesem Verteilungsproblem soll nun durch den Masterplan Medizinstudium 2020 begegnet werden. Dieser sieht vor, die Allgemeinmedizin in Studium und Forschung zu stärken, was ich für extrem wichtig und sinnvoll erachte. Es wird zum Beispiel im PJ ein verpflichtendes Wahlquartal im ambulanten vertragsärztlichen Bereich geben, und das Fach Allgemeinmedizin wird zum obligaten Prüfungsgegenstand im Staatsexamen am Ende des Studiums. Die Medizinischen Fakultäten sind verantwortlich für die Ausbildung junger Ärzte, die dann selbst entscheiden, in welche konkrete Tätigkeit sie sich einbringen wollen. Diese Maßnahmen werden hoffentlich greifen und viele angehende Ärzte für das Fach Allgemeinmedizin begeistern.

Klar ist aber auch: Wir brauchen mehr Ärzte auf dem Land. Bayern hat sich im Rahmen des Masterplans Medizin von Anfang an für eine Landarztquote eingesetzt und sich nicht auf das „Prinzip Hoffnung“ verlassen, sondern aktiv einen Beitrag zur Lösung dieses Problems geleistet. Als Flächenstaat haben wir durchgesetzt, dass eine optionale Landarztquote von bis zu zehn Prozent im Masterplan als Ziel verankert wurde. Es freut mich sehr, dass wir in Bayern mit dieser Idee nicht mehr alleine dastehen, sondern dass inzwischen zahlreiche Bundesländer die Landarztquote umsetzen wollen. Es ist klug und umsichtig, einen kleinen Teil der Studienplätze für Bewerber zu reservieren, die sich zu einer späteren Tätigkeit in unterversorgten Gebieten verpflichten. Auf diese Weise können die Patientinnen und Patienten auch künftig einen Hausarzt vor Ort finden. Es ist eine unserer zentralen politischen Aufgaben, Ärzte für ländliche Regionen zu gewinnen und die Versorgung damit sicherzustellen. Ich bin überzeugt, dass wir mit dem Masterplan 2020 nun auf einem sehr guten Weg sind.

Wenn wir über Fehlverteilung sprechen, dann möchte ich nicht unerwähnt lassen, dass

es diese auch bei den Fachärzten gibt. Je nach Region, aber auch in Großstädten gibt es bereits einen Mangel an Pädiatern und Augenärzten im ambulanten Bereich und auch an Chirurgen und Geburtshelfern in der stationären Versorgung. Auch diese Herausforderung packen wir kraftvoll an – gemeinsam mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Kostenträgern, die für die Versorgung der Bevölkerung im ambulanten Bereich und damit auch die Verteilung der Vertragsärzte verantwortlich sind. Flankierende Unterstützung kommt von politischer Seite hierzu aus den Gesundheitsministerien – etwa durch Stipendienprogramme, spezielle Niederlassungsförderungen oder Beratungsleistungen.

Ich komme nun zu meinem letzten Punkt: Wie wählen wir unsere Medizinstudierenden in Zukunft aus? Hier sind wir durch das Urteil des Bundesverfassungsgerichts gezwungen, neu und intensiv über unser Vergabesystem nachzudenken, denn es hat vor einem halben Jahr festgestellt: Das derzeitige Verfahren zur Vergabe der Studienplätze in der Medizin ist in Teilen nicht mit der Verfassung vereinbar und darf nur noch bis Ende 2019 angewandt werden.

Das Urteil kritisiert vor allem die Wartezeit und sieht verschiedene Aspekte der Auswahlverfahren der Hochschulen als verfassungswidrig an. Wir haben also eineinhalb Jahre Zeit für die Umsetzung. Zur technischen Seite ist mir wichtig: Das Auswahlverfahren der Hochschulen darf nicht technischen Schwierigkeiten geopfert werden! Die Software-Probleme bei der Stiftung für Hochschulzulassung müssen gelöst werden!

Ich werde alles daran setzen, dass es hier möglichst keine Übergangslösungen geben wird. Wir arbeiten von politischer Seite mit Hochdruck an einem neuen Modell – in zwei Wochen bei der Plenarsitzung der KMK am 14. und 15. Juni 2018 wollen wir die Eckpunkte der neuen Regelung beschließen. Ich bin optimistisch, dass wir uns im Kreis der Kolleginnen und Kollegen aus den Ländern verständigen können. Ziel ist es, im Dezember 2018 einen Staatsvertrag zu unterschreiben, für den ein einstimmiges Ergebnis der Länder Voraussetzung ist.

Für mich ist klar: Zentrales Kriterium ist die Eignung. Es geht darum, die am besten für das Studium geeigneten Bewerber zu ermitteln. Nur so werden möglichst viele Medizinstudierende die Universitäten am Ende als gut ausgebildete Ärztinnen und Ärzte verlassen. Nach dem BVerfG-Urteil ist auch klar, dass eine langjährige Wartezeit keinen Rückschluss auf die Eignung zum Medizinstudium zulässt. Denn Warten sorgt nicht dafür, ein guter Arzt oder eine gute Ärztin zu werden. Warten per se ist kein sinnvolles Zulassungskriterium. Und deshalb sind wir uns in diesem Punkt alle einig: Eine reine Wartezeitquote, die bislang 20 % umfasst hat, wird es in der Zukunft nicht mehr geben, diese wird komplett entfallen. Hervorragende Abiturienten sind nach meiner eigenen Erfahrung auch im Studium erfolgreich. Das weiß ich aus zahlreichen Staatsexamensprüfungen, die ich abgenommen habe.

Daher sollten wir die Aussagekraft der Abiturnote nicht infrage stellen, zumal es das BVerfG auch nicht tut. Schließlich ist die Abiturnote der beste Einzelprädikator für ein erfolgreiches Studium. Wir sollten daher auch unbedingt in Erwägung ziehen, die 20 %, die durch den Wegfall der Wartezeit frei werden, der Abiturbestenquote zuzuschlagen. Damit würde man die Abiturbestenquote auf 40 % aufstocken und sicherstellen, dass deutlich mehr Bewerber auch mit den Noten 1,1 und 1,2 zum Zuge kommen. Ich weiß, einige von Ihnen, die die Abiturbestenquote gerne ganz gestrichen hätten, werden jetzt empört sein. Aber bitte denken Sie daran: Sie ist nach wie vor das beste Kriterium, das wir haben! Die Quote für die Auswahlverfahren der Hochschulen sollte mit 60 % weiterhin den größten Teil ausmachen, aber gemäß der Kritik des BVerfG nachhaltig verbessert werden.

Entscheidend ist es dabei, auch hier eine bundesweite Vergleichbarkeit der Abiturnoten einzuführen. Und darüber hinaus – wie es auch das Gericht betont hat – gilt es, neben der Abiturnote noch weitere Eignungskriterien zu berücksichtigen. In Frage kommen hier in erster Linie validierte Testverfahren zur medizinspezifischen Studierfähigkeit, wie der TMS (HD) oder HamNat (UKE), aber auch berufliche Vorerfahrungen oder die Berücksichtigung sozialer Fähigkeiten anhand von Situational Judgement Tests (SJTs). Kurzum, das vorgeschlagene Modell finde ich gelungen, plausibel machbar, und es könnte gut innerhalb der Auswahlverfahren der Hochschulen umgesetzt werden.

Ich spreche mich auch dafür aus, dass individuelle Schwerpunktsetzungen bei den Auswahlverfahren der Hochschulen weiterhin möglich bleiben. Das ist im Sinne der Bewerber und der Hochschulautonomie. Es muss transparent sein, welche Kriterien jeweils berücksichtigt werden. Mir ist aber wichtig, dass eine wissenschaftliche Evaluation dieser verschiedenen Auswahlsysteme durchgeführt wird, damit wir dann auch wirklich sicher sein können. Denn nur so werden wir die besten und geeignetsten Bewerber in ein Medizinstudium bringen und eine gute medizinische Versorgung und auch medizinische Forschung nachhaltig aufrechterhalten können. Dafür werde ich mich mit aller Kraft einsetzen.

Die deutsche Hochschulmedizin hat spannende Zeiten vor sich. Wir stehen vor wichtigen Weichenstellungen für die Zukunft der Medizin in unserem Land. Ich freue mich darauf, diese Prozesse mit Ihnen gemeinsam zu gestalten. Nun wünsche ich Ihnen eine gewinnbringende Tagung und viele interessante Impulse für Ihre Arbeit.

Tagungsimpressionen II

Wie viele Ärzte braucht das Land?

Moderation: Prof. Dr. Kerstin Krieglstein

medizin
faku
mft
Gerlach
Bonn

(K)Ein Blick in die Glaskugel: Entwicklungen im Gesundheitswesen und ärztlicher Fachkräftebedarf

Prof. Dr. Ferdinand Gerlach
Vorsitzender des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Bonn

Liebe Frau Krieglstein,
sehr geehrte Abgeordnete,
sehr geehrte Frau Staatsministerin Kiechle,
liebe Kolleginnen und Kollegen,
meine Damen und Herren,

ich wurde schon auf dem Weg zu meinem Vortrag gefragt, ob ich denn für meine Darstellung in die Glaskugel geblickt hätte oder gar eine solche dabei haben würde. Das muss ich verneinen und daher habe ich meinen Titel auch in „(K)Ein Blick in die Glaskugel" abgewandelt. Wir brauchen gar keine Glaskugel, denn aus meiner Sicht sind die Fakten relativ klar. Wenn man sich mit den konkreten Zahlen beschäftigt, kommt man zu interessanten Ergebnissen.

Sie, Frau Ministerin, haben in Ihrem Festvortrag gerade festgestellt, dass wir mehr Ärztinnen und Ärzte in Deutschland brauchen. Wenn ich mir die Zahlen ansehe, komme ich nicht zu einer solch eindeutigen Aussage, sondern glaube vielmehr, dass wir keine neuen Ärzte benötigen. Dazu will ich eine Reihe von Gründen anführen.

Zunächst noch eine kurze Erläuterung zum Sachverständigenrat. Er besteht seit über 30 Jahren und ist ein unabhängiges Gremium, welches an die gesetzgebenden Körperschaften des Bundes und der Länder, also den Bundestag und den Bundesrat berichtet. Seine Aufgaben sind in § 142 SGB V definiert: „(…) Der Sachverständigenrat hat die Aufgabe, Gutachten zur Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung mit ihren medizinischen und wirtschaftlichen Auswirkungen zu erstellen. Im Rahmen der Gutachten entwickelt der Sachverständigenrat (...) Prioritäten für den Abbau von Versorgungsdefiziten und bestehenden Überversorgungen und zeigt Möglichkeiten und Wege zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens auf (…)."

Um den Einstieg in das Thema zu erleichtern, will ich zunächst noch einmal eine ganze Reihe von Fakten zusammentragen, die uns allen eigentlich klar sind, die für eine Ein-

ordnung der Frage „Gibt es einen Mangel an Ärztinnen und Ärzten?“ aber sehr bedeutsam werden.

Die Gesundheit ist für uns alle ein kostbares Gut. Die Ausgaben der GKV für die Krankenversorgung beliefen sich 2017 auf rund 231 Mrd. Euro. In den letzten zehn Jahren stiegen diese Ausgaben jährlich um ca. 3,5 % an, in den letzten Jahren sogar noch deutlich stärker. Die Hauptkostentreiber sind:

1. Fortschritt/Ausweitung des Angebots
2. Steigerung von Leistungsmengen und Preisen
3. Demographischer Wandel.

Interessant dabei ist, dass der demographische Wandel mit einem Anteil von nur ca. 10 bis 20 % gar nicht der Hauptkostentreiber ist. Wir altern eben langsam, auch die Prozesse, die dem demographischen Wandel folgen, sind langsame und chronische Prozesse.

Die Gesundheitsausgaben insgesamt sind in Deutschland sogar noch wesentlich höher, denn wir geben dafür rund 374 Mrd. Euro (11,5 % des BIP) aus. Das ist an jedem Tag des Jahres mehr als 1 Mrd. Euro! Im Gesundheitswesen arbeiten insgesamt etwa 6,8 Millionen Beschäftigte, das ist jeder Sechste Beschäftigte in Deutschland, wohingegen in der Automobilindustrie nur rund 790.000 Beschäftige arbeiten.

Es gibt einige gesundheitliche „Megatrends“:
Neben dem demographischen Wandel mit seinen Folgen beobachten wir einen Wandel des Morbiditätsspektrums. Die chronischen Erkrankungen haben deutlich zugenommen, über 50 % der Bevölkerung haben mehrere chronische Erkrankungen. Die Multimorbidität hat zugenommen, damit einher geht eine Multimedikation.

Wir stehen veränderten Erwartungen des Nachwuchses gegenüber. Der Frauenanteil steigt, insbesondere auch in den ärztlichen Disziplinen. Die junge Generation wünscht sich flexible Tätigkeiten und familienfreundliche Arbeitsbedingungen. Die Arbeit insgesamt erfordert eine erhöhte Mobilität und berufliche Flexibilität. Wir beobachten geringere örtliche Bindungen. Das traditionelle Hausarztmodell, bei dem der Arzt über 30 Jahre an einem Ort tätig bleibt, wird der Vergangenheit angehören.

Wir haben (Binnen)-Wanderungen von Ost nach West, von Nord nach Süd, aus dem ländlichen Raum in die Städte. Wir haben aber auch Wanderungen innerhalb der Länder der EU. In den ländlichen Regionen sehen wir als Effekte die Entleerung, die (Über)-Alterung der Bevölkerung und der dort tätigen Fachkräfte bis hin zu Spiralen der infrastrukturellen Schrumpfung, was dort im Ergebnis zu einer gesundheitlichen Unterversorgung führt. Dagegen sehen wir in den Ballungsgebieten gesamtgesellschaftlich und in der Medizin eine Urbanisierung. Diese Gebiete sind medizinisch häufig fachärztlich und akutstationär überversorgt.

Mit der Digitalisierung verbinden sich nicht nur neue Prozesse, sondern es treten auch neue Player auf den Plan. Wir können nun erstmals Big Data-Anwendungen und die Künstliche Intelligenz nutzen und werden ganz andere Formen der Steuerung von Patientenwegen, etwa im Rahmen einer Plattformökonomie, bekommen.

Weitere Entwicklungen in der Medizin sind die Präzisionsmedizin („Omics"), die Automatisierung (Roboter), die außerhalb Deutschlands schon deutlich weiter fortgeschritten ist, und die Ambulantisierung der diagnostischen und therapeutischen Medizin. Auch hier sind andere Länder schon deutlich weiter als wir.

Betrachten wir die Krankenhäuser, so zeigt eine OECD-Statistik (Abbildung 1), dass die Fallzahl pro 1.000 Einwohner in Deutschland deutlich über dem OECD-Durchschnitt liegt und die Patienten in Deutschland etwas länger als im OECD-Durchschnitt stationär behandelt werden.

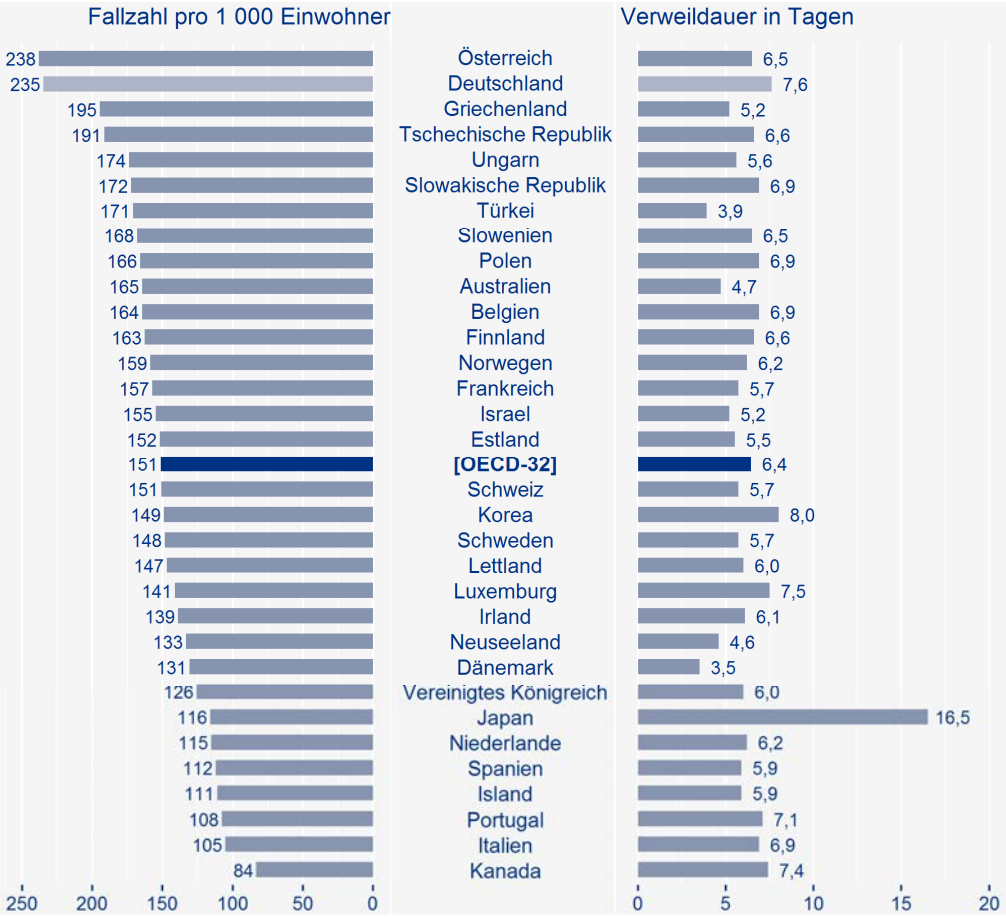


Abb.: 1: Behandlungen in Akutkrankenhäusern (durchschnittliche Verweildauer in 2015 oder letztverfügbares Jahr), Quelle OECD, 2017.

Dabei ist nicht nur der Status quo aus dem Jahr 2015 interessant, sondern auch die Entwicklung in den letzten zehn Jahren in sieben ausgewählten OECD-Ländern (Abbildung 2). Die Fallzahlen steigen in Deutschland kontinuierlich an, während sie in den anderen Ländern konstant bleiben oder abfallen.

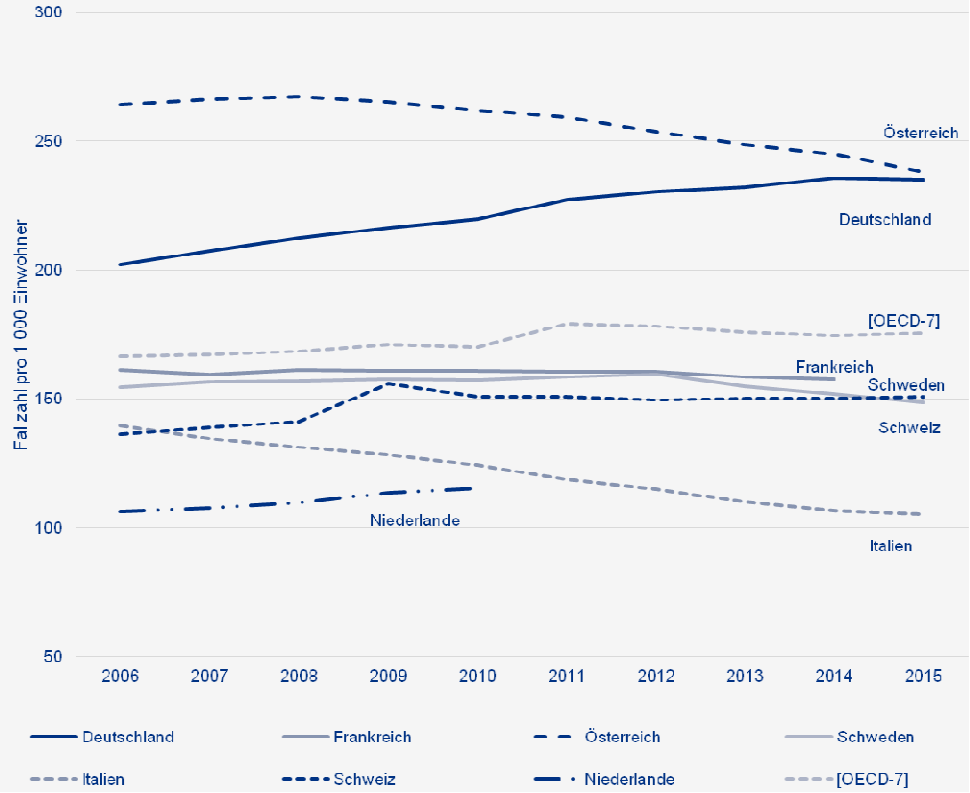


Abb. 2: Fallzahlen in Akutkrankenhäusern (pro 1 000 Einwohner von 2006 bis 2015 oder letztverfügbares Jahr), Quelle OECD 2017.

Am Beispiel der Wirbelsäulenchirurgie in Deutschland will ich eine besonders problematische Entwicklung verdeutlichen (Abbildung 3).

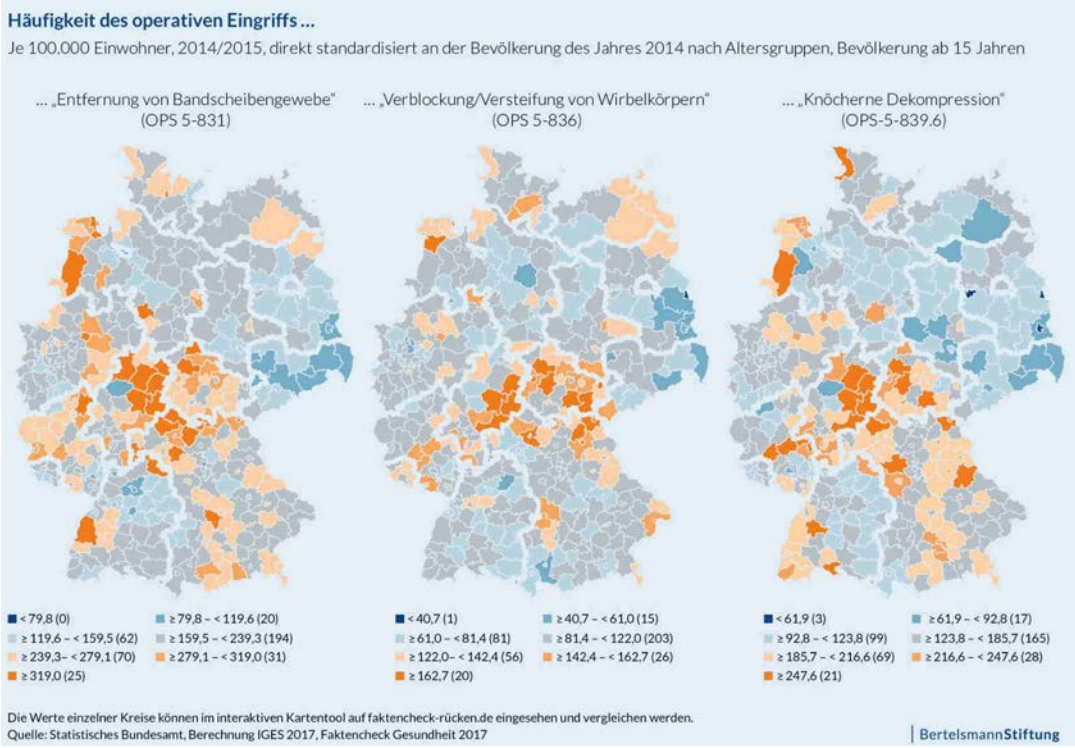


Abb. 3: Beispiel Wirbelsäulenchirurgie (Eingriffe je 100.000 Einwohner ab 15 Jahren 2014/2015, nach Wohnort).

Die in der Abbildung 3 gezeigten regionalen Variationen (blau bis hellblau = wenige Eingriffe; ocker bis orange = viele und sehr viele Eingriffe) sind medizinisch nur sehr schwer erklärbar. Es ist medizinisch-fachlich nicht zu begründen, warum sich Cluster mit sehr hoher Operationshäufigkeit bilden. Es gibt weder ein Nord-Süd- noch ein Ost-West- noch ein Stadt-Land-Gefälle. Nimmt man nun die Regionen mit besonders hoher oder besonders niedriger Operationshäufigkeit heraus (Abbildung 4), finden sich in den Regionen die gleichen häufigen Eingriffe an fast denselben Standorten.

Abb. 4: Regionen mit höchster und niedrigster Operationshäufigkeit an der Wirbelsäule, die Zahlen geben die Anzahl der Eingriffe an.

Sieht man sich die Zahlen für die gesamte Bundesrepublik noch genauer an, stellt man am Beispiel der Spondylodese (Verblockung) fest, dass die insgesamt beobachtete Steigerung um 58 % einer erheblichen regionalen Variation unterliegt. Es hängt vom Wohnort ab, ob ein Patient an der Wirbelsäule operiert wird oder ein solcher Eingriff eher unwahrscheinlich ist (Abbildung 5). Es gibt offensichtlich Versorgungsphänomene in Stadt und Land, die mit klinischen Leitlinien oder dem Wissen aus medizinischen Lehrbüchern nicht erklärt werden können.

TABELLE 2: **Zentrale Ergebniskennzahlen für die vollstationär dokumentierten Prozeduren* 5-831, 5-836 und 5-839.6**

Bevölkerung im Alter ab 15 Jahren

	Prozeduren 2015 (in Tausend)	Entwicklung der Prozedurenzahl 2007 bis 2015	Entwicklung der standardisierten Prozedurenhäufigkeit 2007 bis 2015	Variation der standardisierten Prozedurenhäufigkeit auf Kreisebene (in Klammern ohne die jeweils 20 Kreise mit der geringsten bzw. höchsten stand. Prozedurenhäufigkeit) Min/Max 2007/2008	Min/Max 2014/2015
Prozedur 5-831: Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe	140	+9%	+7%	7,0 (2,6)	6,7 (2,7)
Prozedur 5-836: Spondylodese	72	+58%	+44%	7,8 (3,0)	13,2 (2,5)
Prozedur 5-839.6: Knöcherne Dekompression	111	+130%	+92%	12,7 (4,4)	13,8 (2,7)

* Nicht einbezogen sind die OPS-Codes 5-831.6, 5-831.7

Quelle: Statistisches Bundesamt (Sonderauswertung über die DRG-Statistik), eigene Berechnung und Darstellung (IGES 2017).

Abb. 5: Regionale Variationen (Bevölkerung ab 15 Jahren, nach Wohnort) bestimmen über die Häufigkeit von Wirbelsäulenoperationen.

Ein anderes Beispiel ist die Notfallversorgung. In Abbildung 6 sind die Zahlen einiger Länder aus dem Krankenhausreport 2017 dargestellt. Deutschland steht weit oben, lediglich übertroffen von Australien mit einem ganz anderen Gesundheitssystem.

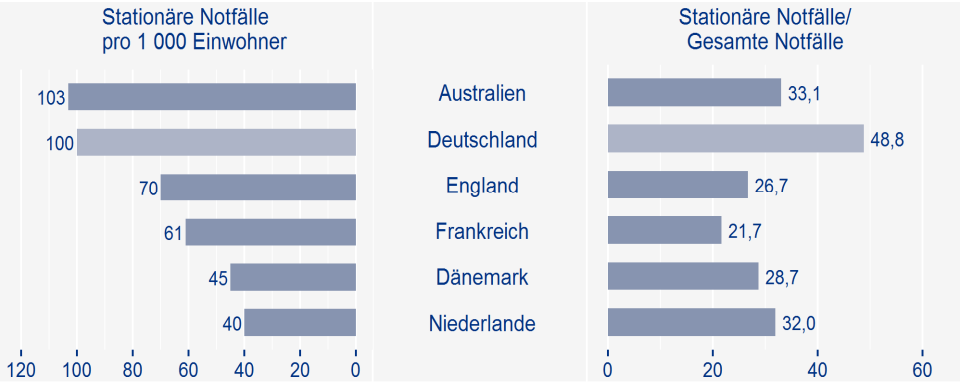


Abb. 6: Stationäre Notfälle / Anteil Notaufnahmen (2014 oder letztverfügbares Jahr). Quelle Klauber et al., Krankenhausreport 2017.

Auffällig ist dabei, dass 48,8 % der Patienten, die in der Notaufnahme in Deutschland behandelt werden, dann auch stationär aufgenommen werden. Einen so ausgeprägten Trend findet man sonst nirgends in der Welt.

Diese Phänomene, von denen ich hier nur zwei Facetten angesprochen habe, haben inzwischen auch zu einer innerärztlichen Diskussion geführt. Im „Deutschen Ärzteblatt“ oder in der „ÄrzteZeitung“ finden sich Beiträge wie „Ökonomisierung – Ethische Mangelverwaltung“ oder „Monetik statt Ethik“, in denen die zunehmende Ökonomisierung beklagt wird. Ich halte nichts davon, Ökonomie und Medizin gegeneinander auszuspielen, dennoch ist die Wahrnehmung, dass hier etwas nicht richtig läuft, völlig zutreffend.

Was läuft schief, kann man das ändern, und hat das etwas mit dem Ärztebedarf zu tun? Leider haben wir im ambulanten Bereich bei der Abrechnung durch die Pauschalierung keine Dokumentation über die Arzt-Patienten-Kontakte mehr. Die letzten präzisen Zahlen stammen aus dem Jahr 2007. Damals hatten wir im Durchschnitt 17,9 ambulante Arztkontakte pro Jahr und Einwohner (ohne Zahnmedizin, psychotherapeutische Versorgung), davon waren 7,1 Kontakte mit Allgemeinärzten und 10,8 mit Fachspezialisten. In vielen Ländern außerhalb Deutschlands gibt es gar keine niedergelassenen Fachärzte, bei uns machen sie den größten Teil der Kontakte aus.

An einem beliebigen Montag waren damals fast 8 %, an Spitzentagen (z.B. 1. Oktober 2007) sogar 11,75 % der deutschen Bevölkerung (= 9,7 Mio. Personen) in den Sprech- und Wartezimmern niedergelassener Ärzte.

Im Bevölkerungsdurchschnitt waren das damals pro Person/Jahr 25,8 (ICD)-Abrechnungsdiagnosen, bereinigt um Doppeldiagnosen etc. blieben immer noch 9,3 abklärungs-/behandlungsbedürftige Diagnosen pro Person und Jahr. Würde man von außen auf diese Zahlen sehen, müsste man glauben, in Deutschland eine extrem kranke Bevölkerung vorzufinden.

Wir wissen nicht genau, wo wir jetzt stehen. Allerdings sind nach der ersatzlosen Abschaffung der Praxisgebühr im Jahr 2013 die Fallzahlen und die Arztkontakte/Jahr noch einmal deutlich angestiegen. Wir sehen zum Teil eine „Flatrate-Mentalität“ mit grob geschätzt aktuell (2018) ca. 20 Arztkontakten pro Jahr und Einwohner. Im ambulanten Bereich beobachten wir enorm viele Kontakte, und diese vielen Kontakte sehen wir auch im stationären Bereich. Normalerweise müssten sich beide Bereiche gegenseitig substituieren. Das trifft für Deutschland aber nicht zu.

Bezogen auf die Hausärzte hat eine Befragung von 10.320 Hausärzten in 11 Ländern ergeben, dass ein Hausarzt in Deutschland 250 Patienten pro Woche behandelt. Dabei hat er pro Patientenkontakt 9,1 Minuten Zeit (Abbildung 7). Das Gegenextrem ist Schweden, wo der Hausarzt pro Woche nur 50 Patienten behandelt und für jeden Patienten 28,8 Minuten Zeit hat.

Arbeitsbelastung und Zahl der Patientenkontakte 2009

	D	AUS	CDN	F	I	NL	NZ	N	S	UK	USA
Durchschnittliche Wochenarbeitszeit (Stunden)	50,8	40,5	42,5	48,6	37,5	44,4	41	40,5	37,8	42,2	47,6
– davon persönlicher Kontakt	70 %	87 %	75 %	82 %	75 %	69 %	83 %	67 %	66 %	68 %	76 %
Durchschnittliche Zahl behandelter Patienten pro Woche	242	128	124	110	171	123	116	81	53	130	96
Wochenarbeitszeit in Stunden (Median [unteres Quartil, oberes Quartil])	50 [45, 60]	40 [38, 50]	40 [32, 50]	50 [40, 60]	40 [30, 45]	45 [34, 50]	40 [38, 48]	40 [33, 48]	40 [32, 43]	40 [35, 50]	46 [40, 60]
– davon persönlicher Kontakt	70 %	87 %	75 %	82 %	75 %	69 %	83 %	67 %	66 %	68 %	76 %
Zahl behandelter Patienten pro Woche (Median [unteres Quartil, oberes Quartil])	250 (150, 300)	125 (110, 150)	110 (70, 150)	101 (81, 136)	150 (120, 200)	120 (90, 150)	120 (100, 130)	80 (60, 100)	50 (40, 64)	120 (90, 150)	100 (65, 120)
Mittlere Zeit pro Patientenkontakt in Minuten (Median [unteres Quartil, oberes Quartil])	9,1 (6,4; 13,4)	17,0 (14,9; 19,2)	16,8 (12,1; 23,3)	22,2 (16,9; 29,5)	10,3 (7,2; 15,0)	15,0 (12,2; 18,0)	17,4 (15,4; 19,8)	20,6 (16,0; 26,0)	28,8 (24,0; 36,0)	13,3 (10,8; 16,8)	22,5 (17,0; 29,7)

AUS, Australien; CDN, Kanada; D, Deutschland; F, Frankreich; I, Italien; NL, Niederlande; NZ, Neuseeland; N, Norwegen; S, Schweden; UK, Vereinigtes Königreich; USA, Vereinigte Staaten von Amerika

Abb. 7: Internationaler Vergleich (nach Koch et al. 2011, 10.320 Hausärzte aus 11 Ländern).

Die Zahl der Ärzte und die Arztzahlentwicklung in Deutschland sind in Abbildung 8 dargestellt.

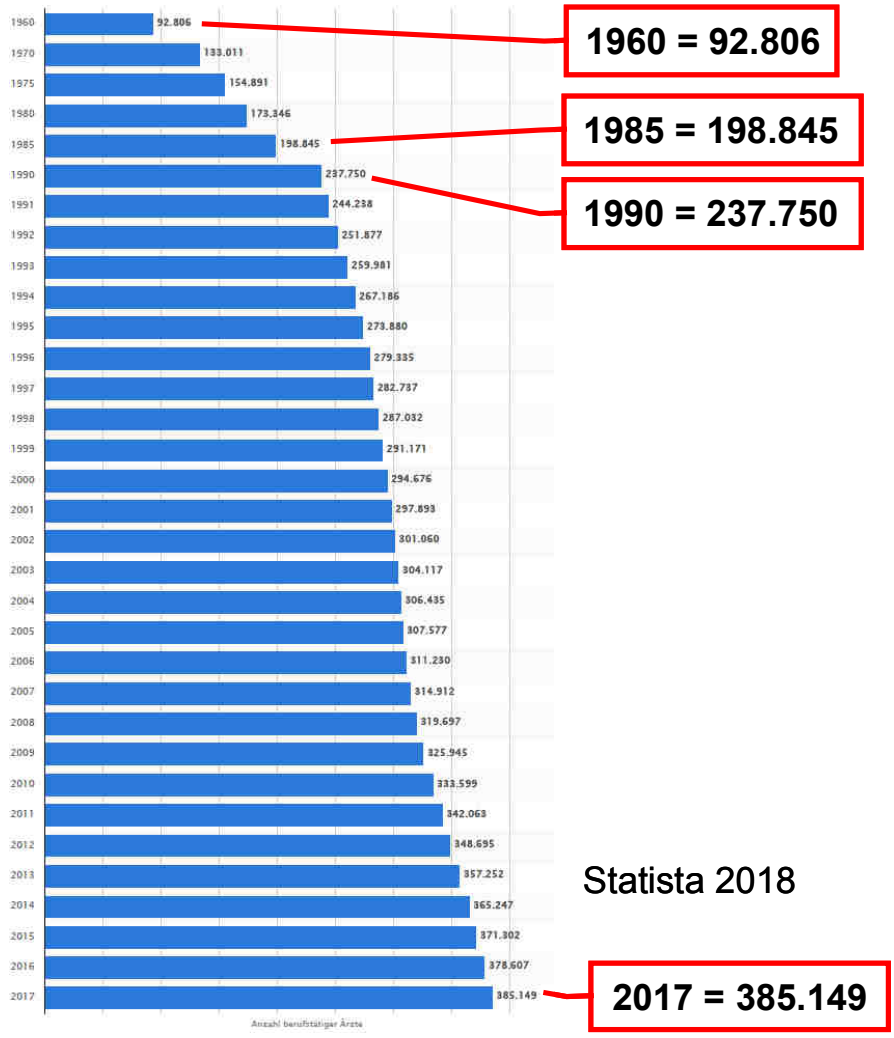


Abb. 8: Zahl berufstätiger Ärztinnen und Ärzte in Deutschland (1960 bis 2017), Quelle Statista 2018.

Hier wird ein Anstieg seit 1960 (100 %) auf 415 % oder ein Anstieg seit 1990 (100 %) auf 162 % erkennbar. Da kann man immer noch sagen, dass das schon lange her sei. Aber: in den Jahren 2008 bis 2017 hatten wir einen durchschnittlichen jährlichen Zuwachs um 6.545 Ärztinnen und Ärzte. Dieser Zuwachs ist der Nettozuwachs, alle aus dem Beruf ausgeschiedenen oder in das Ausland gegangenen Ärztinnen und Ärzte sind dabei also bereits berücksichtigt. Würden wir die Zahl der Studienplätze um 10 % erhöhen, hätten wir jährlich rund 7.500 Ärztinnen und Ärzte mehr.

Das nächste Problem ist das der Alterung. Das stimmt auch, aber der Anteil der unter 35-Jährigen steigt dennoch (Abbildung 9).

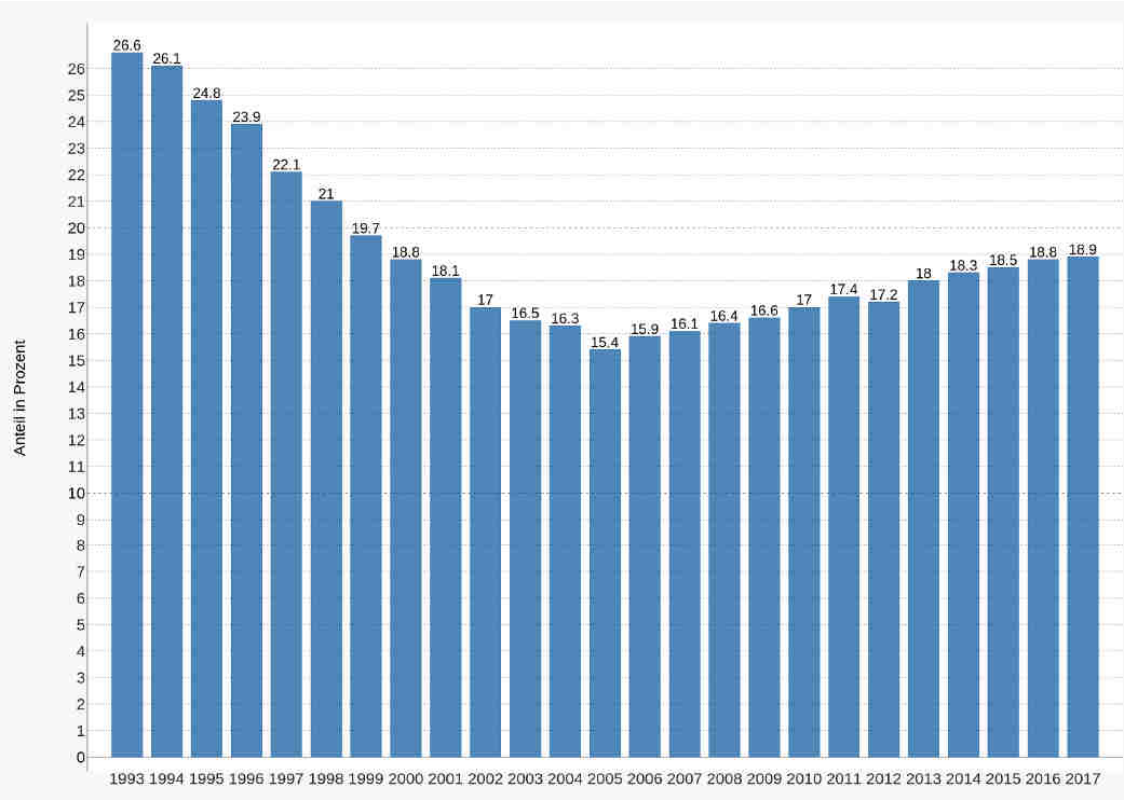


Abb. 9: Berufstätige Ärzte: Anteil unter 35 Jahre (an allen berufstätigen Ärztinnen/Ärzte, Bundesärztekammer 2017).

Somit haben wir bei steigender Gesamtarztzahl nicht nur ein Alterungsphänomen, sondern auf der Gegenseite auch einen kontinuierlichen Nachschub an jungen Ärztinnen und Ärzten.

Wie steht Deutschland im internationalen Vergleich?
Bei einer Darstellung der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte als Vollzeitäquivalente pro 1.000 Einwohner steht Deutschland in der oberen Gruppe (Abbildung 10).

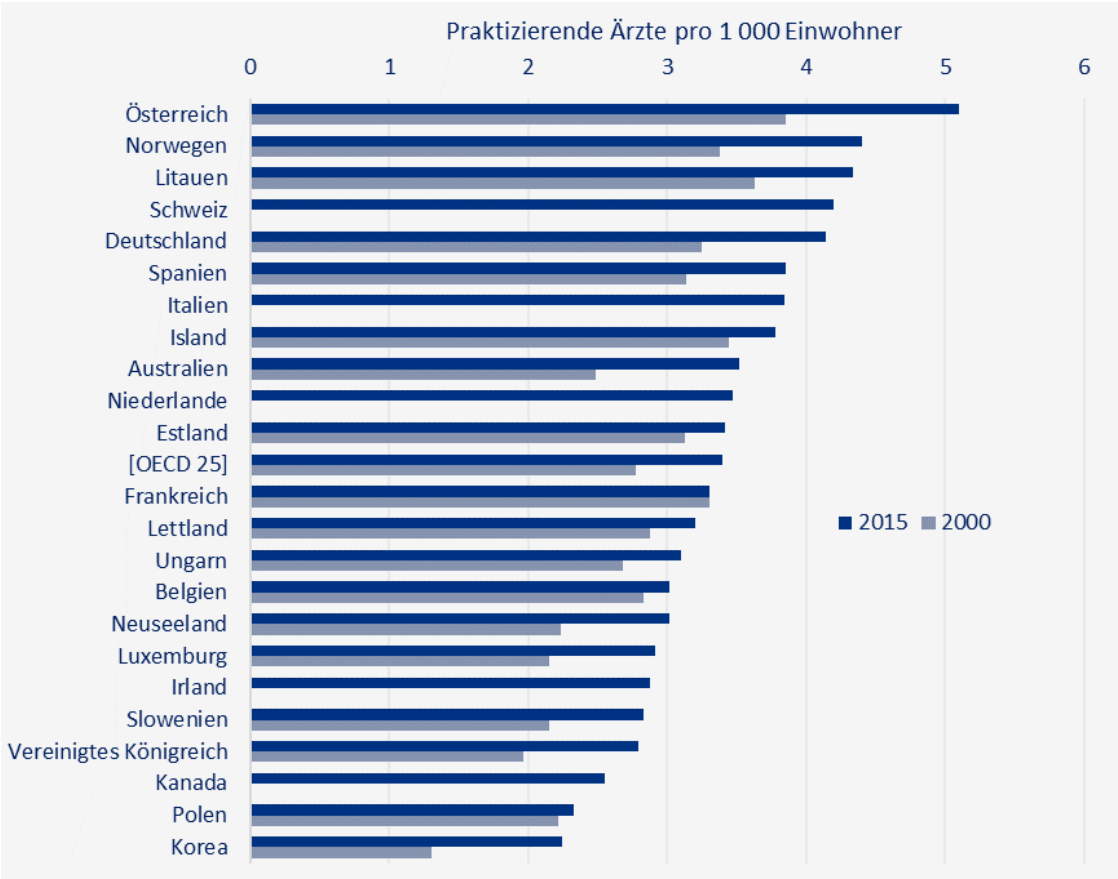


Abb. 10: Zahl der praktizierenden Ärzte (gerechnet als Vollzeitäquivalente) in den Jahren 2000 und 2015, Quelle OECD.

Analysiert man zusätzlich die Anzahl der Ärzte und auch der Pflegekräfte pro 1.000 Einwohner, liegt Deutschland bei den Ärzten deutlich über dem OECD-Durchschnitt, auf Platz 5 von 29 Ländern. In dieser Analyse fällt weiterhin auf, dass wir in Deutschland mit 13,2 je 1.000 Einwohnern sogar überdurchschnittlich viele Pflegekräfte haben (Abbildung 11).

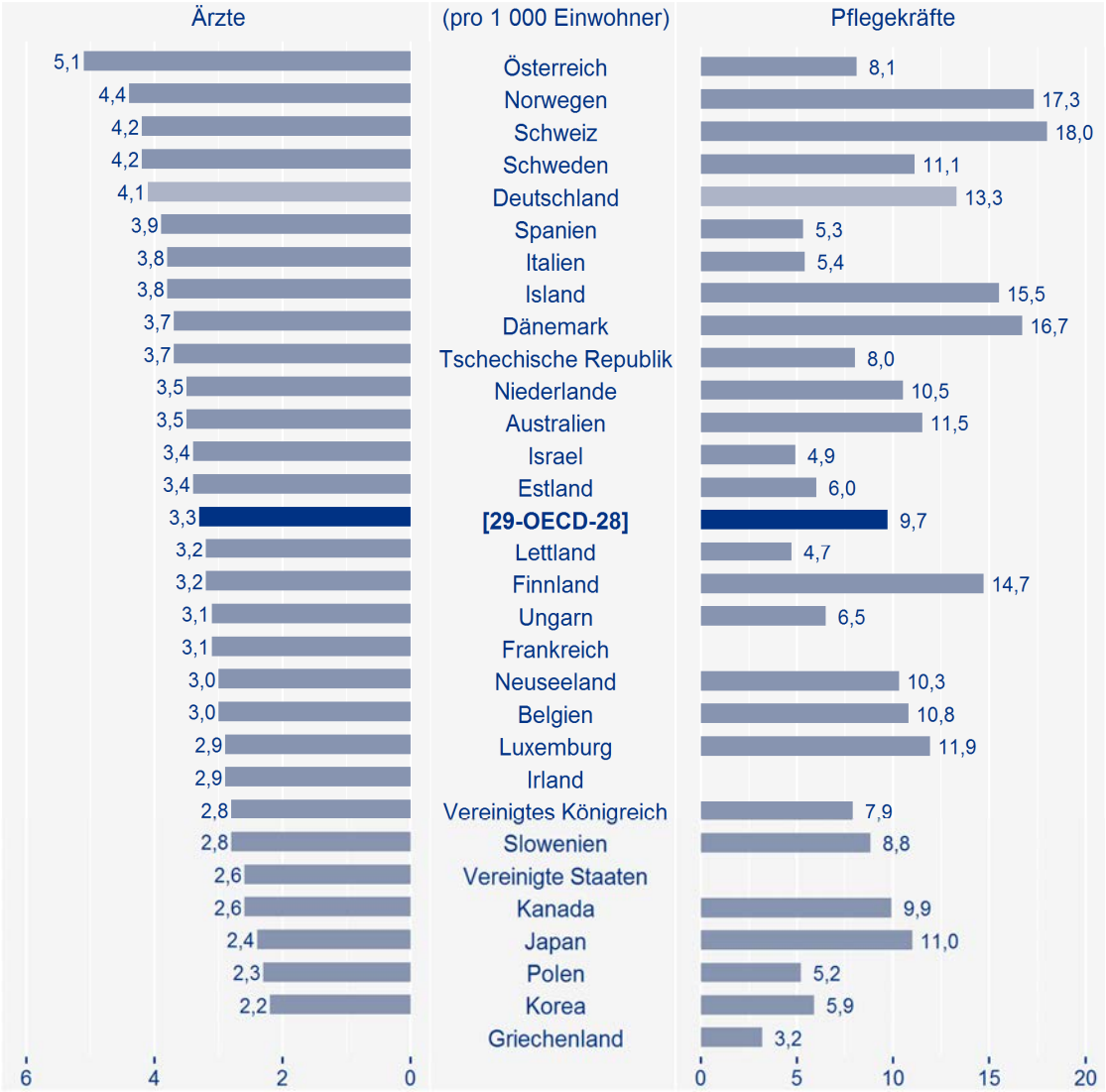


Abb. 11: Anzahl Ärzte und Pflegekräfte (pro 1.000 Einwohner (Kopfzahlen), 2015 oder letztverfügbares Jahr), Quelle OECD 2017.

Wie kann es nun sein, dass wir statistisch überdurchschnittlich viele Ärzte und Pflegekräfte haben und doch überall einen Mangel spüren?

Hier sind verschiedene Sichtweisen anzuführen. Die Bundesärztekammer sagt dazu: „Wer nur Köpfe zählt, macht es sich zu einfach.“, und ihr Präsident Montgomery meint: „Uns fehlen Arztstunden. (...) Es handelt sich hier in erster Linie nicht um ein Verteilungs-, sondern um ein Kapazitätsproblem.“ Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) führt schließlich aus, dass es 2017 insgesamt 172.647 (+ 3.000) Ärzte und Psychotherapeuten gab, dies nach dem tatsächlichem Teilnahmeumfang aber „nur“ ein Anstieg um 0,2 % wäre.

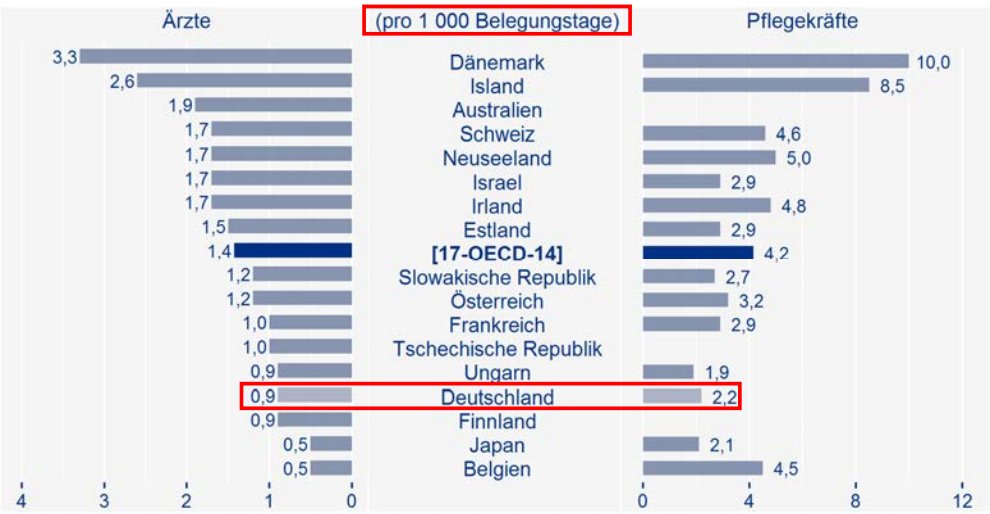


Abb. 12: Anzahl Ärzte und Pflegekräfte (Vollzeitäquivalente) (im Krankenhaus pro 1.000 Belegungstage, 2015 oder letztverfügbares Jahr), Quelle OECD 2017.

Ich will Ihnen eine andere Sichtweise zeigen, mit der mir Vieles klar wurde (Abbildung 12). Hier wird deutlich, dass wir bei den Ärztezahlen und bei den Pflegekräften pro 1.000 Belegungstage deutlich unter dem OECD-Durchschnitt liegen. Uns fehlen demnach nicht Ärzte und Pflegekräfte absolut, sondern bezogen auf die Belegungstage. Das liegt an den (zu) hohen Fallzahlen in deutschen Krankenhäusern! Diese binden Ärzte und Pflegekräfte, laugen sie aus und schaffen gemeinsam mit der DRG-getriebenen Mengenausweitung eine das vorhandene Personal überfordernde Situation.

Wir haben darüber hinaus eine Fehlverteilung nach Fachgruppen. Es gibt in Deutschland 79 verschiedene Facharztbezeichnungen (ohne Zusatzbezeichnungen). Im Jahr 2016 haben 12.763 Ärztinnen und Ärzte eine dieser Facharztweiterbildungen abgeschlossen. Davon waren es im Bereich der Generalisten (Allgemeinmediziner und Internisten mit Hausarztfunktion) nur 1.321 (10,4 %). Das ist etwas mehr als in der Vergangenheit, aber insgesamt viel zu wenig. Wir haben hier seit Jahren ein Verhältnis von rund 90 % Spezialisten zu 10 % Generalisten. Mir ist kein Gesundheitssystem in der Welt bekannt, das mit einem solchen Verhältnis dauerhaft funktionieren würde und finanzierbar wäre.

Das ist eine Fehlallokation nach Disziplinen, die zu einer Fehlverteilung nach Regionen hinzukommt. Die meisten Ärzte sind dort, wo sie am wenigsten benötigt werden, also in den Ballungsgebieten und dort noch in den besonders lukrativen Stadtteilen. Das sind eindeutig Verteilungs- und keine Kapazitätsprobleme.

Wir haben in unserem Gutachten 2012 die Gründe, die dafür sprechen, dass wir mehr Ärzte benötigen, und die Gründe, die dagegen sprechen, gegenübergestellt (Abbildung 14). Einen Teil dieser Gründe habe ich bereits ausgeführt.

Verstärkung	Verminderung
• Steigerung des Versorgungsbedarfs infolge des demografischen Wandels	• Bevölkerungsrückgang
• Steigendes Durchschnittsalter der Ärzte • Im OECD-Vergleich liegt Deutschland in Bezug auf die Arztdichte nur im Mittelfeld	• Zunehmende Zahl an Ärzten
• Emigration	• Integration und qualifizierte Zuwanderung
• Zunahme administrativer Aufgaben • Fehlende Möglichkeit zur Delegation von Aufgaben aufgrund des Fachkräftemangels in den anderen Gesundheitsberufen	• Neue Arbeitsverteilung, Delegation • Entlastung von Verwaltungs- und Dokumentations-aufgaben • Nutzung von Informationssystemen
• Abnahme der Zahl beziehungsweise des Arbeits-volumens erwerbstätiger Ärzte – längere familienbedingte Erwerbsunterbrechung – Zunahme der Teilzeitarbeit – Steigendes Durchschnittsalter der Ärzte – Präferenz für Arbeitszeitreduktion („Freizeit vor Bezahlung") – EU-Arbeitszeitrichtlinien in Kliniken – Systematische Arbeitszeiterfassung	• Erhöhung der Zahl beziehungsweise des Arbeits-volumens erwerbstätiger Ärzte – Bessere Vereinbarkeit Familie und Beruf – Bessere Wiedereinstiegsmöglichkeiten nach familienbedingter Erwerbsunterbrechung – Steigerung der Attraktivität der kurativen Tätigkeit (z. B. flache Hierarchien, geänderte Dienstmodelle) – Altersgerechte Arbeitsgestaltung – Arbeit parallel zu den Altersbezügen
	• Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung – Veränderung der Versorgungsstrukturen, z. B. bessere Verzahnung stationär/ambulant, Abbau von Doppelstrukturen – Reduktion von Krankenhausbetten – Reduktion von Fehlverteilungen

Abb. 14: Zukünftiger Ärztemangel: Einflussfaktoren (SVR Sondergutachten 2012).

Deshalb brauchen wir gar keinen Blick in eine Glaskugel, um die Frage zu beantworten, wie wir mit dem Mangel an Ärzten umgehen sollen. „Mehr Geld" ist allein keine Lösung, denn davon werden nur die Hamsterräder schneller laufen, aber „mehr Ärzte" allein auch nicht, denn wenn wir diese in das heutige System stecken, werden sie nur verschlissen! Ein Arzt, den wir heute ausbilden, bleibt für etwa 30 Jahre im Gesundheitssystem und wird für 30 Jahre Leistungen anbieten, von denen ich nicht weiß, ob sie immer notwendig sind und ob wir diese als Gesellschaft auch bezahlen können und wollen.

Was also sind die gesundheitspolitischen Konsequenzen?

- Wir brauchen eine stärkere Orientierung am medizinischen Bedarf, was in der Konsequenz weniger stationäre und mehr ambulante Versorgung bedeutet. Die Versorgung muss bedarfsorientiert, nicht aber angebotsinduziert sein.
- Wir müssen für die Beendigung mengensteigernder Fehlanreize sorgen, die sich gerade aus dem DRG-System ergeben haben.
- Wir müssen die eklatanten Überversorgungen im ambulanten fachspezialistischen und stationären Bereich abbauen.
- Wir brauchen einen Qualitätswettbewerb statt (unabgestimmter) Subvention von Überkapazitäten, das Bezahlen nur nach Menge muss im Gesundheitswesen möglichst weitgehend beendet werden.

- Wir brauchen eine sektorenübergreifend integrierte, populationsbezogene Vernetzung. Diese Forderung steht so auch im neuen Koalitionsvertrag.
- Es müssen gezielte Investitionen in Unterversorgungsbereiche erfolgen, dazu zählen z.B. die Pflege, die Palliativversorgung oder die sprechende Medizin. Auch diese Forderungen sind im neuen Koalitionsvertrag enthalten.
- Schließlich benötigen wir eine Sicherstellung und Stärkung der Hausarztmedizin! Das ist nicht nur die Position des Sachverständigenrats, sondern auch eine international anerkannte Erkenntnis. Ein modernes Gesundheitssystem benötigt eine funktionierende Basis, damit in einer bedarfsgerecht gestuften Versorgung auch die Supramaximalversorgung funktionieren kann. Ohne Hausarztmedizin gibt es keine Steuerung, keine gezielte Inanspruchnahme auch spezialisierter Leistungen.

Benötigen wir zur Lösung dieser Probleme mehr Medizinstudienplätze?
Wir haben bereits im Gutachten des Sachverständigenrats 2012 „Kapazitätsanpassung an Veränderungen des Bedarfs unter Berücksichtigung der Effizienzreserven" angemahnt und festgestellt, dass niemand eine belastbare Zahl angeben kann, wie viele Studienplätze tatsächlich benötigt werden.

Wir sollten zuerst die Strukturprobleme (Fehlverteilung und Fehlanreize) beseitigen und sehen, ob wir damit bereits das Problem lösen können. Nur dann, wenn sich diese Maßnahmen als unzureichend erweisen, sollten wir mehr Ärzte ausbilden.

Andere Maßnahmen, wie die Mobilisierung stiller Reserven (Wiedereinsteiger, Ältere etc.), wirken rascher und zeigen bessere Erfolge als die Neueinrichtung von Studienplätzen, die im Falle der Allgemeinmedizin erst nach durchschnittlich 14 Jahren neue Fachärzte hervorbringen.

Wenn man tatsächlich mehr Studienplätze einrichten will, ist dafür eine gesellschaftliche Entscheidung zur Allokation von Steuergeldern erforderlich, die Folgewirkungen hat. Medizinstudienplätze sind teuer und kompetitiv zu anderen Bildungsausgaben (z.B. MINT-Fächer) bzw. Staatsaufgaben (Kultur, innere Sicherheit etc.). Man kann natürlich argumentieren, und diese Diskussion wird gegenwärtig fast flächendeckend geführt, dass die Einrichtung von (Zweig-)Fakultäten in (drohend) unterversorgten ländlichen Regionen als Mittel aktiver Strukturpolitik zu sehen ist. Wir wissen aus Studien, dass das funktionieren kann, müssen uns aber überlegen, wie man eine solche Entwicklung sinnvoll steuern kann. Ein einfaches Einschleusen dieser neuen Ärztinnen und Ärzte in das bestehende System würde nur wieder das Hamsterrad schneller drehen lassen.

Wir werden als Sachverständigenrat ein neues Gutachten zur Steuerung von Angebot und Inanspruchnahme voraussichtlich am 3. Juli 2018 vorlegen. Darin wird eine Viel-

zahl von Themen (z.B. Krankenhausfinanzierung, Notfallmedizin, Finanzierung der Universitätsmedizin) enthalten sein, die Sie interessieren werden.

An dieser Stelle herzlichen Dank!

Diskussion

Henninghausen
Wie steht es um Regressforderungen für Hausärzte, die z.B. zu viele Hausbesuche machen, wenn es demgegenüber Anreize der KVen gibt, dass Ärzte auf das Land gehen sollen? Solche Forderungen schrecken eher ab und sind kontraproduktiv.

Gerlach
Ich kann mich zu einem Einzelfall, den ich nicht selbst kenne, nicht äußern. Grundsätzlich muss man aber die Arbeit des Arztes wertschätzen. Wir haben zur Wertschätzung den Vorschlag unterbreitet, ländliche Gesundheitszentren einzurichten und einen Landarztzuschlag als Erschwerniszulage für unterversorgte Regionen einzuführen, den es in anderen Ländern schon gibt. Damit würden wir strukturelle Veränderungen schaffen, die neben den lokalen Gesundheitszentren auch eine bessere Kinderbetreuung, Arbeitsteilung oder Teilzeittätigkeit bedeuten würden. Regresse für Hausbesuche schaden solchen Vorhaben nur.

Menger
Ich habe diese Daten vor zwei Monaten für den Landtag aufgearbeitet und zusätzlich die Bevölkerungsdichte und die Lebenserwartung analysiert. Dabei fand ich, dass in Regionen mit nur 1/10 oder 1/20 der Bevölkerungsdichte und gleicher Arztzahl wie im Bundesdurchschnitt eine ordentliche medizinische Betreuung realisiert werden kann. In der Lebenserwartung steht Deutschland an letzter Stelle der westeuropäischen Länder. Man kann daher vermuten, dass trotz der zahlreichen Arztkontakte eines jeden Bürgers die Lebenserwartung nicht so hoch ist. Man könnte ironisch auch das „trotz“ durch ein „wegen“ ersetzen.

Gerlach
Mir sind diese Zahlen bekannt. Es ist einfach unklar, wie diese Faktoren zusammenspielen. Die Lebenserwartung hat wahrscheinlich zur zu einem kleineren Teil mit dem Gesundheitswesen zu tun. Ernährung, Lebensweise, Bildung, Arbeitssicherheit und viele andere Größen sind dort wirksam. Fakt ist, dass solche Zahlen ohne Zusammenhänge nicht als Argument für „mehr Bedarf an Ärzten“ gebraucht werden dürfen.

Treede
Wir sollten neben der hausärztlichen Versorgung auch die primärärztliche Versorgung berücksichtigen. Pädiater, Gynäkologen und Geriater sind in ihren Versorgungsleistungen so klar definiert, dass eine Vorschaltung eines Hausarztes nicht erforderlich ist. Wie sehen die Zahlen für die primärärztliche Versorgung in Deutschland aus?

Gerlach
Das sind Begriffe, die einerseits aus dem Sozialgesetzbuch kommen (Hausärzte sind Allgemeinmediziner, Internisten mit hausärztlicher Versorgung und Kinderärzte) und

die Primärärzte als diejenigen beschreiben, die primär angelaufen werden. Uns geht es um eine sinnvolle Stufung des Gesundheitswesens, in der Patienten nicht die dritte Versorgungsstufe (z.B. Universitätsneurologie) wegen eines Spannungskopfschmerzes aufsuchen. Wir werden in unserem Gutachten einen Vorschlag unterbreiten, wie eine sinnvolle Ansteuerung der verschiedenen Stufen umgesetzt werden kann. Diese Steuerung richtet sich nicht nur auf das Angebot, sondern auch auf die Inanspruchnahme. Es wird einen Detailvorschlag zur Notfallversorgung und zur primärärztlichen Inanspruchnahme in unserem Gutachten geben.

Autenrieth
Welchen Mobilisierungseffekt erwartet der Sachverständigenrat durch Digitalisierung und Telemedizin? Wie wird sich der Ausbau der Interprofessionalität auswirken?

Gerlach
Wir erwarten in beiden Fällen eine Entlastung der Ärztinnen und Ärzte, aber auf unterschiedlichen Zeitebenen. Bei den Gesundheitsberufen können wir jetzt schon sagen, dass z.B. Versorgungsassistenten in der Hausarztpraxis (VERAH) eine deutliche Entlastung der Hausärzte erbringen. Teilweise wird dabei auch die Kombination mit der Telemedizin in verschiedenen Bundesländern erprobt (Projekt TeleDoc), bei dem die Versorgungsassistentin am Patienten EKG, Blutdruck und andere Befunde erhebt und der Arzt in seiner Praxis diese Daten online bewerten und entscheiden kann.

Die Bedeutung der „Social Bots“ bei den Diagnoseapps ist gegenwärtig noch gar nicht absehbar. Es gibt dort enorme Entwicklungen, die einerseits faszinieren, andererseits eine gewisse Besorgnis auslösen. Es werden andere als die jetzigen Player in den Gesundheitsmarkt eindringen und auch das Routing der Patienten beeinflussen. Diese Player werden nicht nur die Arztkontakte, sondern gleichzeitig auch die Apotheken- oder Heil- und Hilfsmittelversorgung der von ihnen betreuten Patienten steuern. Es gibt bereits Unternehmen, die in dieses Feld massiv investieren, Praxen aufkaufen und Ketten bilden. Eine Prognose erscheint daher sehr schwierig.

Krieglstein
Das war ein gutes Schlusswort. Vielen Dank für die Diskussion.

mft
Berberat

Was wird aus den Medizinstudierenden?

Prof. Dr. Pascal Berberat
Direktor des TUM Medical Education Center, Medizinische Fakultät der TU München
Prof. Dr. Martin Fischer
Direktor des Instituts für Didaktik und Ausbildungsforschung in der Medizin am Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München

Sehr geehrte Frau Krieglstein,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir stehen hier stellvertretend für das Kompetenznetz Medizinlehre Bayern, und wir wollen die Ergebnisse einer Absolventenbefragung an den Medizinischen Fakultäten in Bayern vorstellen. Das Kompetenznetz Medizinlehre Bayern (KMB) arbeitet kooperativ in fakultätsübergreifenden thematisch gegliederten Arbeitsgruppen zu sechs Themen u. a. zur Qualitätssicherung der Lehre. Es wurde von 2008 bis 2017 vom Bayerischen Staatsministerium für Bildung, Kultus, Wissenschaft und Kunst gefördert.

Wir knüpfen mit unseren Ausführungen an die vielen Zahlen des vorangegangenen Vortrages an. Wir wollen versuchen, einen mit Daten abgesicherten Beitrag dazu zu liefern, , was das Medizinstudium eigentlich leisten kann. Leider nutzen viele an der Diskussion beteiligte Gruppen, darunter auch die Politik, weniger solche Zahlen, sondern begründen ihre Vorgehensweise bisweilen mit Eindrücken, die teilweise nur aus dem persönlichen Umfeld stammen. Die Ergebnisse sind unter dem Titel „Medizinstudium: Fakten statt Mythen“ im Oktober 2017 publiziert worden (Gartmeier M, Epstein N, Berberat P, Fischer MR. Dtsch Arztebl 2017; 114(40): A-1799 / B-1532 / C-1501). Wir hatten einen Teil unserer Ergebnisse schon auf dem 10. Studiendekanetreffen des MFT im November 2017 vorstellen dürfen. Heute wollen wir diese Ergebnisse noch mit weiteren Daten ergänzen.

Wir kümmern uns mit dem Kompetenznetz Medizinlehre Bayern, welches seit zwei Jahren allein in den Händen der Fakultäten ist, um verschiedene Themen, die innerhalb der bisher fünf, nun sechs Medizinischen Fakultäten abgestimmt bearbeitet werden. Für die Qualitätssicherung sind Absolventendaten sehr wichtig. Wir haben Daten sowohl für die Human- als auch für die Zahnmedizin eingeschlossen.

Alle Daten werden vom Bayerischen Staatsinstitut für Hochschulforschung und Hochschulplanung (IHF) analysiert. Das IHF führt Forschungsarbeiten auf hochschulpolitisch aktuellen Feldern durch. Es erarbeitet wissenschaftliche Grundlagen für hochschulpolitische Entscheidungen u.a. zu den Bereichen „Absolventen und Arbeitsmarkt“ sowie „Internationalisierung“. Wir denken, dass unsere Analyse ein Anstoß für weitere Fakultäten sein kann, sich ebenfalls mit wissenschaftlich basierten Absolventenbefragungen zu befassen.

Das Bayerische Absolventenpanel (BAP) ist ein tradiertes Umfragemodell in Bayern, in dem eine Befragung von Absolventen aller Fachrichtungen der Bayerischen Universitäten vom IHF durchgeführt wird. Im MediBAP werden erstmals auch die Absolventen medizinischer Studiengänge (Zahnmedizin, Tiermedizin, Humanmedizin) der Universität Erlangen-Nürnberg, der LMU und der TU München, der Universität Regensburg und der Universität Würzburg (und künftig auch der Universität Augsburg) befragt.

Für unsere Analyse sind ca. 1.900 Studierende mit Studienabschluss im Zeitraum zwischen Oktober 2014 und September 2015 befragt worden. Die Befragung fand durchschnittlich 17 Monate nach Abschluss des Studiums statt, so dass die Befragten schon über eine gewisse Berufserfahrung verfügten.

Wir beschränken unsere Datenvorstellung hier auf die Stichprobe der Humanmediziner (N=479, entspricht einem Rücklauf von 36 %). Von diesen Absolventinnen und Absolventen waren 34% männlich, was etwa der Geschlechterverteilung im Studienprozess entspricht. Wir sehen die hohe Rücklaufquote als einen Erfolg unserer Studie.

Die Ergebnisse der Befragung waren für uns in einigen Aspekten erstaunlich, denn sie wichen teilweise signifikant von den Inhalten der politischen Diskussionen oder den Begründungen für verschiedene politische Entscheidungen ab. Wir wollen uns im Folgenden mit fünf Mythen beschäftigen:

- Viele Absolventen gehen nach dem Studium ins Ausland,
- Abnehmende Motivation für eine Tätigkeit in der klinischen Versorgung,
- Die Berufszufriedenheit junger Ärzte ist gering,
- Die Entscheidung für eine Facharztweiterbildung fällt erst nach dem Studium,
- Ungenügende Vermittlung von wissenschaftlichen Kompetenzen.

Mythos 1: Viele Absolventen gehen nach dem Studium ins Ausland

Dieser Mythos wird in vielen politischen Diskussionen angeführt. Wir haben eine durchaus hohe Auslandsaffinität im Studium gefunden. Mehr als zwei Drittel der Studierenden waren mindestens einmal im Ausland (im Vergleich zu durchschnittlich ca. ⅓ in den anderen Fächern). 1 bis 1½ Jahre nach dem Abschluss arbeiteten aber nur 6 % der Befragten im Ausland und 78 % sind weiterhin in Deutschland medizinisch tätig. Von den von uns befragten Absolventen waren sogar 66 % in Bayern tätig. Von

den übrigen haben wir keine Angaben erhalten. Das ist durchaus mit anderen Fächern vergleichbar, in denen durchschnittlich 5 % der Absolventen eine Tätigkeit im Ausland aufnehmen (interne Daten aus dem IHF). Lediglich eine Teilgruppe der Absolventen mit nicht-deutscher Staatsbürgerschaft zeigte eine etwas höhere Neigung, ins Ausland zu gehen.
Insofern stimmt die Aussage der Politik, dass ein Ärztemangel durch zu viele in das Ausland abwandernde Ärzte entstehen würde, so nicht.

Mythos 2: Abnehmende Motivation für eine Tätigkeit in der klinischen Versorgung

Dieser Mythos besagt, dass die Absolventen in die Verwaltungen, die Pharma-Konzerne oder andere nicht-klinische Bereiche abwandern, aber keine klinische Tätigkeit aufnehmen.
Aus der MediBAP-Studie kommt jedoch heraus, dass auch 1½ Jahre nach Studienabschluss weiterhin ein hohes Interesse an einer Tätigkeit in der Patientenversorgung besteht (Abbildung 1): Mehr als 95 % der Absolventen werden in der Patientenversorgung tätig, dabei nimmt die Universitätsmedizin mit 44 % sogar den größten Anteil ein. Lediglich der verschwindend kleine Anteil von 0,5 %, der unter „Sonstiges“ summiert wird, scheidet wirklich vollständig aus der klinischen Versorgung aus.

Wir können mit unseren Daten zeigen, dass die meisten Absolventen in der ersten Phase nach dem Studium in die klinische Versorgung gehen und eine Weiterbildung aufnehmen (Abbildung 1).

Bereich der ersten Tätigkeit nach Absolvierung des Studiums

Tätigkeitsbereich (%)	Humanmedizin N = 409
Klinische Medizin mit Grund- und Regelversorgung (Versorgungsstufe I)	27 %
Klinische Medizin, Schwerpunktversorgung (Versorgungsstufe II)	25 %
Klinische Medizin, Universitätsklinik/Maximalversorgung (Versorgungsstufe III)	44 %
Niedergelassener Arzt	3 %
Soziale und gesundheitsbezogene Dienstleistungen	0,2 %
Sonstiges	0,5 %

Abb. 1: Ergebnisse der MediBAP-Studie: Tätigkeit nach Ende des Studiums. Aus Gartmeier et al., a. a. O.

Mythos 3: Die Berufszufriedenheit junger Ärzte ist gering

Insbesondere der Hartmannbund hatte hier alarmierende Zahlen vorgelegt und eine extreme Unzufriedenheit beklagt. Die Realität ist aus unserer Analyse aber eine andere. Bei der Stellensuche haben 71 % der Medizin-Absolventen in Bayern keine Schwierigkeiten. Der Durchschnittswert anderer Fächer liegt hier bei nur 57 % (Daten des IHF).

Auch beim Stellenwechsel während der Weiterbildung sind die Medizin-Absolventen nicht an der Spitze einer Statistik, denn 91 % der MediBAP-Befragten waren zum Zeitpunkt der Befragung immer noch an ihrer ersten Arbeitsstelle. Wir sehen keine Anzeichen für eine hohe Fluktuation zu Beginn der Berufstätigkeit. Auch hier stehen die Medizin-Absolventen besser da als andere Fächer, bei denen nur durchschnittlich 77 % (Daten des IHF) nach einem Jahr noch an ihrer ersten Arbeitsstelle tätig sind.

Die Zufriedenheit mit der ersten Stelle muss differenziert betrachtet werden. Betrachten wir die Gesamtzufriedenheit, so sind 67 % der Absolventen sehr zufrieden oder zufrieden. Dieses Resultat steht in deutlichem Kontrast zu einer aktuellen Studie des Hartmannbundes, bei der lediglich 36 % der Befragten sehr zufrieden oder zufrieden waren. Vergleichen wir das mit den Durchschnittswerten anderer Fächer, so sind dort allerdings 76 % der Absolventen sehr zufrieden oder zufrieden.

Dennoch müssen wir bei den Zufriedenheitsdaten berücksichtigen, dass es eine ganze Reihe von besonderen Herausforderungen gibt. 70 % unserer Befragten sehen die hohe berufliche Verantwortung als Herausforderung an und 46 % beklagen eine fachliche Überforderung. Die Arbeitsüberlastung wird von 57 % der Befragten, die Belastung durch Überstunden von 65 % der Befragten kritisiert. Ein hoher Zeitdruck wird von 70 % der Befragten angegeben und 57 % der Befragten schätzen ein, zu wenig Zeit mit den Patienten verbringen zu können. Trotz all dieser Herausforderungen sind fast zwei Drittel unsere Absolventen mit ihrer ersten Weiterbildungsstelle zufrieden.

Mythos 4: Die Entscheidung für eine Facharztweiterbildung fällt erst nach dem Studium

Auch dieser Mythos lässt sich anhand unserer Daten nicht bestätigen. Das Studium spielt für die Facharztwahl eine wichtige Rolle. Einen ganz entscheidenden Einfluss hat dabei die PJ-Phase, denn 77 % der Befragten gaben an, dadurch wesentlich in ihrer Entscheidung beeinflusst worden zu sein (Abbildung 2). Die Entscheidung für oder gegen ein Fach fällt aber erst relativ spät während des Studiums und nicht etwa schon zu Studienbeginn. Daher sehen wir eine „Landarztquote“ mit Festlegung auf diesen beruflichen Weg schon zu Studienbeginn auch mit großer Skepsis.

In diesem Zusammenhang haben wir die Absolventen auch befragt, in welchem Fach sie eine Weiterbildung aufgenommen haben. Es wäre aus unserer Sicht wünschenswert und machbar, wenn wir die MediBAP-Daten mit den Datensätzen der Landesärztekammern abgleichen könnten, um hier noch weiterführende Aussagen machen zu können.

Wer oder was beeinflusste die Wahl der Weiterbildung?
(Mehrfachnennung möglich)

Studieninhalte	52,9 %
Hochschullehrer	15,1 %
Praktisches Jahr	77,3 %
Famulatur	50,5 %
Promotion	16,0 %
Eltern, Verwandte	12,5 %
Kommilitonen	5,8 %

Abb. 2: Ergebnisse der MediBAP-Studie: Was beeinflusste wesentlich die Wahl der späteren Facharztweiterbildung? Aus Gartmeier et al., ebenda.

Die hier gefundene Rangliste der Facharztdisziplinen widerlegt zudem die Meinung, die häufig politisch vertreten wird, dass unsere Absolventen nicht in der Patientenversorgung arbeiten wollen, denn an der Spitze der Beliebtheit stehen die Innere Medizin, die Anästhesiologie und die Allgemeinmedizin, und die übrigen Fächer folgen mit Abstand:

1. Innere Medizin – 15 %
2. Anästhesiologie – 14 %
3. Allgemeinmedizin – 12 %
4. Kinder- und Jugendmedizin – 9 %
5. Frauenheilkunde und Geburtshilfe – 7 %
6. Neurologie – 7 %
7. Radiologie – 6 %
8. Psychiatrie – 4 %
9. Chirurgie – 4 %
10. Kardiologie – 4 %

Die Allgemeinmedizin steht mit 12 % an dritter Stelle der Rangliste, was die immer wieder gehörte These, dass nur wenige Absolventen Allgemeinmediziner werden wollen, doch deutlich widerlegt. Mehr Sorgen macht uns, dass die chirurgischen Fächer am unteren Ende der Liste zu finden sind – als zukünftiges Problem zeichnet sich ein Mangel an Chirurgen ab.

Mythos 5: Ungenügende Vermittlung von wissenschaftlichen Kompetenzen

Ein fünftes Thema der Befragung war die Wissenschaftskompetenz.

Um die Frage, was eine Universitätsmedizin in Wissenschaftskompetenz auszeichnet, umfassend zu beantworten, verweise ich auf den Masterplan 2020, in dem zu lesen ist: „Der Vermittlung wissenschaftlichen Arbeitens wird ein größerer Stellenwert eingeräumt, indem der routinierte Umgang mit wissenschaftlichen Konzepten und Metho-

den bereits während der Ausbildung systematischer vermittelt wird. Dies liegt im Interesse der Patientinnen und Patienten an einer Behandlung nach dem neuesten Stand der medizinischen Forschung und ist zugleich ein Beitrag zur Sicherung des Wissenschaftsstandorts Deutschland."

Hieraus folgt dann die Maßnahme 10:
„<10> Zur strukturierten Vermittlung wissenschaftlicher Kompetenzen wird künftig ein Leistungsnachweis vorgegeben. Grundlage dafür sind die Empfehlungen des Wissenschaftsrates."

Die Fragen nach der Fähigkeit, wissenschaftliche Befunde zu verstehen, zu bewerten und auf die eigene Praxis anzuwenden (Nutzung wissenschaftlicher Evidenz), ergaben bei den befragten bayerischen Absolventen einen gemischten Befund. Man weiß nicht so recht, ob das Glas halb voll oder halb leer ist, denn nur 48 % der Absolventen gaben an, dass sie eine hohe Fähigkeit haben, eigene Ideen und die Ideen anderer in Frage zu stellen, und nur 57 % meinten, eine hohe Fähigkeit zu besitzen, medizinische Informationen aus der Laienpresse einzuordnen. Hier sollte eine Verbesserung eintreten, denn die kritische Nutzung wissenschaftlicher Evidenz ist eine wesentliche Basis für die medizinische Tätigkeit.

Wenn wir die Kompetenz zur selbständigen Durchführung wissenschaftlicher Studien (eigene Forschungskompetenz unabhängig von der Promotion) anschauen, geben nur noch 23 % an, eine hohe Fähigkeit zu eigenständiger theoretischer/klinischer Forschung zu haben.
Unsere Befragtengruppe ist dabei eine Positivselektion, denn eine Promotion haben 92 % der teilnehmenden Absolventen abgeschlossen und 10 % dieser Promotionen waren sogar kumulative Dissertationen. Diese Promotionsquote liegt deutlich über dem Durchschnitt und weist auf eine überdurchschnittlich wissenschaftsinteressierte Stichprobe hin.

Wir haben vor kurzem eine weitere Analyse publiziert (Epstein N, Huber J, Gartmeier M, Berberat PO, Reimer M, Fischer MR. GMS J Med Educ. 2018; 35(2):Doc20), in der wir auch qualitative Daten aus der Postdoc-Phase untersucht haben. Man bemerkt dabei, dass wir noch erheblichen Steigerungsbedarf bei der Vermittlung wissenschaftlicher Inhalte im Studium haben und viele Absolventen sich nicht gut oder nur mittelmäßig vorbereitet fühlen (Abbildung 3).

Tabelle 2: Bewertung wissenschaftlicher Inhalte im Studium

		M (SD)
Einübung in wissenschaftliche Arbeitsweisen		2,62 (1,04)
Erlernen des Anfertigens wissenschaftlicher Texte		1,92 (0,91)
	N	451

Legende: Antwort auf die Frage: „Wie beurteilen Sie die folgenden Aspekte Ihres Studiums?" Skala von 1 (In geringem Maße) bis 5 (In hohem Maße). *M* = Mittelwert; SD =Standardabweichung.

Tabelle 3: Vorbereitung des Studiums auf die wissenschaftliche Handlungsfähigkeit im Beruf

		M (SD)		
		Gesamt	Nicht-Promovierte	Promovierte
wissenschaftliche Handlungskompetenz (Bewertung von Studien, Fähigkeit zum Forschen etc.).		2,88 (1,08)	2,73 (1,00)	2,94 (1,04)
	N	414	26	100

Legende: Antwort auf die Frage: „Wenn Sie jetzt an Ihre aktuelle Erwerbstätigkeit denken: in welchem Maße haben Sie die dafür erforderlichen Kompetenzen in Ihrem Studium erworben?" Skala von 1 (in geringem Maße) bis 5 (In hohem Maße). *M* = Mittelwert; *SD* =Standardabweichung.

Abb. 3: Ergebnisse der Absolventenbefragung bezüglich der Vermittlung wissenschaftlicher Inhalte im Studium und der Vorbereitung auf die wissenschaftliche Handlungsfähigkeit im Beruf. Aus Epstein et al., a. a. O.

Zusammenfassend hat unsere Befragung gezeigt, dass unsere Absolventen nicht mehrheitlich ins Ausland gehen und ganz überwiegend klinisch tätig werden. Vielmehr bleiben die Absolventen in aller Regel in Deutschland, häufig sogar in der Nähe der Hochschule oder in ihrem Heimat-Bundesland und sind in der klinischen Versorgung tätig. Trotz der großen Herausforderungen zum Berufsanfang sind sie mit ihrer ärztlichen Tätigkeit zufrieden. Sie entscheiden sich während des Studiums, aber meist erst relativ spät, für die spätere Weiterbildungsrichtung. Das Praktische Jahr hat für diese Entscheidung eine große Bedeutung. Bei der Vermittlung von Wissenschaftskompetenz für alle Studierenden müssen wir uns an den Fakultäten noch deutlich verbessern.

Unsere Studie unterstreicht die Wichtigkeit von Absolventenbefragungen für eine Bewertung auch und gerade von zukünftigen Maßnahmen wie Zulassungsverfahren, Landarztquote und Masterplan 2020. Sie reiht sich ein in eine ganze Reihe von Absolventenstudien aus anderen Bundesländern oder der bundesweiten longitudinalen KarMed-Studie zum Karriereverlauf von Ärztinnen und Ärzten in der fachärztlichen Weiterbildung. Nachdem wir in unserer Erhebung bisher nur von einem Drittel der Absolventen Daten erheben konnten, die sehr wahrscheinlich auch noch einem Selektionsbias unterlegen haben, wollen wir eine longitudinale Datenbasis schaffen, indem wir eine Wiederholung des MediBAP 2018 für den Absolventenjahrgang 2017/18 und eine Zweitbefragung der 1. Kohorte 2018/19 anschließen wollen. Die Zweitbefragung würde dann 5 bis 6 Jahre nach Abschluss stattfinden und wird uns Auskünfte über die Repräsentativität der Ergebnisse und die Nachhaltigkeit der Entscheidungen geben. Damit würden wir auch Daten darüber erhalten, was während der Weiterbildungspha-

se passiert. Dazu wäre es wünschenswert, wenn wir eine Verknüpfung der Daten mit den Weiterbildungsdaten der Landesärztekammern erreichen und eine bundesweite Abstimmung der Erhebungsinstrumente schaffen könnten.

Vielen Dank!

Diskussion

Koch-Gromus
Es gibt bereits eine bundesweit gestufte Langzeitstudie (KarMed), an der verschiedene Bundesländer beteiligt sind und nun im 6. Jahr nach dem Studium angekommen ist. Die Ergebnisse aus Bayern gelten bundesweit und weichen nicht von anderen Bundesländern ab.

Fischer
Diese Übereinstimmung hat uns auch etwas beruhigt. Wenn wir aber Maßnahmen wie Masterplan, Landarztquote etc. einführen wollen, ist es sinnvoll, solche Datenerhebungen regelmäßig zu machen. Damit wäre es auch möglich, die Maßnahmen in ihrer Wirksamkeit zu evaluieren. Solche Evaluationen fehlen bislang.

Menger
Wurde auch erhoben, wer in Vollzeit und wer nicht in Vollzeit tätig sein wird? Wurden die Teilgebiete der Chirurgie oder der Inneren Medizin gesondert gezählt oder alles unter nur den beiden Oberbegriffen subsummiert? Wurde die Studie vom Freistaat Bayern finanziert?

Berberat/Fischer
Es wurden die Strukturen des Staatsinstituts IHF zu einem Teil genutzt, es gab aber keine signifikante Finanzierung durch den Freistaat. Die Datenerhebung erfolgte durch Mitglieder des Kompetenznetzwerkes.

Wir konnten auf dem Fragebogen des IHF aufbauen und ihn auf medizinische Belange spezifisch weiterentwickeln. Es gab alle Facharzt-Weiterbildungsrichtungen zur Auswahl, das hier gezeigte Ergebnis waren die 10 Top-Nennungen. Das Fach Chirurgie mit 4 % war die Allgemein- und Viszeralchirurgie. Der Anteil der Vollzeit- und Teilzeitstellen wurde erfasst, ist für diese Darstellung aber nicht detailliert ausgewertet worden. Aus unserer Erinnerung waren es aber in den ersten 1 ½ Jahren über 90 % Vollzeitstellen.

Ehrenfeld
Sie haben herausgestellt, dass das Praktische Jahr einen prägenden Effekt für die Wahl des Weiterbildungsfaches hat. Ergreifen die PJ-ler dann auch die Wahlfächer des Praktischen Jahres oder ist das diskonnektiert? Sollte das PJ anders strukturiert oder mit anderen Fächern besetzt werden?

Berberat
Dazu habe ich keine exakten Zahlen. Gerade für die Chirurgie gibt es zahlreiche Studien, nach denen vor dem PJ noch viele Studierende eine Weiterbildung im Fach Chirurgie anstreben, sich das aber nach dem PJ ändert.

In Bayern ist die Allgemeinmedizin kein Pflichtfach im PJ, wohl aber die ambulante Medizin. Die Vielfalt der Wahlmöglichkeiten wird begrüßt. Wir werden sehen, ob eine Quartalisierung und die Einführung eines Pflichtquartals Allgemeinmedizin bei einer späteren Evaluierung andere Ergebnisse liefert.

Tagungsimpressionen III

Ärzte in der regionalen Versorgung

Moderation: Prof. Dr. Reinhard Hickel

Regionale Fehlverteilung im europäischen Vergleich

Dr. Matthias Wismar
WHO European Centre for Health Policy, Brüssel

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die freundliche Einführung. Ich beschäftige mich intensiv mit dem Thema der (Fehl-)Verteilung medizinischer Ressourcen in Europa und war in der vergangenen Woche in Österreich zu einer Auftaktveranstaltung zur Umsetzung des Bundesgesetzes über die Primärversorgung in Primärversorgungseinheiten (Primärversorgungsgesetz – PrimVG). Diese Reform war 2017 verabschiedet worden, und bei der Umsetzung dieser Reform geht es genau um die Themen, die Sie heute auch interessieren, nämlich Planung, Ausgliederung und Zulassung. Es geht um die Frage, wie man genug Personal in die primärärztliche Versorgung bekommt und schließlich darum, wie man die Primärversorgung so attraktiv machen kann, dass sie auch in die ländlichen Strukturen hineingeht und dort bleibt. Es genügt nicht, Primärärzte und Primärpflegekräfte auszubilden. Wir müssen sehen, dass die Arbeit dort anders geleistet wird, man anders zusammen arbeitet und anders mit den Patienten umgegangen werden muss, um effizient zu sein und zu bleiben.

Die Zahl grundversorgender Ärztinnen und Ärzte nimmt in Deutschland immer weiter ab. Es gibt weiterhin eine Ungleichverteilung innerhalb der Bundesrepublik. Das ist international nicht anders, denn auch im Ausland beobachten wir eine Ungleichverteilung der Arbeitskräfte im Gesundheitswesen.

Im Diagramm (Abbildung 1) soll eine Übersicht gezeigt werden, in der in den verschiedenen Quadranten sowohl die Ärzte (horizontale Achse) als auch die Pflegekräfte (vertikale Achse) pro 1.000 Einwohner erfasst werden. Dabei fällt auf, dass Deutschland sowohl in der Zahl praktizierender Ärzte als auch in der Zahl der Pflegekräfte deutlich über dem EU-Durchschnitt liegt.

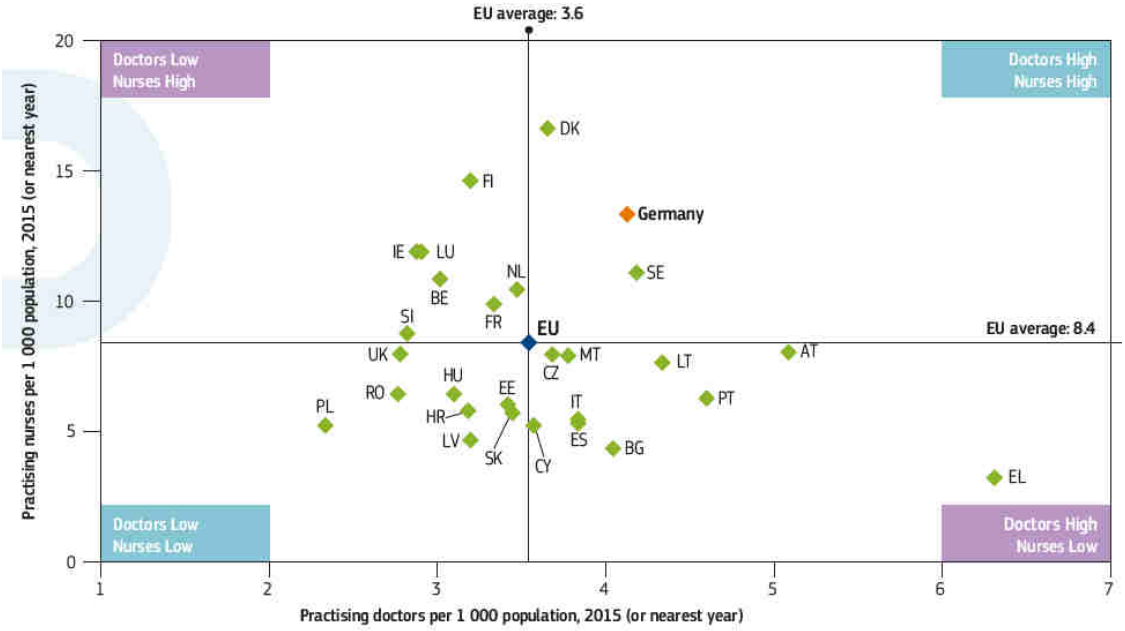


Abb: 1: Anzahl von praktizierenden Ärzten und Pflegekräften pro 1.000 Einwohner in den Ländern der EU. Die Buchstabenkürzel geben die Länder wie bei den Autokennzeichen an. Quelle OECD.

Für Österreich hörte ich dazu in der vorigen Woche, dass die Zahlen den ambulanten Sektor dort überhaupt nicht repräsentieren würden. Das hängt mit dem dortigen System der Wahlärzte zusammen, die keine vertragsärztliche Bindung haben und daher nirgends in der Statistik auftauchen.

Welche Trends lassen sich erkennen?
Wir sehen, dass wir insgesamt einen sehr großen Personalbestand im Gesundheitswesen in Europa haben. Er macht 8,5 % der gesamten Arbeitnehmerschaft in der EU aus. Dieser Sektor ist sehr dynamisch angewachsen und hat zwischen 2008 und 2016 um 13 % zugenommen. Die Prognosen sagen, dass es ein weiteres Wachstum geben wird. Man muss sich dabei fragen, woher dieses Wachstum noch kommen soll, denn Länder wie Deutschland sind auf dem Weg in die Vollbeschäftigung.

Es geht nicht nur um die Zahlen, sondern auch um die veränderten Inhalte der Arbeit. Wir legen mittlerweile ein verstärktes Gewicht auf die Gesundheitsförderung und die Prävention. Das sehen wir auch in vielen europäischen Ländern, dass das Self-Management, die sogenannte Gesundheitskompetenz gestärkt werden, die Menschen mehr Verantwortung für sich übernehmen, dabei aber durch das Gesundheitssystem unterstützt werden.

Weiterhin sehen wir, dass digitale Technologien zunehmend relevant werden. Das gilt nicht nur für die Arbeitnehmer im Gesundheitswesen, sondern auch für die Patienten. Das bringt für die Patienten auch Umstellungen mit sich, denn wenn ein Hausarzt auf ein digitales Terminvergabesystem umgestellt hat, muss der Patient mit dem Smart-

phon oder dem PC umgehen können, denn dieser Hausarzt hat dann auch keine Sekretärin mehr.

Die multidisziplinäre und integrierte Versorgung stellt ganz andere Anforderungen an die Zusammenarbeit und Kompetenz der Gesundheitsberufe. Hier will ich darauf hinweisen, dass die Diskussion um den Landarzt manchmal etwas zu kurz greift. Um den Landarzt herum müssen Teams sein, müssen andere Berufe tätig werden, denn er kann die moderne Medizin nicht wie vor 50 Jahren und vor allem nicht allein bewältigen. Er muss heute die Palliativversorgung oder die Versorgung psychischer Erkrankungen sicherstellen können und benötigt teilweise dazu auch schnelle Interventionsteams. Insofern sollten wir die Landarzt-Diskussion breiter führen, denn es geht nicht nur um Personenzahlen, sondern auch um Inhalte, den Skills Mix und die Zusammenarbeit.

Was sind die Ursachen der regionalen Fehlverteilung?
Im europäischen Maßstab ist es natürlich die Landflucht. Diese wird durch Arbeits- oder Ausbildungsstätten im städtischen Raum, familiäre Kontakte, Freunde oder Freizeitangebote in den urbanen Regionen hervorgerufen. Durch diese Magnetwirkung werden die ländlichen Regionen schon in der Ausbildungsphase etwas entvölkert.

Eine zweite Ursache liegt in der Demographie. Dabei denken wir sofort an die immer älter werdenden Ärztinnen und Ärzte, Krankenpflegerinnen und -pfleger. Wir müssen aber die Motivationen und Einstellungen der jetzigen Generation der Ärztinnen und Ärzte viel ernster nehmen. Wir sehen in fast allen europäischen Ländern eine weitere Feminisierung des ärztlichen Berufes, die mit anderen Erwartungen und anderen Lebensentwürfen einhergeht.

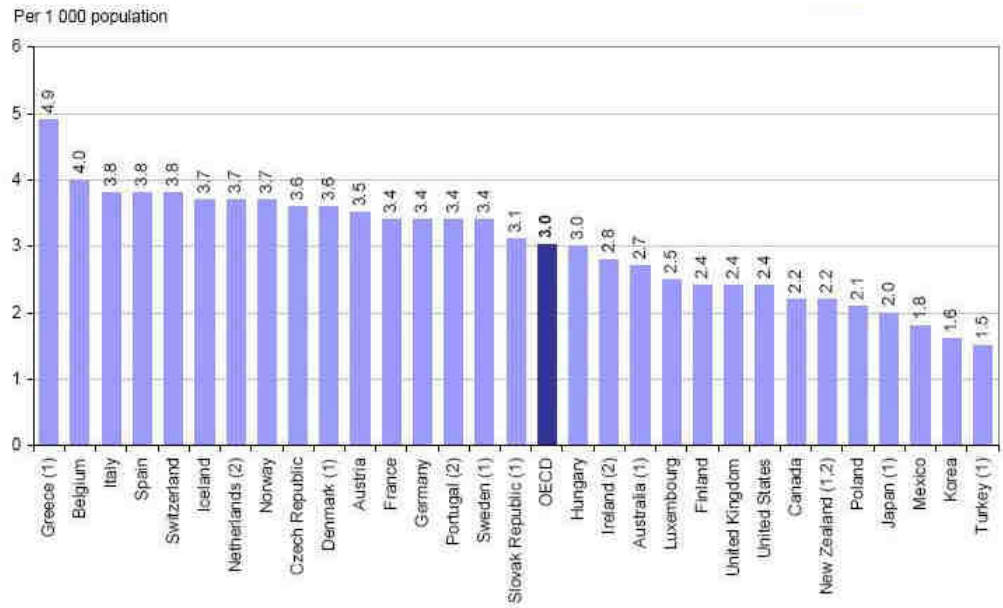
Wir haben viele Grenzen in Europa, und Grenzregionen waren immer Regionen, aus denen die Bevölkerung abwanderte. Sie sind unattraktiv, weil man dort als Bewohner abgeschnitten lebt. Man hat nur die Hälfte eines Einzugskreises und die Wege sind lang, entweder für den Patienten oder für den Arzt. Um dieses Problem zu lösen, gibt es heute zahlreiche enge Kooperationen über die Landesgrenzen hinweg. Teilweise kooperieren sogar Krankenhäuser auf beiden Seiten der Grenze. So ist zwischen Belgien und Frankreich die Geburtsmedizin grenzübergreifend organisiert. Teilweise werden die Belegschaft von Krankenhäusern ausgetauscht oder gemeinsame Schulungen und Trainings durchgeführt. Vor einigen Jahren hätte es fast eine Fusion der Medizinischen Fakultäten in Maastricht und Aachen gegeben, die sich leider dann zerschlagen hat.

Die private Gesundheitsversorgung ist für eine Gleichverteilung von Ressourcen nicht gut. Die privaten Versorger gehen gern in urbane oder in wohlhabende Zentren, dafür weniger gern in unterversorgte Bereiche.

Ich will an einem Beispiel aus dem EU-Mitgliedsland Belgien erläutern, dass Versorgungslücken nicht allein ein deutsches Problem sind. In Belgien ist die medizinische Ausbildung in einem 3-Stufen-System vom Graduate Training über das Postgraduate Training und dann zur Niederlassung organisiert. Wir haben dort die Sprachgrenze zwischen den flämisch und den französisch sprechenden Belgiern. Auf der flämischen Seite sind beim Graduate Training 8,5 % Ausländer, auf der französischen Seite dagegen 26 %. Beim Postgraduate Training sind es dann 5 % auf der flämischen und 17 % auf der französischen Seite. Bei den Niederlassungen sind es jedoch auf der französischen Seite 41 % der Ärzte, die nicht aus Belgien stammen. Diese Diskrepanz bereitet der Regierung Belgiens großes Kopfzerbrechen, denn sie hat Sorge, dass die französischen Ärzte, die in Frankreich keine Niederlassung erhalten haben, aber nun in Belgien arbeiten, irgendwann wieder zurückgehen und dann in Belgien Versorgungslücken entweder in bestimmten Disziplinen, in bestimmten Krankenhäusern oder in bestimmten Niederlassungsdistrikten entstehen.

Ganz ähnliche Verhältnisse sehen wir übrigens in Österreich oder in der Schweiz. Kleinere Länder sind von Ärzte- und Pflegekräftewanderungen stärker betroffen als größere Flächenländer.

Wir werden im kommenden Jahr neue Zahlen aus der OECD erhalten. Augenblicklich müssen wir noch mit den Zahlen von 2004 und 2009 vorlieb nehmen.



(1) 2004. (2) Ireland, the Netherlands, New Zealand and Portugal provide the number of all physicians entitled to practise rather than only those practising.
Source: *OECD Health Data 2007*.

Abb. 2: Anzahl praktizierender Ärztinnen und Ärzte pro 1.000 Einwohner in den Ländern der OECD, Stand 2005.

Im Jahr 2013 lag die Ärztezahl in den EU-Ländern recht kompakt mit wenigen Abweichungen nach oben oder unten in einem vergleichbaren Niveau des OECD-

Durchschnitts. Dagegen war die Ärztezahl in den USA oder in Kanada deutlich niedriger. Wenn man sich aber die Zahlen für Washington D.C. ansieht, fällt dort eine extreme Überversorgung auf. Solche Überversorgungen finden wir aber auch in den Metropolregionen anderer Länder (Abbildung 3).

Abb. 3: Der Zugang zu Ärzten unterscheidet sich zwischen ländlichen und urbanen Regionen, angegeben ist die Ärztedichte pro 1.000 Einwohner, Quelle OECD Regions at a glance, 2015.

Auch in Frankreich konnten wir aus den OECD-Daten für 2017 ähnliche Unterschiede in der Ärztedichte zwischen den Departements finden. Die französischen Ärztinnen und Ärzte möchten entweder in Paris oder im Süden arbeiten. Somit sind in Frankreich ländliche Gebiete im Süden durchaus gut, dagegen ländliche Gebiete im übrigen Frankreich eher schwächer versorgt.

Die Diskussion, die hier um die Ärzteverteilung geführt wird, heißt im Englischen „Recruiting and Attaching". Wie bekommen wir die Personen ins System, mit der richtigen Qualifikation an die richtigen Plätze? Wie können wir sicherstellen, dass sie an diesen Plätzen dann auch bleiben? Diese Fragen stellen sich für viele Berufsgruppen. Wir haben vorhin von Herrn Berberat und Herrn Fischer gehört, dass Ärztinnen und Ärzte gern in die Praxis oder in das Krankenhaus gehen und eigentlich zufrieden mit ihrer Arbeit sind.

Anders sieht es bei den Krankenpflegerinnen und -pflegern aus. In den meisten europäischen Ländern liegt deren Tätigkeitsdauer im Gesundheitssektor nach dem Berufsabschluss oder der Graduierung bei nur 10 Jahren oder sogar weniger. Das ist ein großer Verlust, wenn mit der Familiengründung die Berufstätigkeit endet.

Die EU-Kommission hat die Studie „Health Policy" in Auftrag gegeben, die sich mit diesem europaweiten Problem auseinandersetzt. In diese Studie war eine große Zahl von Ländern eingeschlossen. Es wurden acht Themen unterschieden:

- Wie bekommen wir junge Menschen in das Gesundheitssystem?
- Wie schaffen wir es, dass Allgemein- oder Hausärzte auch in die unterversorgten Gebiete gehen?
- Wie können wir Trainings-, Ausbildungs- oder Forschungsmöglichkeiten lebenslang organisieren? – Häufig verlassen Ärzte ein Land, weil sie keine Fortbildungsmöglichkeiten mehr vorfinden und bleiben dann im Ausland. Malta, was als kleines Land gar nicht alle Ärzte selbst ausbilden kann, hat das als Chance genutzt und einen Ausbildungsteil im Ausland in das Studium und die Weiterbildung eingebaut.
- Wie schaffen wir es, dass die Pflegekräfte im System gehalten werden? – Wir müssen ihnen neue Rollen und Aufgaben geben. Die Entlastung der Ärzte von nichtärztlichen Tätigkeiten oder die Übernahme von Routineaufgaben der Ärzte muss ein Teil der neuen Arbeitsaufgaben der Pflegekräfte sein.
- Wir müssen gute Arbeitsbedingungen schaffen. – Es gibt gute Franchise Programme, die aber auch entsprechend teuer sind.
- Wie kann man das Krankenhaus als Arbeitsplatz attraktiver und familienfreundlicher machen?
- Wie schaffen wir es, dass Arbeitskräfte wieder zurück in das Gesundheitssystem kommen? – Das ist bei den Ärzten nicht ein so großes Problem, dagegen ein fast unlösbares bei den Pflegekräften. In Belgien sind mehrere 10.000 Pflegerinnen und Pfleger nicht mehr im Gesundheitssystem tätig. Wir hätten mit dem Pflegenotstand keine großen Probleme, wenn wir diese Kräfte wieder reaktivieren könnten.
- Der demographische Wandel hat auch die Arbeitnehmer im Gesundheitswesen erreicht. – In vielen Ländern Europas ist das Durchschnittsalter einer Pflegekraft bei 50 Jahren.

Was sind die Antworten auf diese Fragen oder Herausforderungen?
Die „Health Policy"-Studie hat dazu einen Review der wissenschaftlichen Literatur angefertigt. Zum anderen hat man versucht, verschiedene Interventionen in den einzelnen Ländern auf ihre Wirksamkeit hin zu analysieren. So hat man z.B. Rekrutierungskampagnen oder Attracting Keys in verschiedenen Ländern untersucht. Bei den Ärzten ging es um Veränderungen der Ausbildung oder um finanzielle Unterstützungen. Die Einrichtung von Kinderbetreuungseinrichtungen in einem Allgemeinkrankenhaus ist sicherlich für junge Familien, die als Ärzte oder Pflegekräfte dort tätig sind, eine Maßnahme, die die Zufriedenheit mit dem Arbeitsplatz und der Arbeitssituation fördert.

Diese Studie ist zugleich ein Beleg dafür, dass das Problem, welches wir hier und heute für Deutschland besprechen, ein Problem in allen EU-Ländern ist. Wir müssen konstatieren, dass es eine Fehlverteilung in ganz Europa gibt. Die Gründe dafür ähneln sich. Die jeweiligen Kontexte machen jedoch einen großen Unterschied zwischen den Ländern. Die vorhin geführte Diskussion, ob eine Landarztquote bei Studienbeginn in

Deutschland sinnvoll ist, wenn die Entscheidung für oder gegen ein bestimmtes Fach erst im Praktischen Jahr gefällt wird, zeigt, wie wichtig es ist, die Praktikabilität bestimmter Maßnahmen genau zu prüfen.

Die Studie ist sehr gut und wichtig, dennoch sind die Grundlagen an vielen Stellen noch dünn. Zahlreiche Interventionen, die durch uns durchgeführt werden, sind entweder schlecht zu evaluieren oder werden gar nicht evaluiert. Wir müssen uns hier eingestehen, dass manchmal die Fakten nicht so robust sind, wie wir es uns als Wissenschaftler wünschen würden.

Es gibt nicht „die eine" Intervention, mit der das Problem zu lösen wäre. Viele Länder unternehmen ein ganzes Bündel an Interventionen. Organisationen machen ihre eigenen Interventionen. Es gibt politische oder auch regionale Initiativen. Vieles entsteht „von unten", aus dem lokalen Wissen und nicht notwendigerweise aus einem groß angelegten Plan. Mehr Geld in das System zu stecken ist häufig nicht die Antwort, um Probleme zu lösen, aber mehr Ärzte in das System einzubringen, leider auch nicht. Ein Mehr an Ärzten bedeutet nicht zwangsläufig, dass diese Ärzte dann auch die benötigte Spezialisierung antreten. Wir haben nicht nur bei den Hausärzten, sondern auch in anderen Fächern vergleichbare Probleme.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Diskussion

Wissing
Die Forderung, nicht einfach nur die Köpfe im Gesundheitswesen zu zählen, haben wir schon in vielen anderen Vorträgen gehört. Es gibt in Deutschland viele Ärztinnen, die in Teilzeit tätig sind. Wo stehen wir im europäischen Rahmen, und unterscheidet sich dabei Deutschland von anderen Ländern?

Wismar
Die exakten Zahlen für die Anteile an Ärztinnen und Ärzten habe ich nicht parat. Es gibt aber bei der Teilzeit massive Unterschiede innerhalb der EU. In Polen gibt es fast keine Teilzeitarbeit bei den Ärzten, dagegen gibt es in den Niederlanden fast niemanden unter den Ärzten, der in Vollzeit arbeitet. Daher müssen statistische Daten mit großer Vorsicht gesehen werden. Zudem sind die Belegschaften in den Krankenhäusern in der Regel gut erfasst, in den meisten Ländern die niedergelassenen Ärzte noch halbwegs gut. Dagegen sind die Pflegekräfte in den meisten Ländern ganz schlecht oder gar nicht erfasst.

Das ist eine paradoxe Entwicklung, denn WHO und OECD haben vor sieben Jahren beschlossen, die Gesundheitsdaten der Länder gemeinsam zu erfassen und mit den Ländern an den Indikatoren und Registerverfahren zu arbeiten. Das ist gelungen. Die Daten sind heute schneller verfügbar und akkurater als früher. Die Welt wandelt sich jedoch und dieser Wandel wird nicht adäquat abgebildet. Wir müssen die vorhandenen Daten in Kontextwissen einbetten.

Förstermann
Der Ruf der Politik, die Zahl der Ärztinnen und Ärzte im System zu erhöhen, ist in Deutschland sehr laut. Ist das in vergleichbaren anderen europäischen Ländern auch so?

Wismar
In Frankreich war das bis vor etwa 15 Jahren so. Man hatte große Sorgen, dass es einen Ärztemangel geben könnte, daher wurde stark investiert. In der Schweiz gibt es momentan große Anstrengungen, die Ausbildungskapazität anzuheben. Dort will man aber den Ausländeranteil bei den Ärztinnen und Ärzten, der mit über 25 % sehr hoch ist, wieder absenken. Die Umsetzung dieses Vorhabens ist infolge der Universitätsstruktur in der Schweiz nicht ganz einfach, zumal die Hochschulen den Sinn dieser Maßnahme nicht sehen.

Insgesamt stellt sich die Situation in Europa ziemlich geteilt dar, weil in den Nachwehen der Wirtschafts- und Finanzkrise in den Ländern Süd- und Südosteuropas gebremst wird. Sie haben mit dem Argument, dass die Arbeitsplätze in der Medizin sicher sind und bleiben, die Einkommen gekürzt und die Einstellungen verknappt. Da-

mit ist ein sehr hoher Druck auf das Personal in den Einrichtungen entstanden, und es ist noch nicht abzusehen, ob sich das wieder ausgleichen wird.

Wortmeldung aus dem Plenum
Was können wir von Österreich aus den geschilderten Maßnahmen lernen und welche haben sich als wenig wirksam oder gar unwirksam erwiesen?

Wismar
In Österreich wurde die Zielsteuerung eingeführt. Das ist ein tripartites Vertragswerk zwischen der Bundesebene, den Ländern und der Sozialversicherung, in dem man sich im Rahmen der politischen Vorgaben auf die Umsetzung von Reformen einigt. Die Besetzung der Gesundheitsministerposition hat das sehr begünstigt, denn beide Gesundheitsminister haben das sehr stark vorangetrieben. Auch der Generaldirektor im Ministerium und der Hauptgeschäftsführer im Sozialversicherungsverband haben dieses Vorhaben gefördert. Es gab große Widerstände gegen eine Reform.

Die Reform ist ärztlich dominiert worden, was sie für Pflegeberufe und medizinisch-technische Berufe schwierig macht. Die Reform geht voran. Das sieht man auch an den Fortschritten mit der elektronischen Patientenakte in Österreich. Die Einheit von politischer Führung und der Wille, die Reform voranzutreiben, haben sich da als sehr förderlich erwiesen. Es gibt in Österreich aber auch einen sehr großen Bedarf für eine Reform, denn die Politiker meinen, dass das Gesundheitswesen teuer, aber nicht gut ist. Die Bürger finden ihr Gesundheitswesen dagegen sehr gut. In den krankheitsbedingten Frühverrentungen ist Österreich Europameister. Das funktioniert wirtschaftlich nicht, und hier sollen Qualitätssicherungsmaßnahmen greifen.

mft
Uhlemann
Berlin

Verteilungsgerechtigkeit in der ambulanten Versorgung in unterschiedlich strukturierten Regionen

Dr. Thomas Uhlemann
Leiter des Referats Bedarfsplanung, Psychotherapie, Neue Versorgungsformen, GKV-Spitzenverband, Berlin

Meine Damen und Herren,

ich bin recht froh, nicht der erste zu sein, der hier gegen die politische Forderung nach einer weiteren Vergrößerung der Anzahl von ambulant tätigen Ärzten angehen muss. Wir leben nicht auf einer Insel immerwährender Prosperität, und es kann schnell die Situation eintreten, dass die Krankenkassen gar nicht mehr in der Lage sind, eine Versorgung in dem Umfang zu finanzieren, wie das jetzt der Fall ist.

Ich will mit einigen Kennzahlen zur ambulanten Versorgung beginnen (Abbildung 1).

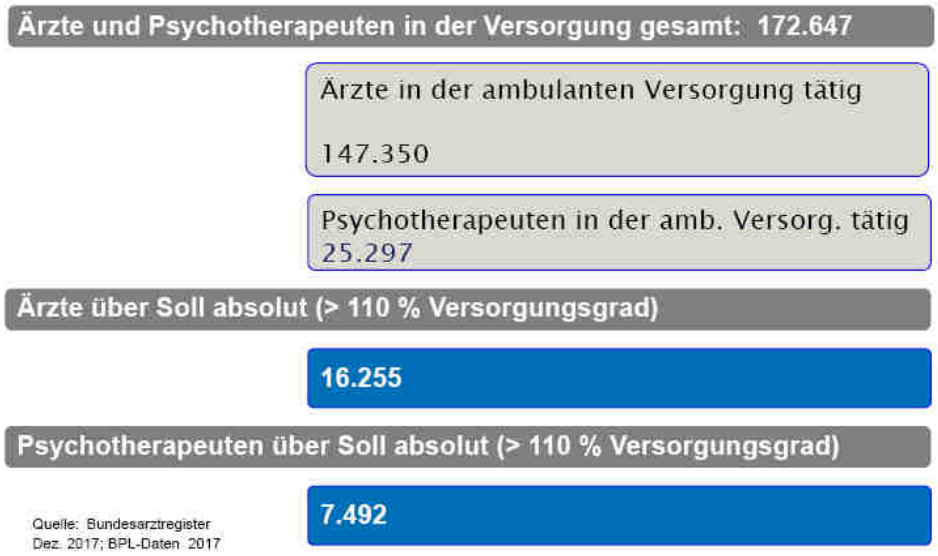


Abb. 1: Kennzahlen zur ambulanten Versorgung in Deutschland.

Die Bedarfsplanung ist nicht so schlecht, wie sie immer geredet wird. Sie ist ein Bollwerk gegen eine weitere Erhöhung der Arztzahlen, welche nicht nur von der Politik, sondern auch von zahlreichen Berufsverbänden gefordert wird. Würde man aber von der Bedarfsplanung abgehen, hätte man aus unserer Sicht nicht nur eine Verschärfung

der bestehenden Allokationsprobleme, sondern auch ein massenhafte Entwertung der bestehenden Praxen. Wir haben eine große Zahl von Ärzten in der Überversorgung, gleiches gilt für die Psychotherapeuten.

Die Zahl der ambulant tätigen Ärzte in Deutschland ist seit 1990 um über 62 % angestiegen (Abbildung 2) und wird bis 2018 um fast 70 % gestiegen sein.

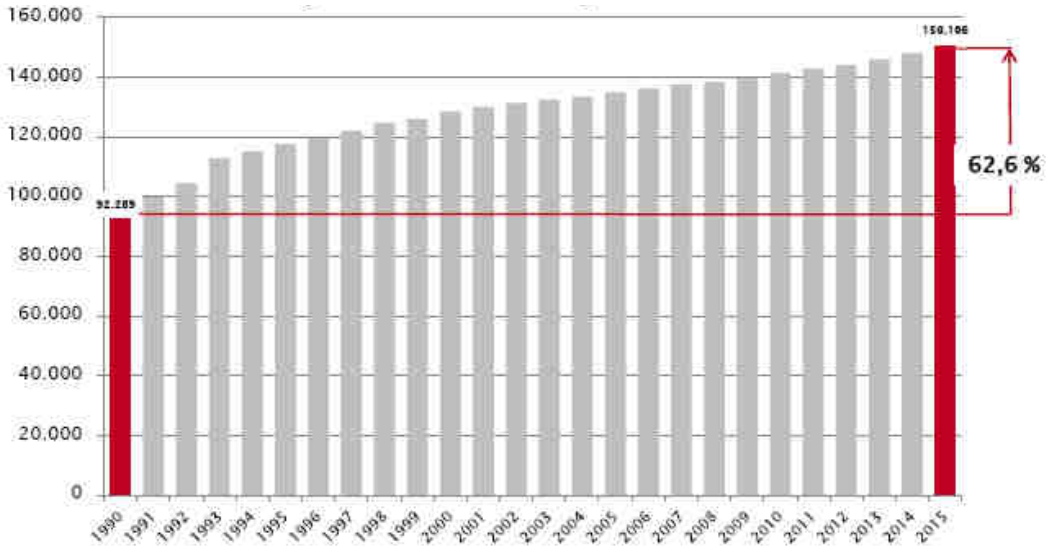


Abb. 2: Entwicklung der Zahl ambulant tätiger Ärzte in Deutschland 1990-2015. Quelle Bundesarztregister 2015, Darstellung: GKV-Spitzenverband.

Als die Diskussion zur Gestaltung der künftigen Bedarfsplanung in den 1990er Jahren begann, sprach man von einer drohenden „Ärzteschwemme". Viele erinnern sich noch an die Gastärzte, die kostenlos in Krankenhäusern gearbeitet haben, nur um ihre Facharztweiterbildung zu Ende zu bringen. Heute haben wir deutlich mehr Ärztinnen und Ärzte im System und sprechen von einem Ärztemangel (Abbildung 3). Hier muss man die unterschiedlichen Interessenlagen analysieren, muss sehen, wo die Versorgung wirklich kritisch ist.

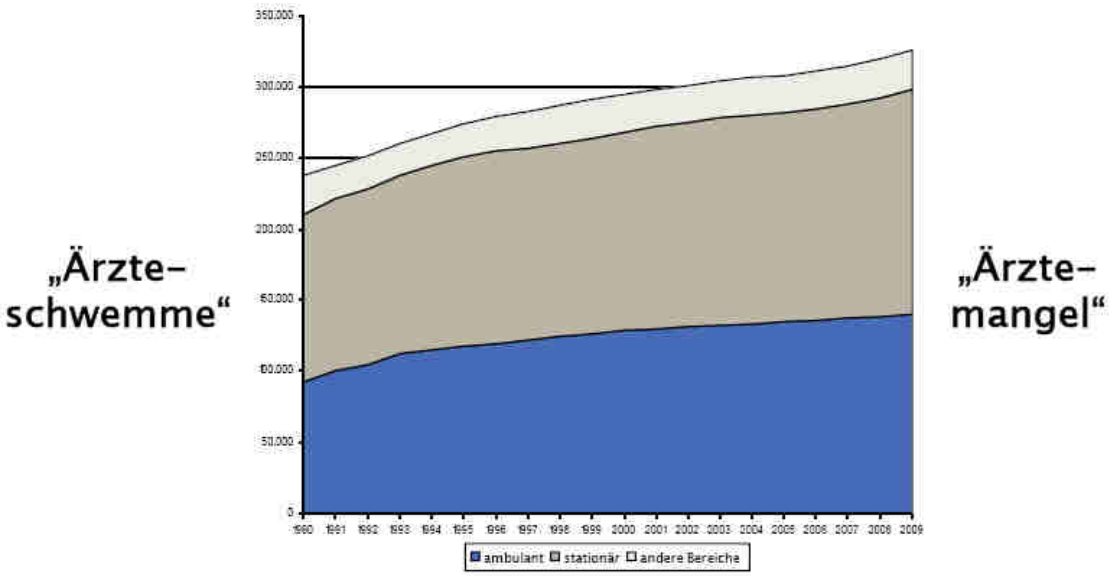


Abb. 3: Ärztemangel oder „Ärzteschwemme“ in Deutschland in den Jahren 1990 bis 2009. Quelle Statistik der Bundesärztekammer, Entwicklung der Arztzahlen nach ärztlichen Tätigkeitsbereichen.

In Abbildung 4 wird die Allgemeinarztdichte in verschiedenen Ländern der Welt verglichen.

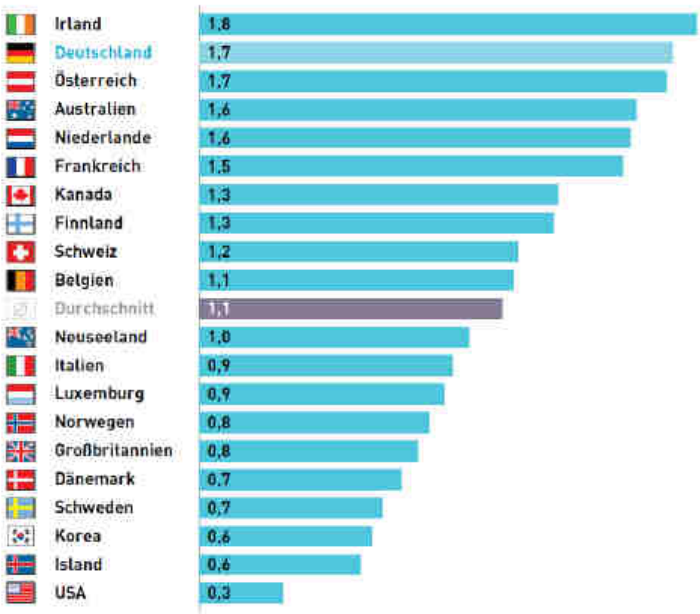


Abb. 4: Anzahl der Allgemeinärzte pro 1.000 Einwohner in verschiedenen OECD-Ländern. Quelle Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP).

Es handelt sich bei den Allgemeinärzten in Deutschland nicht um eine aussterbende Population und es ist nicht so, dass keine Allgemeinärzte in den ländlichen Raum gehen würden. Wir haben in Deutschland eine über dem Durchschnitt der OECD liegende Arztdichte und sollten bedenken, dass in Ländern am unteren Rand des Diagramms auch eine gute oder sogar sehr gute Gesundheitsversorgung der Bevölkerung

geleistet wird.

Ich will auf die versorgungspolitische Ausgangslage eingehen:
Der demographische Wandel wurde bereits mehrfach angesprochen. Die Regionen altern natürlich nicht gleichförmig. Es gibt Wanderungsbewegungen, und es gibt natürliche Bevölkerungsentwicklungen. Das führt in der Summe dazu, dass es Regionen gibt, in denen der Altersdurchschnitt erheblich höher ist als in anderen Regionen. Es gibt selbst innerhalb der Bundesländer große Unterschiede. Gegenden mit geringerer Bevölkerungsdichte sind im Durchschnitt älter als Gegenden mit großer Bevölkerungsdichte.

Die Innovationen in der Medizin sind als Triebkräfte für einen höheren Bedarf an Ärzten, aber auch für mehr (weil besser mögliche) Diagnostik und Therapie sowie als Faktor der Kostensteigerung angesprochen worden.

Wir beobachten in diesem Zusammenhang eine zunehmende Spezialisierung und Aufsplittung der Fachdisziplinen in Subspezialitäten. Das macht es schwierig in der Zählung, die nicht nach solchen Subspezialisierungen erfolgt. Es ist auch für den Patienten, der einen Facharzt braucht, von Nachteil, wenn dieser dann zwar grundsätzlich das Fach, nicht aber die vom Patienten benötigte Subspezialisierung vertritt.

Die Probleme der ambulanten Versorgung liegen in der räumlichen Fehlverteilung der Ärzte und Psychotherapeuten (Allokationsprobleme) und in den regional ungleichen Zugangschancen der Versicherten zur ambulanten Versorgung. Wir als GKV wollen, dass die Patienten im ländlichen Raum genau so gut zu den benötigten Ärzten kommen wie die Patienten in den urbanen Räumen. Dennoch würde es keine gerechte Verteilung geben, wenn jeder Patient nur die gleich langen Wege zum Arzt hätte. Wir sind für eine sinnvolle Zentralisierung von Leistungen und wollen nicht, dass jede Facharztdisziplin in gleicher Dichte auch im ländlichen Raum tätig sein soll. Das würde weder versorgungspolitisch noch ökonomisch Sinn machen.

Das Grundproblem der Bedarfsplanung liegt in der Gleichzeitigkeit von Über-, Unter- und Fehlversorgung. Zur Verbesserung der Verteilungsgerechtigkeit ist es aus unserer Sicht erforderlich, die sektorale Trennung der Versorgungsbereiche aufzuheben. Bisher gibt es keine substantielle Einbeziehung stationärer Versorgungskapazität in die ambulante Versorgung. Kleinere Krankenhäuser in Regionen geringerer Versorgungsdichte könnten auch Aufgaben in der Gesundheitsversorgung übernehmen, die sonst durch niedergelassene Ärzte wahrgenommen würden. Die starre Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung macht versorgungspolitisch keinen Sinn mehr. Weiterhin gilt es, Instrumente zur pretialen Steuerung bereit zu stellen und limitierende rechtliche Rahmenbedingungen (Eigentumsproblematik, Abbau von Überversorgung) abzubauen.

Der Gesetzgeber hat 2015 mit dem Versorgungsstärkungsgesetz festgelegt: „Der Gemeinsame Bundesausschuss trifft mit Wirkung zum 1. Januar 2017 die erforderlichen Anpassungen für eine bedarfsgerechte Versorgung nach Prüfung der Verhältniszahlen gemäß Absatz 2 Nummer 3 und unter Berücksichtigung der Möglichkeit zu einer kleinräumigen Planung, insbesondere für die Arztgruppe nach Absatz 4.“ (§ 101 Abs. 1 S. 7 SGB V)

Daraus wird der konkrete Auftrag des Gesetzgebers zur Prüfung der Verhältniszahlen, zur Prüfung einer kleinräumigeren Planung und zur Berücksichtigung der demographischen Entwicklung und der Sozial- und Morbiditätsstruktur (§ 101 Abs. Nr. 3 SGB V) abgeleitet. Wir sind gegenwärtig dabei, diese Vorgaben umzusetzen. Dazu ist ein Demographiefaktor in die Bedarfsplanung aufgenommen worden. Wir haben uns verschiedentlich zur kleinräumigen Bedarfsplanung geäußert.

In der Gesetzesbegründung zu § 101 Abs. 1 SGB V heißt es dazu: „Dem Gemeinsamen Bundesausschuss wird aufgegeben, die neue Bedarfsplanung weiterzuentwickeln und anzupassen, um dem tatsächlichen Versorgungsbedarf in der vertragsärztlichen Versorgung noch besser gerecht zu werden und eine flächendeckend bedarfsgerechte und wohnortnahe Versorgung mittels kleinräumiger Planung zu fördern.“ (§ 101 Abs. 1 S. 7 SGB V).

Die kleinräumigere Planung ist nicht unproblematisch, denn sie führt automatisch zu neuen Umverteilungen und vergrößert die Fehlallokation. Eine kleinräumigere Planung überall wird sowohl in den Städten als auch im ländlichen Raum zwar zu einer numerisch größeren Zahl an Arztstellen führen, diese freien Stellen werden aber im ländlichen Raum nicht schneller besetzt werden können als heute. Eine kleinräumigere Planung wird uns bei der Lösung des Problems nicht viel weiterhelfen können, sie ist aber ein häufig und ausdrücklich geäußerter Wunsch der Politik, da sie die Arztsitze als Standortfaktoren betrachtet, die wie andere Infrastrukturfaktoren eine Region attraktiver machen.

Was ist eigentlich der tatsächliche Versorgungsbedarf?
Diese Frage kommt spätestens alle zehn Jahre wieder auf, und sie verbindet sich mit der Frage nach den Bedarfsberechnungen. Die Politik hat die Forderung nach Daten gestellt. Der G-BA (Gemeinsame Bundesausschuss) hat hier die Notwendigkeit gesehen, zur Erfüllung der Forderung aus dem aktuellen Versorgungsstärkungsgesetz ein Gutachten in Auftrag zu geben, von dem wir uns Hinweise erhoffen, in welche Richtung sich die Entwicklung bewegt.

Wir kennen natürlich die Daten aus den älteren Studien, wie das Sachverständigengutachten von 2000/2001. Die für diesen Teil verantwortlichen Wissenschaftler haben als Bedarf das charakterisiert, was von den an einem Prozess Beteiligten ausgehandelt wird. Bedarf ist somit eher eine politische oder gesellschaftliche Größe und nichts, was man

ausrechnen kann. Mit einer Forderung nach Berechenbarkeit des Bedarfs würden wir die Wissenschaft überfordern.

Wie erfolgt die Planung durch den G-BA?
Wie orientieren uns bei der Planung natürlich an Zahlenwerten, wie der Bevölkerung in einer Region und an den Prognosen der Bevölkerungsentwicklung. Der G-BA legt für die Planung der Arztgruppen jeweils Bezugsräume fest, die sich an den planerischen Vorgaben des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) orientieren. Regional kann davon begründet abgewichen werden.

Wir gliedern nach dem räumlichen Bezug (Abbildung 5) und nach Arztgruppen (Abbildung 6), unterteilen aber z.B. die Gruppe der Internisten nicht in ihre Subspezialitäten.

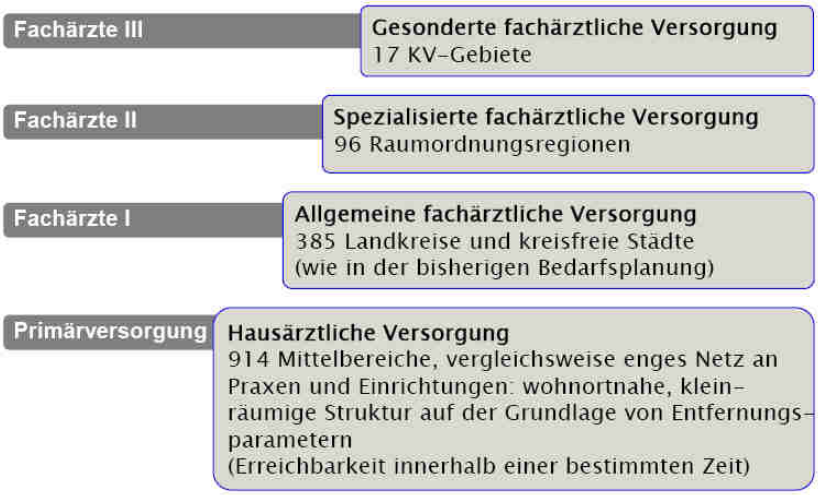


Abb. 5: Planungsstruktur: räumlicher Bezug bei der Festlegung von Arztsitzen.

Abb. 6: Planungsstruktur: Unterscheidung nach den Arztgruppen.

Wenn wir z.B. bei einzelnen Arztgruppen feststellen, dass in den Ballungsräumen die Stellen sämtlich besetzt sind, dafür aber in ländlichen Regionen mit geringer Bevölkerungsdichte Ärzte fehlen – und hier könnte ich für jedes Bundesland Regionen aufzählen, in denen ein Mangel in einer Fachgruppe herrscht –, dann würde eine Einrichtung solcher Praxen gegebenenfalls schon deshalb wenig Sinn machen, weil man solche Praxen im ländlichen Raum nicht immer wirtschaftlich betreiben kann.

Wir haben das am Beispiel der Internisten in einer Simulation durchgerechnet. Die Verteilung der Internisten in Deutschland zeigt auf der Karte das Bild eines Sternenhimmels mit Häufungen z.B. im Bereich großstädtischer Agglomerationsräume (Abbildung 7, linke Karte). Man sieht aber auch, dass die Anzahl der Internisten in den Gegenden, die ich gerade eben benannt habe, deutlich geringer ist.

Nimmt man die Gruppe der vertragsärztlichen Gastroenterologen (Abbildung 7, mittlere Karte), dann finden wir Gegenden, in denen diese Ärzte wirklich fehlen. Hier muss man überlegen, ob man Anreize für die Niederlassung dieser Spezialisten schafft oder Kooperationen mit vorhandenen Krankenhäusern eingeht.

Erweitert man dieses Bild in der sektorübergreifenden Versorgung um die Gastroenterologen, die als KV-Ärzte oder in den Ambulanzen arbeiten, ergibt sich wieder das Bild einer Clusterung in den Ballungsgebieten, und auch hier finden wir große Regionen mit Unterversorgung (Abbildung 7, rechte Karte).

Zur Lösung dieser Probleme wollen wir mit dem bereits angesprochenen Gutachten beitragen. Vorab kann ich sagen, dass sehr ernsthaft Gravitationsmodelle aus der Newton'schen Physik erwogen werden. Diese Modelle operieren mit Anziehungskräften und werden bereits von großen Supermarktketten genutzt – Einkaufsmärkte verschiedener Ketten liegen häufig eng benachbart. Die Zukunft wird zeigen, ob eine Abkehr von der räumlichen Planung hin zu solchen Modellen bessere Ergebnisse liefern kann.

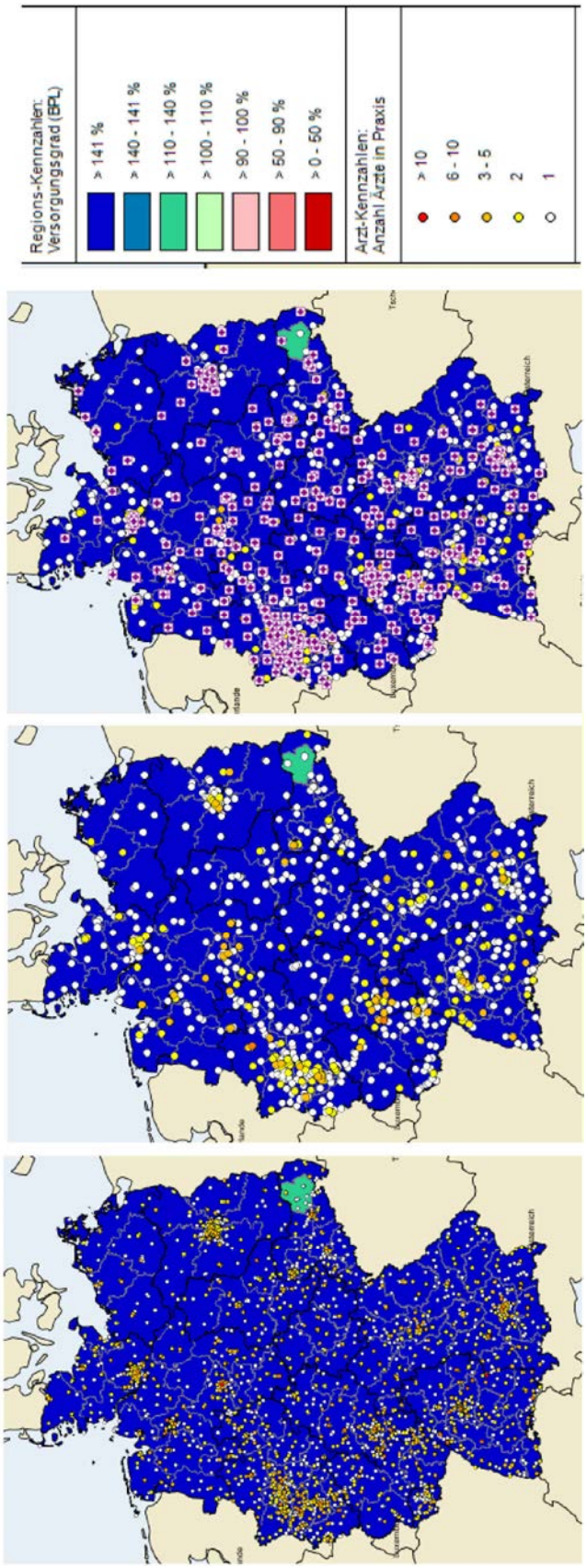


Abb. 7: Verteilung der Internisten in Deutschland insgesamt (linke Landkarte), der vertragsärztlichen Gastroenterologen (mittlere Landkarte) und der Gastroenterologen, die als KV-Ärzte oder in Ambulanzen tätig sind (rechte Landkarte).

Die Planungsziele der Krankenkassen richten sich zum einen auf die Selbstverwaltung, zum anderen sind sie an den Gesetzgeber adressiert (Abbildung 8). Wir wollen mit unseren Planungen die Versorgung bedarfsgerecht, verteilungsgerecht und ressourcenschonend gestalten.

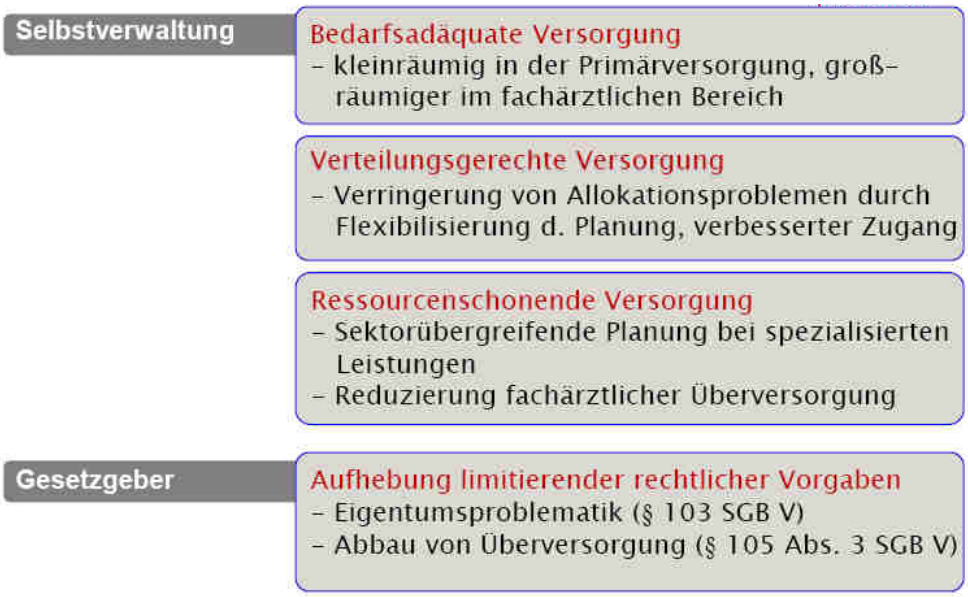


Abb. 8: Planungsziele der Krankenkassen

An den Gesetzgeber richten sich unsere Forderungen nach der Aufhebung limitierender rechtlicher Vorgaben. Die Praxis als Eigentum, das man verkaufen, verschenken oder auch vererben kann, ist eine einmalige Konstellation, die es so nur in Deutschland gibt. Das ist ein Problem für diejenigen Ärztinnen und Ärzte, die sich neu niederlassen wollen und große Summen aufbringen müssen, um eine solche Praxis zu übernehmen. Verkauft wird dabei nicht der materielle Wert einer Praxis oder der Wert der Patientendaten, sondern im Grunde nur die Erlaubnis, mit einer Krankenkasse abrechnen zu können.

Auch der Abbau von Überversorgung muss durch den Gesetzgeber geregelt werden. Denn durch die Ausnahmeregelungen zu § 105, Abs. 3 SGB V kann der Auftrag des Gesetzgebers zum Abbau der Überversorgung praktisch nicht umgesetzt werden. In der Realität kann ein Arztsitz, der einmal zugelassen wurde, nicht wieder aufgehoben werden. Das macht uns viel zu unflexibel und bedarf dringend einer Änderung.

Vielen Dank!

Diskussion

Wissing
Wie hoch ist die Dynamik? Wenn heute ein Studienanfänger in der Landarztquote unterschreiben soll, dass er später als Landarzt arbeiten wird, wird es bis zu seiner Niederlassung mit Studium und Weiterbildung 12 Jahre dauern. Ist überhaupt abschätzbar, wo wir in diesem Zeitrahmen stehen werden?

Uhlemann
Solche Daten sind nicht bekannt. Wir wissen, in welchen Regionen heute bestimmte Arztgruppen fehlen, können aber nicht prognostizieren, wie sich in einem Jahrzehnt oder länger die angesprochenen Maßnahmen einer Regulierung oder geänderten Bedarfsplanung auswirken werden.

Es gibt Daten aus anderen Ländern, wie z.B. aus Australien, wo Studiengebühren teilweise oder sogar vollständig erlassen werden, wenn sich der Absolvent bestimmten Regionen niederlassen wird. Wir wissen aber nicht, wie sich vergleichbare Maßnahmen in Deutschland auswirken werden. Das Geld allein wird allerdings die geschilderten Probleme nicht lösen. Gegenden, in denen es keine Kindergärten, Schulen oder kulturelle Möglichkeiten vor Ort oder in unmittelbarer Nähe gibt, wo die Einkaufsmöglichkeiten und die Verkehrsverbindungen schlecht sind, sind nicht attraktiv für die junge Ärztegeneration von heute. Dann werden sogar finanzielle Einbußen in Kauf genommen, um doch in einer Großstadt tätig zu sein.

Förstermann
Warum regelt sich das Problem fehlallozierter Praxen, die keine Funktion mehr haben, nicht von allein im normalen Marktgeschehen?

Uhlemann
Nach unserer Erfahrung tun die Regionen und insbesondere die Landkreise alles, um eine Praxis zu erhalten, selbst dann, wenn sie nicht mehr wirtschaftlich betrieben werden kann. Hier wirken kommunalpolitische Faktoren hinein, auf die wir keinen großen Einfluss haben.

Fördermöglichkeiten und Unterstützungsangebote der KV Rheinland-Pfalz

Dr. Peter Heinz
Vorsitzender des Vorstands, Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz, Mainz

Sehr geehrter Herr Professor Hickel,
meine Damen und Herren,

die Sichtweise der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) soll Gegenstand meines Vortrages sein. Wir als KV haben bestimmte Aufgaben und sitzen in keinem Elfenbeinturm, wenn es um die Gestaltung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung geht, denn wir haben einen Sicherstellungsauftrag.

Ein erster Aspekt meines Vortrages soll die Bedarfsplanung sein. Die Bedarfsplanung ist als Begriff schon ein Widerspruch in sich, denn wie kann ich einen zukünftigen Bedarf vorhersagen oder sogar planen? Sie wurde 1993 mit dem Gesundheitsstrukturgesetz eingeführt und war eigentlich ein Deal mit der Ärzteschaft. Die Bedarfsplanung ist als ein Niederlassungsverhinderungsinstrument zu verstehen. Sie entstand vor dem Hintergrund, dass steigende Arztzahlen als Hauptursache für Kostensteigerungen in der GKV angesehen wurden. Wir mussten uns mit der Politik auf eine Budgetierung der Gesamtvergütung mit dem Ziel der Beitragssatzstabilität einlassen, und die Gesamtvergütung wurde gedeckelt. Das ist noch heute so, und die Gesamtvergütung beläuft sich in Rheinland-Pfalz zurzeit auf etwa 1,7 Mrd. Euro pro Jahr. Wir als KV müssen diesen Betrag gerecht an die 7.000 Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verteilen. Legt man die Gebührenordnung (EBM) zugrunde, so reicht diese Summe etwa nur für 95 % der abgerechneten Fälle aus, der Rest sind sozusagen offene Rechnungen.

Die Ärzte, die damals im System waren, sind mit dem Versprechen einer Verhinderung von weiteren Zulassungen durch Zulassungssperren etwas beruhigt worden. Mit der aus dem Konstrukt von Budgetierung und Bedarfsplanung entstandenen Zulassungssperre wurde eine Art Staumauer gegen die damals beklagte „Ärzteschwemme“ aufgebaut.

Als man dann aber Anfang der 2000er Jahre feststellte, dass es bald keine Niederlassungsmöglichkeiten mehr geben würde, gingen viele junge Ärztinnen und Ärzte aus

den Krankenhäusern in der Übergangsfrist in die Niederlassung, was zu einem Niederlassungsboom führte. Damit gab es 2005 viele neue Ärztinnen und Ärzte im System. Danach kam es zur Verhinderung des Systemeintritts von ärztlichem Nachwuchs durch die Bedarfsplanung. Dieser in den grafischen Darstellungen als Bauch erscheinender Überschuss wird von uns nach dem damaligen Bundesgesundheitsminister auch „Seehofer-Bauch" bezeichnet (Abbildung 1). In den Jahren seit 2005 bis heute ist dieser Überschuss durchgewandert. Nun ist der Anteil der über 60-Jährigen von 13 % (2005) auf 30 % (2015) angestiegen. Wir haben allein in Rheinland-Pfalz einen Nachbesetzungsbedarf von etwa 4.000 Stellen, denn innerhalb der nächsten fünf Jahre werden statistisch über 4.000 Ärzte und Psychotherapeuten in den Ruhestand gehen. Der noch 2003 mit Ärztinnen und Ärzten gefüllte Pool ist nun aber leer. Die immer wieder geäußerte Befürchtung, dass sich mit der Aufgabe der Bedarfsplanung plötzlich eine große Zahl an Ärztinnen und Ärzten niederlassen würde, ist unrealistisch, denn diese Ärzte fehlen heute.

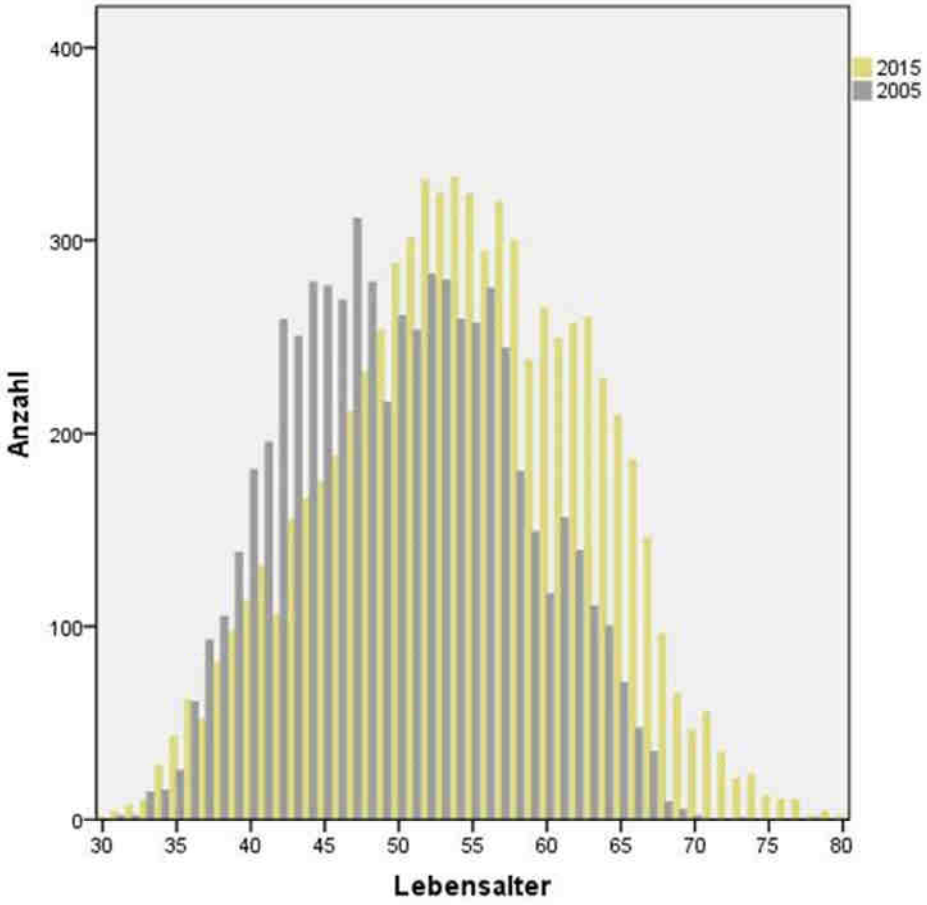


Abb. 1: Altersverteilung der Ärztinnen und Ärzte in Deutschland in den Jahren 2005 (graue Säulen) und 2015 (gelbe Säulen).

Auch der Wert einer Arztpraxis verfällt gegenwärtig dramatisch. Wir haben in Rheinland-Pfalz Allgemeinarztpraxen in der Peripherie, die ersatzlos geschlossen werden und für die der bisherige Betreiber überhaupt keinen Erlös bekommt, denn er kann sie

nicht verkaufen. Die Patienten müssen bei der Schließung einer solchen Praxis sehen, von wem sie künftig betreut werden.

Ich will Ihnen einige Zahlen vorstellen, mit denen wir als KV konfrontiert werden und an denen sich der altersbedingte Nachbesetzungsbedarf festmachen lässt. Unter der Annahme des Worst-Case-Szenarios, dass das Median-Ausstiegsalter von 61 Jahren bei Hausärzten, von 59 Jahren bei Fachärzten und von 60 Jahren bei Psychotherapeuten konstant bleibt, müssten wir bis 2023 bei den Hausärzten 1.584 Stellen (entspricht 58 % der Stellen), bei den Fachärzten 2.051 Stellen (entspricht 57 % der Stellen) und bei den Psychotherapeuten 682 Stellen (entspricht 58 % der Stellen) nachbesetzen. Mit diesen Stellen könnten wir die Versorgung auf dem heutigen Stand beibehalten. Es muss jedoch hinterfragt werden, ob dies so sein muss. Die Politik besteht aber darauf, dem Patienten gegenüber ein unerschöpfliches Leistungsversprechen auszusprechen, will aber auf der Seite der Nachfrage nichts unternehmen. Das ist ein großes Problem.

Das Problem der nicht nachzubesetzenden Stellen wird bei den Hausärzten evident, es trifft aber auch für zahlreiche andere Facharztgruppen zu, die gegenwärtig allerdings nicht so in der öffentlichen Diskussion präsent sind (Abbildung 2). Aus den Weiterbildungen sind diese Stellen aber nicht nachzubesetzen, denn es fehlen diese Fachärztinnen und Fachärzte.

Fachgruppe	Absolut	Prozentual
Hausärzte	1.584	58 %
Psychotherapeuten	682	58 %
Frauenärzte	299	58 %
Fachinternisten	292	59 %
Kinderärzte	187	58 %
Nervenärzte	163	66 %
Augenärzte	159	56 %
Chirurgen	151	67 %
Orthopäden	145	48 %
HNO-Ärzte	97	55 %

Abb. 2: Bedarf an nachzubesetzenden Arztstellen bis 2023 in Rheinland-Pfalz nach den Fachgebieten.

Wir benötigen grundversorgende Fachärzte auch in der Peripherie. Natürlich muss nicht in jeder Kleinstadt ein Neurochirurg tätig sein, und planbare Eingriffe können auch in etwas weiter entfernten Einrichtungen vorgenommen werden. Einen Gynäkologen braucht man aber vor Ort. Die heutige Bedarfsplanung beruht aber auf Zahlen, die mit der Realität überhaupt nichts mehr zu tun haben. Wir haben gynäkologische Praxen in Gebieten mit 121 % Überversorgung, dennoch warten die Patientinnen über ein halbes Jahr, bis sie ihren Termin haben. Dort hilft auch keine Terminservicestelle, denn die Patientinnen, die eine Ärztin oder einen Arzt kennen, möchten auch von

eben diesem Kollegen wieder behandelt werden. Wir müssen sehen, wie wir das Instrument der Bedarfsplanung künftig besser handhaben können.

Diese herausfordernde Situation wurde durch die Ärzteschaft bereits frühzeitig prognostiziert, denn wir haben den „Seehofer-Bauch“ durchwandern sehen (siehe Abbildung 1) und es war klar, wohin die Entwicklung gehen würde. Dies wurde aber von der Politik und von den Krankenkassen konsequent negiert. Die Frage, ob wir wirklich mehr Ärztinnen und Ärzte brauchen, ist absolut richtig gestellt. Wir benötigen aber heute eine Lösung für das System, um die Versorgung aufrecht zu erhalten. Für die Zukunft müssen wir frühzeitig agieren statt nur abzuwarten und zu reagieren!

Diese Situation wird durch aktuelle Trends zusätzlich verschärft und stellt uns vor große Herausforderungen (Abbildung 3).

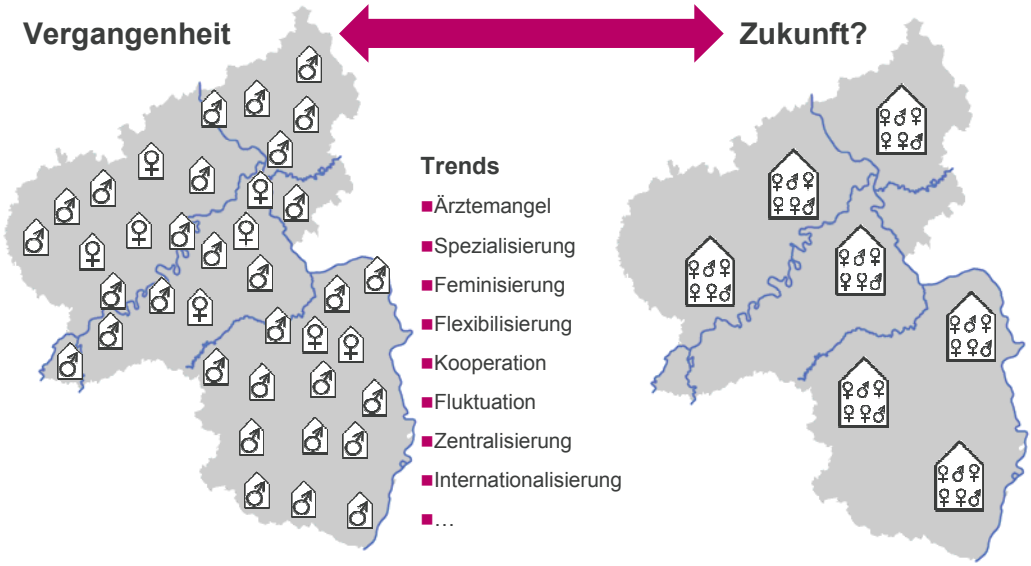


Abb. 3: Trends der Praxisentwicklung und zusätzliche Herausforderungen für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte in Rheinland-Pfalz.

In der Vergangenheit war das Bild der Praxis der niedergelassene Arzt, der gemeinsam mit seiner mitarbeitenden Ehefrau seine Praxis betrieb. Diese Ärzte hatten früher ein gutes Auskommen. Heute kommen sie aber zu uns und beklagen, dass sie für ihre Praxen keine Nachfolger finden können. Sie haben im Modus der Selbstausbeutung unwahrscheinlich viel Krankenversorgung für versorgungstechnisch wenig Geld gemacht, haben dabei aber gut verdient.

Will man heute eine solche Praxis adäquat betreiben, müssen sich mehrere Kolleginnen oder Kollegen zusammenschließen. Der bisherige Praxisinhaber bleibt noch auf einer halben oder einer viertel Stelle und scheidet so langsam aus seiner Berufstätigkeit aus. Innerhalb einer gemeinschaftlich betriebenen Praxis ist dann auch eine Tätigkeit

in Teilzeit möglich. Das ist das Konzept, welches wir als KV auch unterstützen. So entstehen hochprofessionelle Praxen. Es bilden sich immer mehr solcher Konstrukte, was für die Patienten allerdings längere Wege mit sich bringt. Solche Gemeinschaftspraxen sind versorgungsrelevant, das müssen die Krankenkassen auch verstehen. Es muss aus ökonomischer Sicht aber auch bedacht werden, dass der Umsatz in solchen Gemeinschaftspraxen nur noch ganz knapp für den Betrieb der Praxis selbst reicht. Gewinne wie in der früheren Einzelpraxis sind damit nicht zu generieren.

Den Trend der Spezialisierung habe ich bereits angesprochen. Er äußert sich in steigenden Arztzahlen bei Fachärzten und Psychotherapeuten bei einem gleichzeitigen Rückgang bei den Hausärzten.

Die Feminisierung in der Medizin bedeutet für uns als KV, dass 82 % des personellen Zuwachses seit 2005 weiblich waren und der Frauenanteil aktuell bei 42 % liegt. Warum ist das aber so? Der Grund ist der Numerus clausus, denn im 18./19. Lebensjahr haben die Frauen einen Entwicklungsvorsprung von bis zu drei Jahren. Sie lernen fleißiger und haben die besseren Abiturnoten als die gleichaltrigen Männer.

Der Trend zur Kooperation ist auch ein Ergebnis der hohen Fluktuation. Nur noch 49 % der Ärzte arbeiten in Einzelpraxen, der Trend zur Überörtlichkeit greift. Dabei muss man bedenken, dass sich ein Allgemeinarzt im Laufe seines Berufslebens, sofern er an einem Ort blieb, einen riesigen Schatz an Daten erarbeitet hat, was mit dem heutigen Trend zur Fluktuation so nicht mehr eintreten wird.

Die Flexibilisierung der Arbeitszeit stellt uns vor neue Herausforderungen. Gegenwärtig sind bereits 23 % der Ärztinnen und Ärzte in Teilzeittätigkeit, davon in der Mehrheit als angestellte Ärztinnen und Ärzte beschäftigt. Der Tätigkeitsumfang der Neueinsteiger liegt durchschnittlich bei nur noch 0,57 eines Vollzeitäquivalentes, was bedeutet, dass für zwei ausscheidende Ärzte drei neue benötigt werden.

Ein großes Problem in der Gesundheitsversorgung ist die Internationalisierung. Im Gesundheitssystem sind Kräfte heuschreckengleich unterwegs, die glauben, mit dem Gesundheitssystem Geld verdienen zu können. US-amerikanische Rentenversicherungsträger kaufen über Fonds in der Schweiz Kleinstkrankenhäuser, bilden damit MVZ und schaffen sich, sofern es sich um Hautarztpraxen handelt, die momentan bevorzugt aufgekauft werden, gute Bilanzen. Wir sehen diese Entwicklung mit großer Sorge und auch die Politik muss hier genau hinsehen, denn wir möchten nicht, dass die Gelder unserer Krankenversicherten in solchen Fonds verschwinden.

Die herausfordernde Situation bedingt zahlreiche und umfangreiche Maßnahmen!
Wie gehen wir als große KV mit dieser Situation um?

1. Finanzielle Unterstützung der Studierenden für die Tätigkeit als Famulus

Wir zahlen einen Ausbildungszuschuss für Studierende der Medizin in der hausärztlichen Praxis je Famulaturmonat (30 Kalendertage). Dabei werden bis zu zwei volle Famulaturmonate gefördert. Die Förderung beläuft sich in Höhe von 500 Euro pro Famulaturmonat. Dies ist zu einem Erfolgsmodell geworden. Bereits im ersten Jahr wurden 20.000 Euro abgerufen, nun sind wir bei über 80.000 Euro. Die Studierenden finden es spannend, am unausgelesenen Patientengut ausgebildet zu werden. Die Allgemeinmedizin entwickelt inzwischen auch das Selbstbewusstsein, dass nur ein gut ausgebildeter Allgemeinmediziner die Spezialisten gut macht. Er muss entscheiden können, ob und wenn ja, welcher Spezialist seinen Patienten weiterversorgen soll.

2. Drei Säulen der finanziellen Förderung der Weiterbildung durch die KV

Wie in Abbildung 4 dargestellt, teilen wir uns die Förderung der fachärztlichen Weiterbildung mit den Krankenkassen. Es gibt dort eine gesetzliche Förderung nach § 75a SGB V. Wir als KV fördern die Fachrichtungen, die von den Krankenkassen nicht gefördert werden.

Abb. 4: Das Drei-Säulen-Modell der Förderung von Allgemeinmedizin und Weiterbildung in Rheinland-Pfalz.

Die Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin kann gemäß § 75a SGB V für bis zu 42 Monate in der ambulanten Versorgung erfolgen. Wir gewähren eine Fördersumme von bis zu 4.800 Euro pro Monat bei einem Beschäftigungsumfang von 100 %. Die weiterzubildenden Assistenzärztinnen und -ärzte sollen ein Gehalt bekommen, wie sie es auch im Krankenhaus bekommen würden. Die Krankenkassen und die KV übernehmen jeweils 50 % der Fördersumme.

Die Förderung der fachärztlichen Weiterbildung durch die KV Rheinland-Pfalz erfolgt für die Fachgebiete

Augenheilkunde

Kinder- und Jugendmedizin
Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Haut- und Geschlechtskrankheiten
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Kinder- und Jugendpsychiatrie
Chirurgen (maximal 4 Stellen in Fördergebieten)
Nervenärzte (maximal 5 Stellen in Fördergebieten).

Im Bundesland Rheinland-Pfalz ist die Förderung auf 49,3 Stellen begrenzt. Auch bei dieser Fördermaßnahme liegt die Fördersumme bei bis zu 4.800 Euro pro Monat bei einem Beschäftigungsumfang von 100 %.

Die rechte Säule in Abbildung 4 zeigt, dass alle Weiterbildungen zum Erwerb einer Facharztkompetenz allein durch die KV Rheinland-Pfalz als ein zusätzliches Förderprogramm gefördert werden. Weil die Kassen sich an dieser Förderung nicht beteiligen, können wir hier nur den halben Fördersatz (bis zu 2.400 Euro pro Monat) bei einem Beschäftigungsumfang von 100 % pro Vertragsarztpraxis zahlen. Mit der Begrenzung auf eine Förderung pro Vertragsarztpraxis wollen wir verhindern, dass Großpraxen einen großen Anteil der Fördersumme abschöpfen könnten. In einer Berufungsausübungsgemeinschaft oder in einem MVZ kann nur eine Weiterbildungsstelle finanziell gefördert werden.

3. Koordinierungsstelle Weiterbildung Allgemeinmedizin

Diese Koordinierungsstelle liegt uns als KV sehr am Herzen. Die Partner der Koordinierungsstelle sind neben uns als KV Rheinland-Pfalz, die Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz e.V. und die Landesärztekammer Rheinland-Pfalz. Die Koordinierungsstelle ist organisatorisch bei der KV Rheinland-Pfalz angesiedelt und wird durch diese finanziert.

Ihr Ziel sind die langfristige und flächendeckende Sicherung der hausärztlichen Versorgung in Rheinland-Pfalz und die koordinierte, organisierte und sektorenübergreifende Weiterbildung aus einer Hand im Rahmen der Verbundweiterbildung.

In der Vergangenheit musste man seine Weiterbildung zum Allgemeinmediziner fast „under cover“ machen, denn die Chefärzte in den Krankenhäusern hörten es gar nicht gern, dass man nach dem klinischen Ausbildungsabschnitt in die Allgemeinmedizin gehen würde, und schlossen solche Ärztinnen und Ärzte schnell einmal von allen klinischen Funktionen aus. Auch das hat sich mit dem gewachsenen Selbstbewusstsein der Allgemeinmedizin zum Glück gewandelt. Wir entwickeln Weiterbildungsverbünde, die den Weiterzubildenden eine Roadmap mitgeben und mit der z.B. zwischenzeitliche Arbeitslosigkeiten infolge noch nicht freier oder aneinander passender Weiterbildungsstellen vermieden werden können.

4. Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin

In diesem Kompetenzzentrum kooperieren die KV Rheinland-Pfalz, die Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz e.V., die Landesärztekammer Rheinland-Pfalz und die Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz. Das Kompetenzzentrum soll der weiteren Stärkung der Qualität und Effizienz der allgemeinmedizinischen Weiterbildung dienen. Seine Hauptaufgaben richten sich auf Fortbildungsprogramme für Weiterbilder (Train-the-Trainer-Programme), Begleitseminare für Ärzte in Weiterbildung und ein Mentoring-Programm für Ärzte in Weiterbildung.

5. Der Strukturfonds der KV Rheinland-Pfalz

Der Strukturfonds wurde vom Gesetzgeber vorgesehen. In ihn zahlt die KV ein, und die Krankenkassen geben den Betrag zu gleichen Teilen dazu. Gegenwärtig ist er mit 2 Mio. Euro bestückt. In einem von der KV ausgewiesenen Fördergebiet – wobei die Definition eines Fördergebietes wesentlich elaborierter als die eingangs erwähnte Bedarfsplanung abläuft –, kann eine Förderung von einmalig bis zu 60.000 Euro für die Praxisneugründung und -übernahme und einmalig von bis zu 20.000 Euro für die Einrichtung einer Nebenbetriebsstätte beantragt werden. Alternativ ist es möglich, bis zu 1.000 Euro pro Monat für die Anstellung bei einem vollen Versorgungsauftrag für längstens 60 Monate als eine Förderung in den von der KV Rheinland-Pfalz ausgewiesenen Fördergebieten zu erhalten.

Wir haben in der KV derzeit fünf Fördergebiete, wobei für jedes Fachgebiet die Fördergebiete gesondert berechnet werden. In der Summe sind das dann über 50 Fördergebiete in Rheinland-Pfalz.

6. Beratungsangebote der KV Rheinland-Pfalz

Wir haben als KV aufwendige Beratungsangebote aufgelegt. Diese reichen von der Zulassungs- und Kooperationsberatung, der betriebswirtschaftlichen Beratung, der Einrichtung einer Beratungsstelle für Kommunen (Ressort Beratung), die ab Sommer 2018 ihre Tätigkeit aufnehmen wird, bis hin zu persönlichen Beratungsangeboten durch alle Fachabteilungen der KV Rheinland-Pfalz. Letzteres Angebot erscheint mir besonders wichtig, weil unser deutsches Gesundheitssystem so durchreguliert ist, dass eine Leitfunktion inzwischen unbedingt erforderlich scheint.

7. Service der KV Rheinland-Pfalz

Wir haben einen Lotsenservice eingerichtet, der neu niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten den Start erleichtert. Es wird ein umfangreiches Seminarangebot vorgehalten. Die Homepage der KV enthält nicht nur einen umfangreichen Anzeigenmarkt, sondern stellt auch die Ergebnisse unserer Versorgungsforschung vor. Mit dem Programm

„Ort sucht Arzt“ geben wir Gemeinden die Möglichkeit, ihre Niederlassungsangebote über uns als KV zu publizieren, wobei wir die interessierten Ärztinnen und Ärzte gleich direkt unterstützen können. Umgekehrt schauen wir mit dem Programm „KV – initiativ“ selbst, wo demnächst in einer Kommune ein Gesundheitsversorgungsproblem auftreten könnte (z.B. durch Ausscheiden eines niedergelassenen Kollegen, Schließen einer Praxis etc.) und sprechen die Kommunen von uns aus an, damit sie rechtzeitig reagieren können.

Alle diese Maßnahmen reichen aber nicht aus, um die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung in der Zukunft überall zu gewährleisten. Die KV Rheinland-Pfalz formuliert daher eine Reihe von Forderungen:

- Die Budgetierung ärztlicher Leistungen muss aufgehoben werden.
  Das ist leicht zu finanzieren, denn es fehlen ja nur 5 % an der Finanzierung. Damit würde man viel Marktwert in die Versorgung hineinbringen. In diesem Zusammenhang ist die aktuelle Bedarfsplanung als Niederlassungsverhinderungsinstrument grundlegend zu reformieren.

- Die Zahl der Medizinstudienplätze muss erhöht werden.

- Der Zugang zum Studium muss reformiert werden – wir brauchen Ärztinnen und Ärzte, die auch in die Versorgung gehen.
  Dabei stehen wir vor zwei Aufgaben, denn wir haben das Problem fehlender Pflegekräfte und wir sehen, dass zahllose sehr gute Abiturientinnen und Abiturienten, die sich auf ein Medizinstudium bewerben, keinen Studienplatz erhalten. Wenn wir jeden, der Medizin studieren will, zunächst für ein halbes Jahr in die Pflege schicken würden, hätten wir mit einem Schlag 18.000 Pflegekräfte. Wenn wir dann für jedes weitere Jahr Pflegetätigkeit einen Bonus von 0,5 auf den Notendurchschnitt anrechnen würden, bekämen wir auch wieder mehr Männer in das Studium. Mit der Pflegetätigkeit würden die Bewerberinnen und Bewerber zudem näher an den medizinischen Beruf herangeführt werden, als mit allen anderen Werbemaßnahmen.

- Ein großes Problem ist die Überinanspruchnahme medizinischer Leistungen.
  Nach Auskunft meiner Kollegen sind 85 % der Notdienst-Konsultationen völlig überflüssig. Die Überinanspruchnahme sollte durch eine sozial abzufedernde prozentuale Selbstbeteiligung reduziert werden. Der Patient sollte weder sagen können, dass für ihn alles umsonst sei, noch sollte er aus Geldmangel keinen Arzt aufsuchen können. Der Patient sollte für sein eigenes Solidarsystem Verantwortung übernehmen, auch das ist eine Form der Demokratie. Umgekehrt ist es auch für die Ärztinnen und Ärzte nicht mehr zumutbar, mehrere hundert Patienten an einem Tag in der überfüllten Sprechstunde behandeln zu müssen.

- Das Fernbehandlungsverbot muss abgeschafft werden.

- Die Kassenärztlichen Vereinigungen müssen an jedem Wochentag und zu jeder Uhrzeit medizinische Einrichtungen betreiben dürfen.

  Sie sollen Ärztinnen und Ärzte einstellen dürfen und eine solch eingerichtete Versorgungseinrichtung dann auch in die Hände der Ärztinnen und Ärzte übergeben dürfen. Dazu brauchen wir aber vom Gesetzgeber die entsprechenden Möglichkeiten. Wir wollen keinem niedergelassenen Kollegen Konkurrenz machen, sondern die Lücken im Versorgungsbereich schließen dürfen.

- Dazu sind aber auch Investitionen in die ambulante medizinische Versorgung nötig, nicht nur wie bisher in die stationäre.

  Auch hier ist ein Umdenken nötig, denn Landräte denken häufig nur in den Dimensionen der Krankenhäuser, nicht aber in denen der niedergelassenen Ärzte.

Vielen Dank!

Diskussion

Gekle

Ich habe vor meinem Studium Pflegedienst geleistet und bin dennoch in der Physiologie gelandet. Alle geschilderten Maßnahmen der KV sind vor dem Hintergrund der freiberuflichen Niederlassung beschrieben. Ist das aber noch das tragfähige Modell für die nähere Zukunft? Muss man nicht mehr in Richtung der MVZ als Infrastruktur denken, mit denen der medizinische Nachwuchs ohne das unternehmerische Risiko der eigenen Praxis leichter auf das Land gebracht werden kann?

Heinz

Diese Entscheidung sollte die neue Ärztegeneration selbst treffen. Für mich ist die Freiberuflichkeit ein wichtiger Grundsatz ärztlicher Tätigkeit. Kommunale MVZ sind nicht unproblematisch, denn gegenwärtig steigt durch den Mangel der Wert der ärztlichen Arbeit. Ich sehe die Gefahr der Abwerbung, denn die Kommune wird nicht die Gehälter zahlen können, die andere abwerbende Anbieter bereit sein werden zu zahlen.

Just

Ich möchte mit einem Mythos der Feminisierung als Grund des Ärztemangels aufräumen. Der Numerus clausus ist nicht der Grund, warum mehr Frauen zum Studium gehen. Die Männer wollen nicht als ersten Studienwunsch Medizin studieren, der Arztberuf ist für die Männer nicht mehr attraktiv. Wir werden auch mit anderen Maßnahmen nicht mehr Männer in den Arztberuf bekommen.

Heinz

Hier antworte ich mit einem „Jein“. Wir brauchen auch die Männer mit einem Abiturdurchschnitt von 1,8.

Haensel

Wir haben die Abiturnoten geschlechtsspezifisch analysiert und gefunden, dass das Verhältnis der Abiturnoten 1,0 zu 1,wenig sich so verhält, wie das Verhältnis der Bewerberinnen und Bewerber, nämlich 2/3 : 1/3. Es machen mehr Frauen als Männer Abitur, und die Frauen, die Abitur machen, haben die besseren Abiturnoten. Das könnte auch der Grund dafür sein, dass sich Männer mit schlechteren Abiturnoten gar nicht erst bewerben.

Heinz

Wir haben auch nichts dagegen, wenn der Arztberuf wieder attraktiver gemacht würde.

Tagungsimpressionen IV

Festveranstaltung

Grußwort des Wissenschaftlichen Vorstandes der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Prof. Dr. Ulrich Förstermann

Conspectabiles,
meine lieben Kolleginnen und Kollegen,
meine sehr verehrten Damen und Herren,

ich darf Sie – quasi als Hausherr – hier noch einmal sehr herzlich begrüßen. Ich freue mich, dass Sie so zahlreich an den Rhein gekommen sind. Wir sind heute Abend etwas über 200 Teilnehmer. Sie befinden sich in der Tat in dem Saal, in dem auch die Fastnachtsveranstaltung „Mainz bleibt Mainz, wie es singt und lacht" stattfindet. Die Medizinische Fakultät Mainz und die Universitätsmedizin Mainz ist zum vierten Mal Gastgeber für den Medizinischen Fakultätentag. Nach 1961, 1970 und 1981 treffen wir uns heute wieder hier zu einem Ordentlichen Medizinischen Fakultätentag.

Ich freue mich sehr, dass Herr Professor Barbaro, unser Staatssekretär für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur, heute bei uns ist und gleich anschließend das Wort an Sie richten wird. Ich darf auch den Vorstand des MFT mit seinem Präsidenten Heyo Kroemer, seinem Vizepräsidenten Matthias Frosch, dem Schatzmeister Jürgen Schüttler und seinem Generalsekretär Frank Wissing noch einmal sehr herzlich hier willkommen heißen. Ich begrüße Frau Bettina Jorzik, die Leiterin des Programmbereichs Lehre und Akademischer Nachwuchs des Stifterverbandes Essen. Auch begrüße ich das MFT-Präsidiumsmitglied Josef Pfeilschifter, der gemeinsam mit Frau Jorzik nachher den Ars legendi-Fakultätenpreis Medizin 2018 verleihen wird. Ich freue mich, dass von der Universitätsmedizin Mainz der Medizinische Vorstand und Vorstandsvorsitzende Norbert Pfeiffer heute Abend bei uns weilt.

Der MFT ist, wie Sie wissen, die Interessenvertretung der akademischen Medizin und der nun 38 Medizinischen Fakultäten. Der Ordentliche Medizinische Fakultätentag ist das größte und jährlich stattfindende Forum zum wissenschaftlichen und politischen Austausch innerhalb der akademischen Medizin. Hier wird, und das haben wir heute wieder erlebt, offen und kontrovers diskutiert. Auf den Fakultätentagen werden immer wieder richtungsweisende Entscheidungen für die akademische Medizin gefällt.

Der heutige Tag hat sich wesentlich mit der ärztlichen Versorgung in Deutschland beschäftigt: Droht ein Ärztemangel? Gibt es ihn sogar schon? Oder: Ist das nur ein Verteilungs- oder Allokationsproblem? Sie haben viele Daten dazu gesehen: Wir liegen mit der Ärztedichte von etwa 4,5 pro 1.000 Einwohner in Deutschland etwa an zehnter Stelle im weltweiten Vergleich. Interessanterweise steht an erster Stelle Kuba mit 7,5 pro 1.000 Einwohner. In den meisten EU-Ländern ist die Ärztedichte mit 4 pro 1.000 Einwohner etwa so hoch oder etwas unter der von Deutschland, der OECD-Schnitt liegt bei 3 Ärzten pro 1.000 Einwohner, und die USA liegen noch unter dieser Zahl. Trotzdem haben auch die USA eine ordentliche medizinische Versorgung.

Die Zahl der fast 390.000 Ärztinnen und Ärzte in Deutschland wuchs nach den Angaben der Bundesärztekammer jährlich um fast 6.000. Fast 11.000 Ärztinnen und Ärzte beenden in jedem Jahr in Deutschland mit dem Staatsexamen ihr Medizinstudium. Dazu kommen noch weitere Ärztinnen und Ärzte aus dem Ausland. Wo also ist das Problem? Gibt es einen Ärztemangel in Deutschland tatsächlich?

Der heutige Tag hat mit seinen Diskussionen gezeigt, dass die Antworten auf diese Fragen durchaus kontrovers diskutiert werden können. Der Präsident der Bundesärztekammer, Frank Ulrich Montgomery, wird mit seiner Aussage zitiert, dass man es sich zu einfach machen würde, wenn man nur die Köpfe zählt. Das ist wahrscheinlich wahr. In der Tat ist das Problem vielschichtiger.

Während in den Städten die Ärztedichte immer noch leicht steigt, finden auf dem Land immer mehr Praxen keinen Nachfolger, der diese Praxis übernehmen möchte, und müssen schließen. Das ist ein signifikantes Problem, wie ich es aus eigener Erfahrung im Bekanntenkreis erleben musste. Fast die Hälfte der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte ist zwischen 50 und 60 Jahre alt, die Zahl der unter 40-Jährigen liegt bei weniger als 3 %, dagegen liegt die Zahl der über 60-Jährigen bei mehr als 33 %. So ganz ergibt sich aus diesen Zahlen der immer wieder betonte gute Nachschub an Ärztinnen und Ärzten für mich nicht.

Die Ärzteschaft altert. Fast 25 % der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte planen, in den kommenden fünf Jahren ihre Praxis aufzugeben. Doch die Jüngeren haben ganz andere Vorstellungen von der Ausgestaltung ihres Berufslebens. Wir müssen hier, so glaube ich, umdenken. Unser Nachwuchs ist weniger bereit, das unternehmerische Risiko und, wie es im Vortrag von Herrn Kollegen Heinz hieß, die Selbstausbeutung in Kauf zu nehmen, um als freie Ärztinnen und Ärzte in einer eigenen Praxis tätig zu werden. Das zeigt auch die Statistik. Die Zahl der in eigener Praxis niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte ging im Jahr 2017 um 1.400 auf insgesamt 106.000 zurück. Im Gegensatz dazu nahm die Zahl der Vertragsärzte oder der als ärztliche Angestellte in einer bestehenden Praxis arbeitenden Ärztinnen und Ärzte deutlich zu und stieg im selben Zeitraum um fast 10 % auf heute 32.000 Ärztinnen und Ärzte.

Die durchschnittliche Arbeitszeit der niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen beträgt heute noch 50 Stunden pro Woche. Das ist eine Abnahme gegenüber früher, als diese Zeiten viel länger waren, aber noch immer keine reguläre Arbeitszeit. Das gilt übrigens auch für die Krankenhausärzte. Will man das zufahren, so braucht man logischerweise mehr Köpfe. Immer mehr angestellte Ärztinnen und Ärzte entscheiden sich gegen eine Vollzeitstelle. Im Gegensatz zu früher gibt es einen deutlichen Trend, Beruf und Privatleben besser in Einklang zu bringen. Wir haben heute auch von der „Feminisierung" des Arztberufes gehört – die Zahl der Ärztinnen steigt deutlich. Etwa 66 % der Studierenden sind Frauen. Insbesondere die Ärztinnen entscheiden sich im Laufe ihrer Karriere häufiger, nur eine Teilstelle anzutreten oder nach dem Mutterschaftsurlaub auf eine Teilzeitstelle umzustellen, um dann mehr Zeit für Kinder und Familie zu haben.

Immer mehr Ärzte, selbst wenn sie sich in eigener Praxis niederlassen, wollen das nicht mehr allein tun, was wiederum mit den Teilzeitarbeitsstellen zusammenhängt. Ich habe heute auch gelernt, dass es keinen signifikanten Aderlass an Ärztinnen und Ärzten in das Ausland gibt. Auch der patientenferne Bereich, die Unternehmensberatungen, Versicherungsunternehmen, Krankenkassen etc. saugen nur relativ wenige Ärztinnen und Ärzte aus der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung ab. Die allermeisten Absolventinnen und Absolventen treten in der Tat eine Stelle in der Patientenversorgung an.

Dennoch fehlen in der Summe ärztliche Arbeitsstellen, besonders dann, wenn man eine Regelarbeitszeit anstrebt. In Zukunft werden für ein Arbeitspensum, welches früher etwa zwei Ärzte erledigt haben, über drei Ärzte gebraucht werden. So ergibt sich die paradoxe Situation, dass, obwohl heute in Deutschland mehr Ärztinnen und Ärzte als je zuvor berufstätig sind, Ärztestellen sehr schwer zu besetzen sind. Nach Statistiken der Bundesarbeitsagentur gehört die Arztstelle zu den Stellen mit der höchsten Vakanzzeit. 2017 betrug die Vakanzzeit einer Arztstelle bis zur Neubesetzung fast 120 Tage, dieser Wert wurde nur von Altenpflegern und Heizungsmonteuren übertroffen. Die durchschnittliche Vakanzzeit über alle Berufe lag bei nur etwa 90 Tagen, somit liegen die Ärzte fast 50 % über den Durchschnittswerten.

Gleichzeitig steigt der Bedarf an ärztlichen Leistungen, was auch ein Problem dieses potentiellen Ärztemangels ist. Das ist im Rahmen der demographischen Entwicklung verständlich, aber der Bedarf steigt auch bei jungen Menschen. Sie schauen bei den ersten leichten Krankheitsanzeichen bei „Dr. Google" nach, glauben dann schnell, wirklich krank zu sein und gehen zum Arzt. Wir haben heute gehört, dass der durchschnittliche Bundesbürger etwa zwanzigmal im Jahr mit einer hohen Anspruchshaltung zum Arzt geht. Das ist deutlich mehr als früher.

Diesem sich aus all den genannten Komponenten ergebenden Mangel an ärztlicher Arbeitskraft kann man nur in einem konzertierten Konzept aller Beteiligten beikom-

men, von denen heute einige zu Wort kamen. Wir, die Universitäten und die Universitätsmedizin, müssen wohl mehr Ärztinnen und Ärzte ausbilden. Ob nun präzise analysiert oder nicht, ist diese Forderung das Credo der meisten Landesregierungen. Bayern wird durch die Neueinrichtung des Standortes Augsburg 15 % mehr an Studierenden ausbilden. Die Zahl von 10 % mehr Studierenden pro Jahr – das sind etwa 1.000 Studierende in ganz Deutschland – steht generell im Raum. Eine solche Aufstockung kostet viel Geld – für die Ausbildung und später für die Kassen, denn jeder Absolvent wird seinen Arbeitsbereich definieren.

Was können wir als Hochschulen noch tun? Wir können die Studierenden vermehrt mit der Allgemeinmedizin in Kontakt bringen. Das tun wir bereits, denn so wie wir in Mainz haben viele andere Standorte Lehrstühle für Allgemeinmedizin eingerichtet. Wir haben ein großes Netzwerk von Vertragsarztpraxen aufgebaut, wo die Studierenden sich mit der Allgemeinmedizin und der hausärztlichen Tätigkeit vertraut machen können. Dann aber endet der Arm der universitären Möglichkeiten, und es sind andere Partner wie die Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen gefragt, an diesem Strukturwandel teilzuhaben und ihren Beitrag zu leisten. Das ist ein Strukturwandel, der ganz offensichtlich weg von der Einzel- und hin zur Gruppenpraxis geht, hin zu Praxen und Medizinischen Versorgungszentren mit angestellten Ärztinnen und Ärzten. Im Referat von Herrn Heinz wurde aufgezeigt, dass bei den MVZ die Universitäten wieder einen Beitrag leisten können, indem sie beim Betrieb dieser Zentren helfen.

Wir werden uns morgen in einer Podiumsdiskussion den Satellitencampus widmen. Einige wenige Worte will ich dazu schon heute sagen: Wir sollen bzw. wollen an sieben Standorten von Universitätsmedizinen – wahrscheinlich sogar an noch mehr – Kooperationen mit regionalen Krankenhäusern eingehen, um so zusätzlich klinische Studienplätze zu schaffen. Für uns in Mainz betrifft das zwei Krankenhäuser in Trier, was für die Betroffenen einen erheblichen organisatorischen, personellen, logistischen und technischen Aufwand bedeutet. Es muss, und das will ich an dieser Stelle ausdrücklich betonen, unsere Maxime sein und bleiben, dass wir keine Zweiklassen-Ausbildung zulassen dürfen. Es darf keine Medizinerausbildung „light“ entstehen, denn „light“ würde auch die Abkehr von der wissenschaftsbasierten Lehre bedeuten. Diese „Fahne“ haben wir als MFT immer hoch gehalten, und das sollte auch so bleiben. Wenn auf Basis des EU-Rechts durch ausländische Fakultäten inländische Krankenhäuser betrieben werden, haben wir auf die Ausbildung an diesen Einrichtungen leider keinen Einfluss. Wir müssen aber in den Einrichtungen, die von uns betrieben werden, zu unseren Qualitätskriterien stehen.

Wenn wir mehr Studierende ausbilden sollen, so bringt uns das zu einem weiteren Aspekt, der auf der Agenda dieses Ordentlichen Medizinischen Fakultätentages steht, der Neuordnung der Zulassungskriterien. Wie Sie alle wissen, hat das Bundesverfassungsgericht in Karlsruhe am 19. Dezember 2017 entschieden, dass die Zulassungspra-

xis der Hochschulen teils verfassungswidrig ist und diese bis Ende 2019 neu geregelt werden muss. Auf jeden der etwas über 10.000 Studienplätze in Deutschland kommen im Schnitt fünf Bewerber – etwa 80 % der Studierwilligen werden abgewiesen. An diesem Verhältnis wird sich auch nichts Grundlegendes ändern, wenn in der Humanmedizin 1.000 Studierende mehr pro Jahr zugelassen werden. Auch in Zukunft werden viele geeignete Bewerber nicht zum Medizinstudium kommen können. Derzeit haben z.B. in Mainz nur Abiturienten mit einer Note 1,0 eine Chance oder sie müssen bis zu acht Jahre auf einen Studienplatz warten. Die Bundesverfassungsrichter verlangen unter anderem transparente Verfahren, die Vergleichbarkeit der Abiturnoten und sie begrenzen die Wartezeit auf vier Jahre, womit das Kriterium Wartezeit im Wesentlichen abgeschafft wird. Der Bund überlässt die vom Bundesverfassungsgericht geforderte Reform der Zulassungskriterien weitgehend den Ländern. Es wird wahrscheinlich eine Anpassung des geltenden Bundesrechts geben müssen, die Länder müssen ihre Zulassungskriterien in Landesrecht umsetzen und das Ganze muss bis 31. Dezember 2019 fertig sein.

Das muss gelingen, und die Medizinischen Fakultäten müssen dabei eine aktive Rolle spielen. Gelingt es nicht, so werden wir von einer Klagewelle überrollt werden, und damit haben wir in der Vergangenheit bereits hinlänglich Erfahrungen sammeln können. Wir müssen die neuen Zulassungskriterien erarbeiten. Es gilt immer noch, dass die viel kritisierte Abiturnote eine gute Korrelation mit dem Erfolg eines Medizinstudiums aufweist. Gleiches gilt auch und sogar noch in verstärktem Maße für den TMS-Medizinertest. Ob diese Korrelation aber auch für die spätere ärztliche Berufsausübung gilt, ist unklar. Man wird sich wahrscheinlich schnell darüber einig werden, dass die Wartezeit kein vernünftiges Kriterium einer Studieneignung ist. Praktische Erfahrungen und soziales Engagement könnten weitere Kriterien sein.

Ich fand die Idee von Dr. Peter Heinz bedenkenswert, in Rheinland-Pfalz zeitlich gestaffelte Boni für Pflegepraktika einzuführen zu wollen. Damit würden wir den Pflegenotstand etwas mildern und dem Wartenden eine medizinnahe Tätigkeit ermöglichen. In Rheinland-Pfalz können sich übrigens schon heute sogenannte Berufsqualifizierte zum Medizinstudium bewerben. Wer eine Ausbildung zur Krankenschwester, zum Rettungsassistenten etc. erfolgreich absolviert hat und eine zweijährige Berufserfahrung vorweisen kann, kann sich mit dem entsprechenden Examen, welches dann auch noch mit einem Bonus belegt wird, zum Medizinstudium bewerben. Das waren in den letzten Semestern über 20 % der neu zugelassenen Medizinstudierenden. Das hat uns am Anfang Sorgen gemacht, weil wir natürlich nicht wollen, dass die Qualität des Studiums darunter leidet. Wir führen mehrere Longitudinalstudien durch, um zu eruieren, wie sich diese Kandidatinnen und Kandidaten im Vergleich zu den übrigen Studierenden entwickeln. Interessanterweise haben etwa 50 % der Berufsqualifizierten auch das Abitur. Ihre Schwierigkeiten liegen im vorklinischen Studienabschnitt, sie haben größere Probleme bei den Naturwissenschaften, was nicht überrascht, sie treten oft nicht

in der Regelstudienzeit zum Physikum an, haben aber im Physikum selbst keine schlechteren Ergebnisse.

Auch bei den Zulassungskriterien sind alle Fakultäten und die Politik gefragt, an intelligenten Lösungen zu arbeiten. Vielleicht hören wir dazu am morgigen Tag weitere gute Vorschläge.

Ich will an dieser Stelle schließen und wünsche Ihnen eine angenehme Abendveranstaltung in diesem schönen Saal und morgen noch einen erfolgreichen Sitzungstag.

Vielen Dank!

Grußwort des Staatssekretärs im Ministerium für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur des Landes Rheinland-Pfalz

Prof. Dr. Salvatore Barbaro

Es gilt das gesprochene Wort!

Meine sehr verehrten Damen und Herren,
sehr geehrter Herr Professor Kroemer als Präsident des Medizinischen Fakultätentages,
sehr geehrte Präsidiumsmitglieder des Medizinischen Fakultätentages,
sehr geehrter Herr Förstermann als Dekan der gastgebenden Fakultät,
liebe Gäste,

auch ich darf Sie am heutigen Abend im Kurfürstlichen Schloss sehr herzlich begrüßen. Das tue ich auch im Namen unserer Ministerpräsidentin und ehemaligen Gesundheitsministerin Malu Dreyer. Es ist schon darauf hingewiesen worden, dass wir uns an einer historischen Stätte befinden. Dieses Schloss, dessen Errichtung im 17. Jahrhundert begann, welches den Mainzer Erzbischöfen und Kurfürsten als Residenz diente, bietet einen tollen Rahmen für den heutigen Abend.

Ich hoffe, dass Sie sich hier, in direkter Nähe zum Rhein und zum Regierungsviertel, wohl fühlen werden. Auf dieses ehrwürdige Schloss blickt mindestens einmal im Jahr nicht nur die Stadt, sondern die ganze Republik, wenn „Mainz bleibt Mainz, wie es singt und lacht“ hier gefeiert wird. Herr Förstermann hat bereits darauf hingewiesen, dass es heute vielleicht nicht ganz so lustig werden wird. Wer aber so wie ich an verschiedenen Stellen Deutschlands gelebt hat, weiß, dass nur ein Teil der Gäste, wenn sie aus ganz Deutschland gekommen sind, dies als etwas Negatives ansieht und viele auch ganz froh sind, dass es nicht karnevalistisch wird. Wir mögen diese Kultur, und sie ist ein Teil unserer Lebensfreude.

Ich möchte die Punkte, die Herr Förstermann schon thematisiert hat, nun nicht noch einmal ansprechen. Wichtig ist aber, eine Antwort darauf zu geben, denn die Erwartungshaltung der Politik an das, was die Medizinischen Fakultäten und insbesondere die Universitätsklinika dann leisten sollen, wächst. Unabhängig von der Frage, ob es erstrebenswert sei, kubanische Verhältnisse im Verhältnis Ärzte zu Einwohnern haben zu wollen – um das Bild von vorhin noch einmal aufzugreifen –, ist die Erwartungshaltung groß. Dazu zählt, dass wir mehr junge Menschen zu Medizinern ausbilden, dass wir stärker in die Regionalisierung eingehen und dass wir, was die Universitätsklinika

betrifft, nicht nur gleichzeitig Hochleistungsmedizin, sondern auch allgemeine Krankenhausleistungen anbieten.

Ich finde es sehr schade, dass die neue Bundesregierung und die Koalitionsfraktionen sich in ihrem Koalitionsvertrag nicht dazu durchringen konnten, das Thema Universitätsklinika und Fortentwicklung des Medizinstudiums in irgendeiner Form aufzunehmen. Noch vor vier Jahren war zumindest im Koalitionsvertrag festgehalten, dass man einen DRG-Aufschlag für die Universitätsmedizin vorsehen wolle. Er wurde dann zwar nicht umgesetzt, doch die Konsequenz wäre gewesen, ihn nun in der nächsten Legislaturperiode mit großem Enthusiasmus anzugehen. Stattdessen hat man diesen Sachverhalt nicht einmal mehr im Koalitionsvertrag erwähnt.

Auch das Thema der Investitionshilfen für die Universitätsklinika, die ja auch überregionale Leistungen anbieten, ist nicht aufgenommen worden, was so zu interpretieren ist, dass man dieses Thema nicht angehen möchte.

Wahrscheinlich wird es beim Thema Studienplätze eine Regelung im neu zu verhandelnden Hochschulpakt geben. Ich gehöre dieser Verhandlungsgruppe an. Man wird am Thema der Medizinstudienplätze sicherlich nicht vorbei kommen. Eine spezielle Regelung für diesen Bereich ist zu erwarten. Sie wird aber schwierig werden, denn solche Regelungen gehen immer zu Lasten anderer Programme.

Wir haben als Land Rheinland-Pfalz im letzten Jahr ein Investitionspaket in Höhe von 70 Mio. Euro für die Universitätsmedizin auf den Weg gebracht. Wir werden im neuen Haushalt – vorbehaltlich der Zustimmung des Gesetzgebers – den Zuführungsbetrag um etwa 15 % erhöhen. Das werden etwa 10 Mio. Euro sein, die vom Vorstand der Universitätsmedizin Mainz dann so eingesetzt werden können, wie es aus seiner Sicht für Investitionen oder für Forschung und Lehre oder eine Mischung aus beidem erforderlich ist.

Wir wissen natürlich, dass diese Summen niemals genug sein können. Uns ist aber wichtig, dass wir einen gewissen Beitrag leisten. Es wird, und das möchte ich an dieser Stelle noch einmal betonen, ein ganz wichtiger Punkt sein, dass auch die Bundesregierung Verantwortung für medizinische Infrastrukturen künftig wahrnimmt.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen eine erfolgreiche und schöne Tagung. Behalten Sie Mainz und dieses Schloss in guter Erinnerung und kommen Sie uns wieder besuchen. Ich hoffe, dass sich die Medizinische Fakultät und die Universitätsmedizin so präsentieren, wie sie sind – eine herausragende Institution unter den Medizinern in Deutschland.

Vielen Dank!

Ars legendi-Fakultätenpreis für exzellente Lehre in der Medizin

mft
ARS LEGENDI
FAKULTÄTENPREIS
MEDIZIN 2018
Dr. Anne Herrmann-Werner

Einführung

Bettina Jorzik
Leiterin Programmbereich „Lehre und akademischer Nachwuchs“, Stifterverband, Essen

Sehr geehrter Herr Professor Förstermann,
sehr geehrter Herr Professor Kroemer,
sehr geehrter Herr Professor Pfeilschifter,
sehr geehrte Frau Doktor Herrmann-Werner, liebe Anne,
sehr geehrter Herr Staatssekretär Barbaro,
sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Gäste,

ich freue mich, dass wir nun zur feierlichen Verleihung des Ars legendi-Fakultätenpreises Medizin kommen. Diese Verleihung ist inzwischen zu einer schönen Tradition bei der abendlichen Festveranstaltung im Rahmen des Ordentlichen Medizinischen Fakultätentages geworden. Wie das allerdings mit Ereignissen, die alle Jahre wiederkehren, so ist, werden diejenigen, die in den letzten Jahren an den Festabenden teilgenommen haben, in den kommenden Minuten so etwas wie ein Déjà-vu erleben. Als Vertreterin des Stifterverbandes kommt mir nämlich die Rolle zu, einführend etwas zur Idee, Zielsetzung und Geschichte dieses Preises zu sagen, und diese Fakten haben sich in den vergangenen Jahren nicht verändert.

Wir verleihen den Ars legendi-Fakultätenpreis Medizin heute Abend bereits zum neunten Mal. Zum zweiten Mal geht dieser Preis an die Medizinische Fakultät der Universität Tübingen. Unsere heutige Preisträgerin, Frau Dr. med. Anne Herrmann-Werner, ist Absolventin des MME-Postgradualstudiums, allerdings nicht in der deutschen, sondern in der schweizerischen Version. Die Geschichte des Ars legendi-Fakultätenpreises Medizin und die Geschichte des deutschen MME-Postgradualstudiengangs sind eng miteinander verwoben. Die MME-Studierenden der ersten Kohorte waren so etwas wie die Geburtshelfer für diesen Preis.

Im Jahre 2006 haben wir zum ersten Mal den „eigentlichen“ Ars legendi-Preis für exzellente Hochschullehre verliehen. Das ist so etwas wie die Dachmarke der Ars legendi-Familie. Bis einschließlich 2012 haben wir diesen Preis jährlich für eine andere akademische Disziplin bzw. Fächergruppe ausgelobt. Die Medizin machte 2006 den Anfang. Bei einem Besuch eines MME-Moduls habe ich mit damaligen Teilnehmerinnen und

Teilnehmern der Kohorte gesprochen. Sie kommentierten, dass der Ars legendi-Preis eine tolle Sache sei, er aber für die Anerkennung herausragender Lehre in der Medizin nur wenig bringen würde, wenn er denn nur alle paar Jahre an die Medizin vergeben werden könne, weil in den folgenden Jahren immer andere Disziplinen bedacht werden müssten. Ich entgegnete, dass wir als Stifterverband den Preis nicht parallel für verschiedene Fakultäten ausloben und auch das Preisgeld von 50.000 Euro nicht parzellieren und zwischen mehreren Preisträgern aufteilen könnten. Die MME-ler äußerten ein gewisses Verständnis, meinten aber, dass die Fakultäten diesen Preis selbst finanzieren könnten. Wenn jede Medizinische Fakultät einen Anteil von nur 1.000 Euro pro Jahr leisten würde, wozu die Fakultäten nach ihrer Einschätzung durchaus in der Lage wären, könne man in jedem Jahr einen Ars legendi-Preis in der Medizin vergeben.

Bei der Verleihung des Ars legendi-Preises 2006 berichtete ich dem damaligen Präsidenten des Stifterverbandes, Herrn Dr. Oetker, von diesem Vorschlag, und er war von dieser Idee so begeistert, dass er den Fakultätentagen vorschlug, für jeden Euro, der seitens der Fakultäten für einen fachspezifischen Ars legendi-Preis bereitgestellt werden würde, einen weiteren Euro aus dem Stifterverband hinzuzugeben. Der Medizinische Fakultätentag hat als erster diesen Vorschlag aufgegriffen und 2009 konnten wir erstmals den Ars legendi-Fakultätenpreis Medizin ausloben.

In den folgenden Jahren hat das Beispiel der Medizin Schule gemacht, und inzwischen gibt es solche Ars legendi-Fakultätenpreise in den Ingenieurwissenschaften, der Rechtswissenschaft, der Mathematik und den Naturwissenschaften sowie in der Sportwissenschaft. Jedoch ist kein anderer Fakultätenpreis so gut dotiert wie der Fakultätenpreis Medizin.

Worin besteht nun die Zielsetzung des Ars legendi-Fakultätenpreises und welche Anforderungen stellen wir an die Preisträger?
Der Ars legendi-Fakultätenpreis wird für herausragende und innovative Leistungen in Lehre, Prüfung, Beratung und Betreuung an Hochschulen vergeben. Dazu gehört insbesondere die Entwicklung, Implementierung und Durchführung von Curricula oder curricularen Elementen, die Entwicklung und der erfolgreiche Einsatz von Lehr- und Lernmaterialien, die Entwicklung und Implementierung innovativer Prüfungsmethoden, die Entwicklung und Umsetzung neuartiger Beratungs- und Betreuungskonzepte und sonstige Maßnahmen zur Verbesserung von Studium und Lehre, z.B. in der Qualitätssicherung.

Der Preis soll die besondere Bedeutung der Hochschullehre für die Ausbildung des akademischen Nachwuchses sichtbar machen und einen karrierewirksamen Anreiz schaffen, sich in der Hochschullehre zu engagieren und sie über den eigenen Wirkungsbereich hinaus zu fördern. Gleichzeitig soll die Qualität der Lehre als ein zentrales Exzellenzkriterium für Medizinische Fakultäten und Fachbereiche etabliert werden.

Von Preisträgern wird erwartet, dass ihre Lehre, die von ihnen durchgeführten Prüfungen sowie die Beratung und Betreuung von Studierenden von herausragender Qualität sind. Ihre Lehre soll gleichermaßen praxisnah wie auch forschungsbezogen sein. Es wird erwartet, dass ihre Lehre innovativ ist und sie Impulse für die Weiterentwicklung der Lehre geben. Sie sollen ihre Lehre professionell betreiben, dazu zählen die Kenntnis der Medizindidaktik und die regelmäßige Weiterbildung. Die Kandidaten sollen sich nachhaltig und erfolgreich für gute Lehre engagieren. Schließlich sollen sie ausgewiesene Wissenschaftler sein, deren Lehrengagement nicht zu Lasten der Forschung geht.

All dies setzt zweifellos herausragendes Können voraus. Letztlich ist exzellente Lehre jedoch eine Frage der Haltung. Ohne die Liebe zum Lehren bleibt die Lehre seelenlos. Warum Frau Anne Herrmann-Werner eine würdige Preisträgerin ist, können Sie der nachfolgenden Laudatio von Herrn Professor Pfeilschifter entnehmen.

Vielen Dank!

mft
Pfeilschifter
Frankfurt/Main

Laudatio

Prof. Dr. Josef Pfeilschifter
Mitglied des MFT-Präsidiums, Frankfurt am Main

Liebe Frau Jorzik,
verehrter Herr Staatssekretär Barbaro,
lieber Herr Förstermann,
Conspectabiles, liebe Kolleginnen und Kollegen,
meine sehr verehrten Damen und Herren,
liebe Frau Herrmann-Werner,

ich darf Sie auch noch einmal im Kurfürstlichen Schloss zu Mainz sehr herzlich begrüßen, einem der letzten Bauwerke der sogenannten Deutschen Renaissance. Und weil wir uns hier im Großen Festsaal befinden, wo traditionsgemäß die Mainzer Karnevalssitzungen abgehalten werden, stehe ich an dieser Stelle gewissermaßen in der Bütt, was ich für diesen schönen Anlass einer Preisverleihung sehr gerne tue.

Ich wollte eigentlich einige lästernde Worte über die Gesundheitspolitik hier aus der Bütt in meine Laudatio einflechten – aber, lieber Herr Staatssekretär, ich war tief beeindruckt, dass Sie der Medizinischen Fakultät hier in Mainz eine Aufstockung des Landeszuführungsbetrages in Höhe von etwa 10 Mio. Euro bewilligen. Das sind die Dinge, die die deutsche Hochschulmedizin braucht, und dazu sage ich an dieser Stelle mein herzliches Dankeschön.

Auch in diesem Jahr haben der Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft und der Medizinische Fakultätentag gemeinsam den Ars legendi-Fakultätenpreis für exzellente Lehre in der Medizin ausgeschrieben, um herausragende Leistungen in Lehre, Prüfung, Beratung und Betreuung an Medizinischen Fakultäten zu honorieren.

Es freut mich, dass wir mit Anne Herrmann-Werner eine Ärztin auszeichnen können, die eine stringente Entwicklung ihrer Lehrtätigkeit vorweist. Die große und qualitativ außerordentliche Bandbreite des Wirkens von Anne Herrmann-Werner haben eine starke Strahlkraft – ganz im Sinne des Ars legendi-Preises.

Meine Damen und Herren, erlauben Sie mir, Ihnen in der gebotenen Kürze die Preisträgerin vorzustellen, indem ich die wichtigsten Stationen ihres bisherigen Werdegangs skizziere.

Anne Herrmann-Werner hat an der Philipps-Universität Marburg Humanmedizin studiert. Dort wird sie auch 2009 im Bereich der physiologischen Chemie promoviert. Parallel dazu treibt sie ihre hochschuldidaktische Weiterbildung konsequent voran. So erhält sie das Zertifikat für Hochschuldidaktik in der Medizin am Kompetenzzentrum in Tübingen und schließt in Bern 2013 erfolgreich den Master of Medical Education ab, mit einer Arbeit über den Vergleich von Best Practise-Beispielen bei unterschiedlichen Lehrmethoden.

Anne Herrmann-Werner hat sich als Fachärztin für Psychosomatik erfolgreich seit über zehn Jahren innerhalb der Tübinger Fakultät an zahlreichen Schnittstellen etabliert. Unter anderem ist sie in die fachspezifische Begleitforschung eingebunden, wirkt an verschiedenen von ihr eingeworbenen Forschungsprojekten mit, hat die ärztliche Leitung des interdisziplinären DocLabs inne, ist Studien-, Prüfungs- und PJ-Beauftragte sowie Oberärztin in der Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie der Medizinischen Klinik VI – und Mutter von zwei kleinen Kindern.

Auch außerhalb der Fakultät engagiert sich Anne Herrmann-Werner ganz maßgeblich im Bereich Lehre – etwa in der AG Lehre und Ausbildungsforschung des Deutschen Kongresses für Psychosomatische Medizin, wo sie zudem den Vorsitz hat.

Ihr Engagement ist in der Vergangenheit bereits mehrfach honoriert worden, zum Beispiel mit fakultätsinternen Lehrpreisen für die beste Vorlesung und das beste Seminar Vorklinik und mit dem Lehrpreis für den vorklinischen Basiskurs Kommunikation und Interaktion.

Und auch wir ehren Sie heute, liebe Frau Herrmann-Werner. An dieser Stelle darf ich noch kurz auf die Begründung der Jury eingehen, die sehr beeindruckt war, in welchem Maße es Anne Herrmann-Werner gelingt, Lehre und Forschung an ihrer Fakultät und darüber hinaus konsequent und nachhaltig weiterzuentwickeln. Ihre Vorstellungen einer innovativen Vermittlung der Arzt-Patienten-Kommunikation fließen konsequent in neue Konzepte eines Längsschnittcurriculums ein.

Auf die Frage, weshalb sich Engagement für gute Lehre lohnt, antwortet Anne Herrmann-Werner – ich zitiere: „Lehrprojekte zu entwickeln ist an sich sehr erfüllend: Zu sehen, wie eine Idee, inspiriert aus der klinischen Praxis heraus, Gestalt annimmt und im besten Fall von den Studierenden geschätzt und dauerhaft ins Curriculum übernommen wird, ist einfach toll."

Liebe Frau Herrmann-Werner, ich denke, besser kann man es nicht auf den Punkt bringen. Bewahren Sie sich diese Begeisterung für die Lehre und stecken Sie andere damit an! Tragen Sie dieses Feuer weiter! Dann wird aus motivierten Studierenden von heute eine ebenso motivierte, exzellente Ärztegeneration von morgen.

Der Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft und der Medizinische Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland verleihen den Ars legendi-Fakultätenpreis für exzellente Lehre in der Hochschulmedizin 2018 an Dr. Anne Herrmann-Werner in Würdigung ihrer hervorragenden Leistungen in Lehre, Prüfung, Beratung und Betreuung in der Medizin.

Wir dürfen Sie nun nach vorn bitten und Ihnen diese Auszeichnung mit großer Freude überreichen!

Danksagung

Dr. Anne Herrmann-Werner
Medizinische Fakultät der Eberhard Karls Universität Tübingen

Sehr geehrter Herr Professor Förstermann,
sehr geehrter Herr Professor Pfeilschifter,
sehr geehrter Herr Professor Kroemer,
sehr geehrte Frau Jorzik, liebe Bettina,
sehr geehrte Damen und Herren,

als ich mir vorab Gedanken gemacht habe, was ich denn heute hier sagen möchte, fiel mir auf, dass ich, insbesondere für jemanden, der sich nun schon viele Jahre lang professionell mit dem Thema Kommunikation auseinandersetzt, auffallend sprachlos bin. Das mag an der großen Ehre liegen, diesen Preis heute verliehen zu bekommen. Deshalb bediene ich mich heute lieber der Worte Anderer und habe zwei Zitate mitgebracht, die für mich ein Stück weit meinen Lehrweg symbolisieren. Es geht mir dabei um das Zusammenspiel von Neugierde und Wagnis und die daraus entstehenden Chancen.

Bereits Anfang des 20. Jahrhunderts sagte der Autor und Nobelpreisträger Anatol France: „The whole art of teaching is only the art of awakening the natural curiosity of young minds for the purpose of satisfying it afterwards." Hier ist für mich ein wichtiger Motor in der täglichen Lehre – Neugierde zu wecken und dabei selbst neugierig zu bleiben, die Verantwortung zu übernehmen, junge, neugierige Menschen ein Stück weit auf ihrem Weg begleiten und unterstützen zu dürfen.

Zum anderen ist das Motto meiner Fakultät „Attempto! – Ich wage es!" Wer nicht wagt, der nicht gewinnt, sagt der Volksmund. Es ist der nächst logische Schritt, denn in der produktiven Umsetzung von Neugierde braucht es doch immer ein Stück Wagnis, sich auf Neues einzulassen und Unbekanntes zu erforschen, um die daraus entstehenden Chancen nutzen zu können.

Meine eigene Neugierde fand dabei an vielen Stellen Resonanz, und ich erfuhr auf meinem Weg immer Unterstützung von vielen Menschen, die ich heute hier gar nicht alle nennen kann. Das würde den Rahmen sprengen, und so nenne ich nur exemplarisch ganz wenige Persönlichkeiten.

Ich bedanke mich bei der Medizinischen Fakultät Tübingen, namentlich bei Herrn Professor Autenrieth, meinem Dekan, Herrn Professor Zipfel, meinem Abteilungsleiter und Prodekan Lehre, bei Frau Doktor Wosnik, der Leiterin des Bereichs Studium und Lehre. Zudem bei Herrn Professor Nikendei, meinem Mentor und Wegbegleiter von der ersten Stunde an, der übrigens den Ars legendi-Fakultätenpreis Medizin auch schon erhalten hat, und bei meinem Mann, der oft viel Toleranz und Flexibilität beweisen musste. Mein Dank gilt auch meinen beiden 2- und 4-jährigen Söhnen, die mir mit ihrem unverstellten Blick und ihrer spielerischen Neugier immer wieder zeigen, dass man auch selbstverständlich erscheinende Dinge hinterfragen sollte.

Ganz besonders geht mein Dank heute aber an den Medizinischen Fakultätentag und den Stifterverband, die mir diesen Preis verleihen. Die Würdigung bedeutet mir sehr viel. Neben der Anerkennung ist sie aber auch Ansporn und Motivation für weitere Entwicklungen in der Lehre. Sie setzt dabei ein Zeichen, dass es sich lohnt, neben all der Klinik und Forschung auch ganz spezifisch für die Lehre zu brennen. Stephen Hawkings Abschiedsworte lauteten: „Bleiben Sie neugierig!“ In diesem Sinne wünsche ich uns allen eine ordentliche Portion Neugier auf das Kommende und den nötigen Mut, die richtigen und wichtigen Dinge im rechten Zeitpunkt zu wagen, um somit die Chancen für eine exzellente Ausbildung von heute und damit Medizin von Morgen zu nutzen.

Ihnen allen ein herzliches Dankeschön!

Ars legendi-Fakultätenpreis für exzellente Lehre in der Hochschulmedizin 2018, v. l. n. r.: Bettina Jorzik (Stifterverband), Dr. Anne Herrmann-Werner (Preisträgerin des Ars legendi-Fakultätenpreises Medizin), Prof. Dr. Josef Pfeilschifter (MFT-Präsidium).

Tagungsimpressionen V

mft
Frosch
Würzburg

mft

Ärzte in der Forschung

Moderation: Prof. Dr. Matthias Frosch

dizinisch
tätenta
mft
Voigt

Ärzte in der forschenden pharmazeutischen Industrie

Dr. Thor Voigt
Medizinischer Direktor Deutschland,
Boehringer Ingelheim Pharma, Ingelheim am Rhein

Lieber Herr Frosch,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

ich freue mich sehr, dass ich zu diesem Thema, welches mir sehr am Herzen liegt, vortragen darf. Ich bin der Leiter von Boehringer Ingelheim Medizin Deutschland, möchte aber heute nicht primär die Position von Boehringer Ingelheim vertreten, sondern spreche als Mitglied des Verbands der Forschenden Arzneimittelhersteller e.V. (vfa). Der vfa vertritt die forschenden Pharma-Unternehmen in Deutschland, das sind derzeit 41 Mitglieder. Neben den Firmen, die im vfa forschen, ist vieles von dem, was ich hier vorstellen werde, auch ein Thema für die Mediziner, die in den anderen, nichtforschenden Pharma-Unternehmen (pharmazeutische Unternehmen, Biotech, start-up Companies, CHO u.v.a.) tätig sind.

Ein paar Worte vorab zu meiner Person: Der vfa hat unlängst eine Broschüre „Mediziner in der forschenden pharmazeutischen Industrie" herausgebracht und glaube, dass ich dieses Thema aus eigenem Erleben beschreiben kann. Ich habe hier in Mainz Medizin studiert und freue mich, zu diesem Vortrag wieder einmal in einem Hörsaal meiner Alma Mater sprechen zu dürfen.

Die Abwanderung von Medizinern aus der kurativen Tätigkeit ist ein sehr breites Feld. Die Bedarfsplanung von Medizinern muss neben der „klassischen" Patientenversorgung deren Berufsalternativen berücksichtigen. Für den Absolventen direkt nach dem Studium oder den Mediziner nach der Facharztausbildung gibt es eine Reihe von Alternativen.

Zu den Alternativen gehört die Bundeswehr. Nach den öffentlich zugänglichen Informationen hat die Bundeswehr derzeit eine Sollstärke von etwa 3.300 Sanitätsoffizieren, davon sollten ca. 2.400 Mediziner sein. Nach dem, was ich an Informationen gewinnen konnte, hat die Bundeswehr seit geraumer Zeit Schwierigkeiten, diese Stellen tatsächlich zu besetzen. Die Gründe sind unterschiedlich. Einer davon ist, dass die Mediziner diese Stelle zwar antreten oder als Offiziersanwärter ein Studium aufnehmen, aber

dann aus der Anstellung bei der Bundeswehr aussteigen und unter Umständen sogar die Konventionalstrafen akzeptieren, weil sie mit der Tätigkeit bei der Bundeswehr nicht zufrieden sind. Wer vor einigen Wochen den Internistenkongress in Mannheim besucht hat, hat sicherlich den großen und attraktiv gestalteten Stand der Bundeswehr in der Industrieausstellung gesehen. Die Aufgabe der dort tätigen Standbetreuer war es, mit jungen Medizinern zu sprechen und sie für das breite Feld der Bundeswehr zu interessieren. Nach meinen Informationen hat die Bundeswehr eine große Fluktuation und es gelingt ihr nicht, die 2.400 Mediziner Sollstärke aus eigenen Mitteln zu erreichen.

Ein weiterer großer Bereich für alternative Berufsfelder wird von den Behörden angeboten, dazu zählen Ministerien und Verwaltungen, in denen Mediziner tätig sind. Die Versicherungsunternehmen bieten Berufsfelder an, dazu zählen die Krankenkassen, die Lebensversicherungen und die Rentenversorger. Dort sind Mediziner eine begehrte Spezies.

Wir dürfen nicht vergessen, dass auch Forschungseinrichtungen Mediziner benötigen. Ich denke hier an die großen Forschungsgesellschaften, wie Helmholtz, Max-Planck, Fraunhofer oder Leibniz. Mir sind keine genauen Zahlen bekannt, wie viele Mediziner dort tätig sind, diese Zahlen dürften aber nicht zu vernachlässigen sein.

Die Abwanderung von Medizinern ins Ausland wird vielfach diskutiert. Ich bin nicht sicher, ob die Zahlen, die so zwischen 100 und 120 liegen und die man über die Webseiten z.B. der Ärztekammern abrufen kann, auch wirklich stimmen. Als Teil meines Berufes komme ich sehr viel ins Ausland, und es ist eine klassische Beobachtung, dass zahlreiche Mediziner im Ausland Deutsche sind. Das gilt nicht nur für die Spitzenmedizin in den Universitäten und Ausbildungsstätten, sondern inzwischen auch für Versorgungskrankenhäuser, wie ich selbst in Shanghai erleben konnte. Jeder deutsche Urlauber erwartet an seinem Urlaubsort im Ausland einen deutschen Arzt. In bestimmten Ländern des arabischen Raumes ist der ausländische Arzt der Regelfall, das sind Norweger, Schweden, Engländer und Deutsche. Es ist nicht klar, in welchem Umfang diese ins Ausland gegangenen Ärztinnen und Ärzte in den deutschen Statistiken überhaupt noch auftauchen.

Die Abwanderung von Medizinern in die pharmazeutische Industrie ist nun mein Thema. Die deutsche pharmazeutische Industrie ist bei weitem nicht mehr das, was sich viele darunter vorstellen, denn nur noch ganz wenige Mitgliedsfirmen des vfa haben noch einen deutschen Stammsitz, betreiben ihre Forschung in Deutschland und stellen hier auch die Mediziner ein. Mein Unternehmen gilt dabei zahlenmäßig als die Nr. 1, die Kollegen rheinabwärts in Leverkusen sind im Pharmabereich etwas kleiner. Rheinaufwärts gibt es noch in Darmstadt ein deutsches Unternehmen mit deutschem Stammsitz, welches viele Mediziner beschäftigt. Die meisten der Firmen in Deutschland sind heute aber Niederlassungen ausländischer Konzerne. In diesen Firmen ist der

numerische Anteil der Mediziner in Deutschland schon etwas geringer, denn die Forschung und Entwicklung findet bei diesen Firmen am Standort des Mutterbetriebes und nicht oder nur zu geringen Anteilen in Deutschland statt. Man darf nicht vergessen, dass sich unter den weltweit zehn größten Pharma-Unternehmen kein deutsches befindet, Boehringer und Bayer liegen erst in den Top 20.

Die Hauptquartiere der weltweit größten Pharma-Unternehmen liegen im Ausland. In den Hauptquartieren der Pharma-Industrie sitzen die hochqualifizierten Mediziner, die die Entwicklung betreiben. Sie schreiben die Entwicklungspläne, legen Endpunkte für Studien fest und überwachen und bewerten die Studienergebnisse.

Was macht eine Ärztin oder ein Arzt in der forschenden Pharmaindustrie? Dazu habe ich cartoonartig einen Ablauf der Entwicklung eines Medikamentes dargestellt (Abbildung 1). Ein Arzt als Berufsanfänger braucht bei uns etwa fünf Jahre, um diesen Ablauf selbst zu durchlaufen und die einzelnen Schritte und Stationen richtig zu verstehen, das entspricht also in etwa der Dauer einer Facharztweiterbildung.

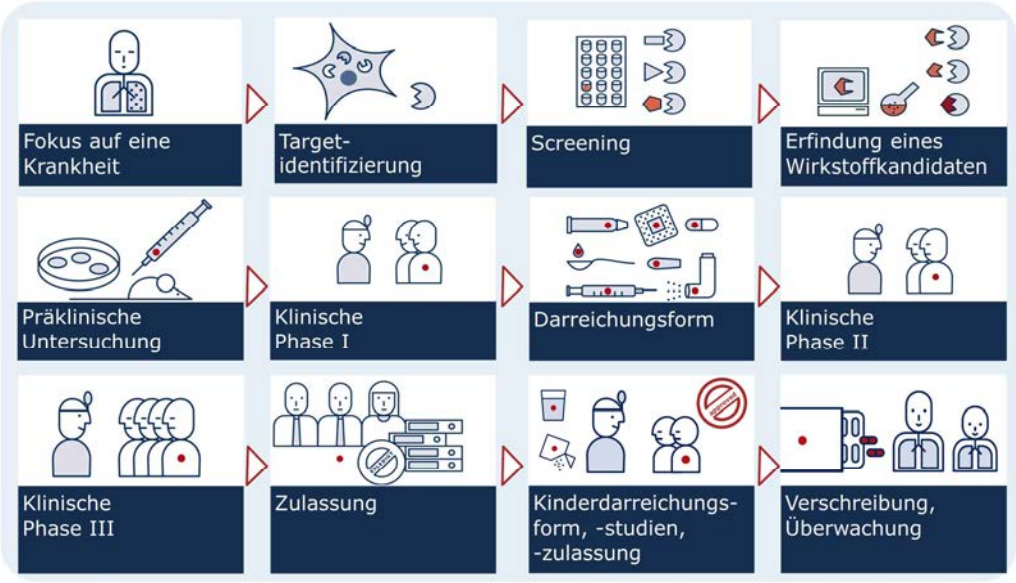


Abb. 1: Schematischer Ablauf von Entwicklung, Testung und In-Verkehr-Bringen eines neuen Medikamentes mit Darstellung der Stationen, an denen Mediziner beteiligt sind.

Die Tätigkeitsfelder für Mediziner in der Pharmazeutischen Industrie beginnen in der präklinischen Forschung. Bei Boehringer sind u.a. Pathologen, Immunologen, Toxikologen in präklinischer Forschung tätig. Ein weiterer Schwerpunkt für Mediziner ist der gesamte Bereich der klinischen Forschung und Entwicklung. Dort geht es z.B. um ärztliche Tätigkeiten in einer Phase I-Studie, und ich will hier anmerken, dass Boehringer als letztes deutsches Unternehmen noch Phase I-Studien selbst durchführt. Alle anderen Wettbewerber haben diese Studien an Auftragsforschungsinstitute (CRO) abgegeben, die dann wiederum selbst Mediziner beschäftigen.

Ein großes Feld ist das der Arzneimittelsicherheit oder Pharmakovigilanz. Hier hat sich in den letzten 20 bis 25 Jahren tatsächlich eine Wissenschaft entwickelt und bei uns sitzen dort schwerpunktmäßig Mediziner. Die Zulassung eines Arzneimittels war historisch gesehen ein Bereich für Apotheker und Pharmazeuten. Heute arbeiten dort immer mehr Mediziner, weil die Zulassungsprozesse in Europa im Vereinigten Europa nicht etwa leichter, sondern komplizierter geworden sind. Der Bereich der Regulatory Affairs ist in den letzten Jahren deutlich gewachsen.

Ein neuer Bereich ist Market Access mit Aufgaben im Bereich Health Technology Assessment (z.B. Nutzenbewertungen), den es in dieser Form vor 20 Jahren noch gar nicht gegeben hat. Dort sind schwerpunktmäßig bei den medizinischen Dossiers Mediziner beschäftigt.

Ein numerisch großer Bereich für den Einsatz von Medizinern bei uns ist die Medizinisch-wissenschaftliche Abteilung (Medical Affairs). Dabei geht es um eingeführte und vermarktete Medikamente, zu denen Fragen beantwortet werden müssen. Dazu gehört aber auch die Kontrolle von Werbeaussagen, die sich innerhalb des Labels bewegen und den deutschen Rechtvorschriften genügen müssen. Ein letzter und auch sehr großer Bereich ist der des Marketing und Vertriebs, in dem sehr viele, vor allem junge Mediziner tätig sind.

Wie sieht das klassische Anforderungsprofil der Pharmaindustrie aus, welches ein Mediziner erfüllen muss?
Wir haben in jedem Monat viele Vorstellungsgespräche, die ich immer nutze, um nach der Motivation für die Bewerbung zu fragen. Erstaunlicherweise sind das ganz häufig sehr zufällige Konstellationen.

Eine unbedingte Voraussetzung sind einige Jahre klinischer Erfahrungen bis hin zu einer abgeschlossenen Facharztqualifikation. Wir können Bewerber, die keinen Klinik- oder Praxisbetrieb aus eigener Tätigkeit kennen oder noch nie an Patienten tätig waren, weniger gebrauchen. Ich selbst bin nach Abschluss meiner Facharztweiterbildung in die Industrie gewechselt und war mit dieser Qualifikation damals, vor 26 Jahren, eine Rarität. Heute ist das anders und der Facharzt fast ein Muss. Bei uns sind fast alle Facharztdisziplinen vertreten, vielleicht weniger der Chirurg oder Radiologe, die vielleicht eher in der Medizintechnik (z.B. Implantate) ihren Platz finden. Wir suchen Internisten und die vielleicht letzten Generalmediziner wie Pädiater und Anästhesisten.

In Ingelheim sind etwa 350 Mediziner tätig, davon sind etwa 70 % Ausländer. Das sind exzellente Kolleginnen und Kollegen. Als internationales Unternehmen müssen wir schwerpunktmäßig mit ausländischen Medizinern arbeiten, auch, um die ausländischen Märkte adäquat bedienen zu können. Da wir mit vielen Fachkollegen aus dem Ausland zusammenarbeiten – die Arzneimittelentwicklung beinhaltet etwa 16 Core-Disziplinen –, ist Englisch als Berufssprache für uns selbstverständlich. Damit verbin-

det sich die Fähigkeit und Bereitschaft, mit unterschiedlichen naturwissenschaftlichen und kaufmännischen Disziplinen national und international zusammenzuarbeiten.

Wichtige Voraussetzungen für einen Bewerber – und da unterscheiden wir uns wahrscheinlich von keinem Krankenhaus – sind Organisationstalent und Kommunikationsstärke.

Von genau so großer Bedeutung ist die Mobilität. Mobilität heißt für uns nicht nur von einem Standort in ein anderes Bundesland umzuziehen, sondern für mehrere Jahre im Ausland tätig zu sein. Die Pharma-Industrie ist keine deutsche Industrie mehr, sondern operiert weltweit. Damit ist für wahrscheinlich jeden Bewerber der Gang ins Ausland in der Regel vorprogrammiert. Unsere größten Märkte liegen in den USA, Japan und China. Deutschland folgt dann erst auf den weiteren Plätzen. Für viele Mitarbeiter in der Pharma-Industrie endet der Auslandsaufenthalt tatsächlich auch in der Emigration. Sie bleiben im Ausland in der Niederlassung oder wechseln in andere Firmen, sind aber als Ärztinnen und Ärzte aus dem deutschen Gesundheitswesen ausgeschieden. Ich zum Beispiel habe drei Jahre in Amsterdam und fünf Jahre in New York gearbeitet, was für mich sehr schön war. Meine Frau erhielt aber keine Arbeitserlaubnis. Auch solche Aspekte muss ein Bewerber bedenken.

Wir sehen immer häufiger, dass unsere Mitarbeiter über eine Zusatzqualifikation von MBA bis zum Zweitstudium verfügen. Kombinationen sind z.B. Medizin und Chemie/Biochemie oder Medizin und Mathematik/Statistik/Epidemiologie oder Medizin und Jura.

Wir erwarten übrigens von den Bewerbern in der Regel keine deutsche Approbation. Daher bin ich nicht überzeugt, dass die Ärztekammern über die richtigen Zahlen verfügen. Die meisten unserer ausländischen Ärztinnen und Ärzte haben eine Lizenz in ihrem Heimatland, nicht aber die deutsche Approbation.

Abschließend will ich noch einige Zahlen nennen, die illustrieren sollen, wie viele Mediziner es sind, die nach dem Studium nicht kurativ tätig werden, sondern in der pharmazeutischen Industrie arbeiten. Leider gibt es auch hier keine „harten“ Daten, sondern nur Schätzwerte.

Die vfa schätzt, dass etwa 2.300 Mediziner aller Fachrichtungen in den deutschen forschenden Pharma-Unternehmen tätig sind. Das sind nur die Ärztinnen und Ärzte, von denen wir glauben, dass sie in Deutschland studiert haben. Zusätzlich haben wir viele ausländische Mediziner. Wir stellen aber natürlich nicht in jedem Jahr 2.300 Mediziner neu ein, sondern haben nur einen Ersatzbedarf, den wir auf 250 bis 300 Ärztinnen und Ärzte pro Jahr schätzen. Das scheint eine hohe Zahl, doch viele, die wir einstellen, sind nach drei Jahren irgendwo im Ausland in einer Niederlassung tätig, und wir haben erneuten Ersatzbedarf.

Mein Fazit: Es ist also nicht so, dass das Gros der in Deutschland ausgebildeten Absolventen der Medizin in die Pharma-Industrie abwandert.

Vielen Dank!

Diskussion

Treede
Es gibt das Industry-on-Campus-Konzept auch in Deutschland, obgleich hier nicht Verhältnisse wie in Oxford oder Cambridge herrschen. Wie wird sich der Brexit perspektivisch auswirken?

Voigt
Es gibt Firmen, die in Deutschland nicht nur vertreiben, sondern echt forschen. Die Forschungsstandorte von Boehringer sind in Ingelheim und in Biberach an der Riss. Die Bayer AG macht das genauso, und gleiches gilt für Darmstadt.

Der Brexit macht uns großes Kopfzerbrechen, denn für dieses Szenario gibt es kein Modell. Die Europäische Zulassungsbehörde hat noch immer ihren Sitz in Großbritannien, eine Verlegung wird einen großen Hickhack bewirken. Wir hoffen sehr, dass es einen Unterschied macht, ob sie Arzneimittel oder irgendwelche Lebensmittel im- oder exportieren. Das ist aber ein sehr großes Thema, bei dem ich immer mehr glaube, dass die Briten gar nicht wissen, was mit dem Brexit auf sie zukommen wird.

Es ist aber nicht nur der Brexit, der uns verunsichert. Zahlreiche AMNOG (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz)-Prozesse finden in Europa statt, und es geht nicht nur um Import und Export. Es ist schwierig, wenn alles doppelt und dreifach gemacht werden muss. Die Unwägbarkeiten, die die aktuelle internationale Politik erzeugt, sind da noch deutlich problematischer.

Beppel
Sie hatten im Vortrag die klinischen Erfahrungen als eine ganz entscheidende Bewerbungsvoraussetzung genannt. Bei den Diskussionen um einen Bachelor-Abschluss in der Medizin wurde immer wieder die Pharma-Industrie als mögliches Arbeitsgebiet für einen solchen Bachelor angeführt. Aus Ihrem Vortrag entnehme ich, dass Sie dies nicht erwarten.

Voigt
Ein Medizin-Bachelor wird nicht über die nötige klinisch-fachliche Erfahrung verfügen. Es gibt bereits Bachelor-Studiengänge, die sich aber nicht auf Mediziner ausrichten, sondern sich auf den Naturwissenschaftler orientieren, der möglicherweise in die Pharma-Industrie wechseln will und der in solchen Studiengängen z.B. Epidemiologie, Methoden, Statistik oder Studiendesign erlernt. Das sind ganz wichtige Initiativen, denn wir können unseren Medizinerbedarf nicht decken und sehen uns nach Alternativen um. Wir benötigen aber für bestimmte Fragen den voll ausgebildeten und klinisch erfahrenen Mediziner. Er muss keine Approbation besitzen. Es gibt eine Reihe von Gesetzen, wie das Arzneimittelgesetz, welches z.B. in § 63 für den Stufenplanbeauftragten vorschreibt: „(1) Wer als pharmazeutischer Unternehmer Fertigarzneimittel,

die Arzneimittel im Sinne des § 2 Abs. 1 oder Abs. 2 Nr. 1 sind, in den Verkehr bringt, hat eine in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union ansässige qualifizierte Person mit der erforderlichen Sachkenntnis und der zur Ausübung ihrer Tätigkeit erforderlichen Zuverlässigkeit…". Das ist bei uns und in vielen anderen Unternehmen traditionell ein in Deutschland approbierter Arzt, auch wenn das Gesetz den Arzt hier nicht ausdrücklich verlangt.

Frosch
Sie haben betont, dass eine Facharztqualifikation eine wichtige Voraussetzung ist, haben aber nichts von wissenschaftlichen Qualifikationen gesagt.

Voigt
Die wissenschaftliche Tätigkeit, auch im universitären Umfeld, ist einer der Hebel, die junge Mediziner in den Kontakt zur Pharma-Industrie bringen. Solche Kontakte finden während des klassischen Medizinstudiums nicht statt. Der Medizinstudent wird – außer in ganz wenigen Stunden des Faches Pharmakologie – an die Problematik der Forschung in der Pharma-Industrie nicht herangeführt. Ich selbst bin durch eine Reihe von Zufällen in den Kontakt zu klinischen Studien gekommen und habe dadurch den Weg in meine heutige Position begonnen. Ich hatte aber in der Facharztweiterbildung schon Vorkenntnisse in der Arzneimittelentwicklung erworben. Erfahrungen in wissenschaftlicher Arbeit sind hier immer von großem Nutzen.

Förstermann
Die etwa 3.000 Ärzte in der pharmazeutischen Industrie in Deutschland sind weniger als 1 % der Ärzteschaft und damit keine relevante Größe, mit der Ärzte aus dem klinischen Bereich abgesaugt würden. Warum brauchen Ärzte in der pharmazeutischen Industrie zwar klinische Erfahrungen, aber keine Approbation?

Voigt
Ein ausgebildeter Arzt kann aus verschiedensten Gründen, z.B. den Kosten, seine Approbation wieder zurückgeben. Wenn z.B. jemand für die kommenden Jahre im Ausland tätig sein wird, ist ein Beitrag an eine Ärztekammer in Deutschland, nur um die Approbation zu behalten, wenig nutzbringend. Wir therapieren nicht, und die meisten Mitarbeiter sehen bei ihrer Tätigkeit keine Patienten. Anders ist es für unsere Ärzte in der klinischen Humanpharmakologie.

Studienplätze und Studierendenauswahl

Moderation: Prof. Dr. Matthias Frosch

Modelle der Studienplatzerhöhung

Prof. Dr. Michael Gekle
MFT-Präsidium

Lieber Herr Frosch,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

gestern wurden bereits viele Daten und Fakten zu Ärztezahlen, Studienplätzen und den verschiedenen Bedarfsgrößen vorgestellt, so dass ich fast ein wenig Sorgen hatte, heute noch etwas Neues zeigen zu können. Da aber auch die Wiederholung ein didaktisches Werkzeug sein kann, will ich meine Analyse dennoch vortragen. Der Titel einer „Studienplatzerhöhung" ist etwas missverständlich, denn wir wollen nicht die Sitzhöhe des Studierenden durch einen höheren Sitz, ein untergelegtes Kissen etc. vergrößern, sondern die Zahl der Studienplätze erhöhen.

Als Hallenser Dekan bin ich in dieser Thematik etwas befangen, denn noch vor fünf Jahren, als wir das 100. Gründungsjubiläum des Medizinischen Fakultätentages feierten, stand eine Reduktion der Studienplätze zur Diskussion. Damals sollte Halle zu einem Satellitencampus der Universität in Magdeburg werden, so die Idee des Wissenschaftsrates, aber wir konnten das verhindern. Betrachtet man die heutige Diskussion, so ist es fast eine Ironie der Geschichte, dass man nun krampfhaft versucht, mehr Studienplätze zu generieren.

Als Dekan und Physiologe fallen mir eine ganze Reihe von Fragen ein, die für die Behandlung dieses Themas gestellt werden sollten, wie:

Brauchen wir mehr Studienplätze?
Und:
Wie viele Studienplätze brauchen wir?

Die ersten beiden Fragen haben wir ausführlich bereits gestern diskutiert. Wir haben kontroverse Antworten gefunden, denn es gab Fürsprecher und Zweifler. Herr Förstermann hat uns gestern Abend noch ein schönes Summary über die doch differenzierte Sichtweise zu diesem Thema gegeben.

Es gibt aber noch viel mehr Fragen, und, auch wenn man die Literaturquellen sehr genau durchsucht, nur ganz wenig Antworten. Solche Fragen sind zum Beispiel:

Warum brauchen wir mehr Studienplätze?
Wofür benötigen wir die Studienplätze?

Welche Art von Studienplätzen benötigen wir?
Welche Art von Ärztinnen und Ärzten benötigen wir?
Benötigen wir mehr Ärztinnen und Ärzte oder mehr „ärztliche Zeit"?
Wo benötigen wir mehr Ärztinnen und Ärzte?
Benötigen wir verschiedene Arten von Studienplätzen oder von Ärztinnen/Ärzten?
Wird es zukünftig zwei bis drei Klassen von Studienplätzen, Ärztinnen und Ärzten, Versorgung geben?
Benötigen wir Ärztinnen und Ärzte oder gesundheitliche Daseinsfürsorge in nicht-urbanen Regionen?
Wie kommt man zu mehr Studienplätzen (der richtigen Art)?

Wenn man den Masterplan Medizinstudium 2020 ansieht, findet man darin die Forderungen und Vorgaben:
…„Ausbildung, die kompetenzorientiert und wissenschaftlich auf die künftigen Rollen als Ärztin bzw. Arzt vorbereitend ausgerichtet ist."
.„der routinierte Umgang mit wissenschaftlichen Konzepten, Methoden und Befunden muss deshalb bereits während der Ausbildung strukturiert vermittelt werden." …
„<10> Zur strukturierten Vermittlung wissenschaftlicher Kompetenzen wird künftig ein Leistungsnachweis vorgegeben. Grundlage dafür sind die Empfehlungen des Wissenschaftsrates. "

Setzen wir diese Vorgaben auf unsere Diskussion um die Zahl der Medizinstudienplätze um, dann wäre in gleicher Weise zu fordern, dass die Diskussion um die Anzahl notwendiger Medizinstudienplätze wissenschaftlich fundiert, kompetent sowie ausgerichtet am zukünftigen Bedarf und den zukünftigen Rollen und Berufsbildern geführt werden muss. Allerdings ist der angemessene und strukturierte Umgang mit Konzepten, Methoden und Befunden derzeit nicht erkennbar. Da weder der erste noch der zweite Sachverhalt erfüllt sind, kann der Leistungsnachweis für eine Bedarfsfeststellung neuer Medizinstudienplätze nicht erteilt werden.

Wir müssen in dieser Diskussion, um einen Titel einer großen Wochenzeitung aufzugreifen „Mehr Wissenschaftlichkeit wagen!" (… und die Methoden richtig anwenden, DIE ZEIT Nr. 21/2018, 17. Mai 2018). Weniger Wildwuchs! Der schon geschehene Wildwuchs muss zurückgefahren werden, denn sonst gibt es für den medizinisch-ärztlichen Bereich in der Gesellschaft ein großes Glaubwürdigkeitsproblem.

1. Quantität: Wieviel wovon?
Wenn man mehr will, ist zu fragen:
Warum brauchen wir mehr Studienplätze, und
Wofür benötigen wir die Studienplätze?
Die Antwort darauf ist relativ simpel, denn es geht 1. um die Sicherung der Qualität der gesundheitlichen Daseinsfürsorge und 2. um die Weiterentwicklung der gesund-

heitlichen Daseinsfürsorge. Diese Kompetenz erwerben die in diesem Bereich Tätigen, wenn sie Wissenschaftlichkeit in ihrem Studium haben, d.h. wenn ihr Studium wissenschaftsbasiert abläuft. Wir benötigen an dieser Stelle die Wissenschaft, um das System weiterentwickeln zu können.

Hier stellen sich sofort weitere Fragen, wie:

Wie sieht das System in der Zukunft aus?
Was ist mit anderen Gesundheitsstudiengängen – anderen Kompetenzen?
Welche Art von Ärztinnen und Ärzten benötigen wir?
Welche Rolle spielt Interprofessionalität?
Wieviel wovon ist nötig?

Alle diese Fragen fehlen in der gegenwärtigen Diskussion.

Im Jahre 2012 hatte sich der Wissenschaftsrat mit der Frage der hochschulischen Qualifikation im Gesundheitswesen beschäftigt (Abbildung 1), was zu Vorschlägen für die Akademisierung der Gesundheitsfachberufe führte.

Das Ziel ist die Zukunftsfähigkeit der gesundheitlichen Daseinsfürsorge. Dieses Ziel ist in einer modernen Medizin nicht synonym mit mehr Ärztinnen und Ärzten bzw. Studienplätzen.

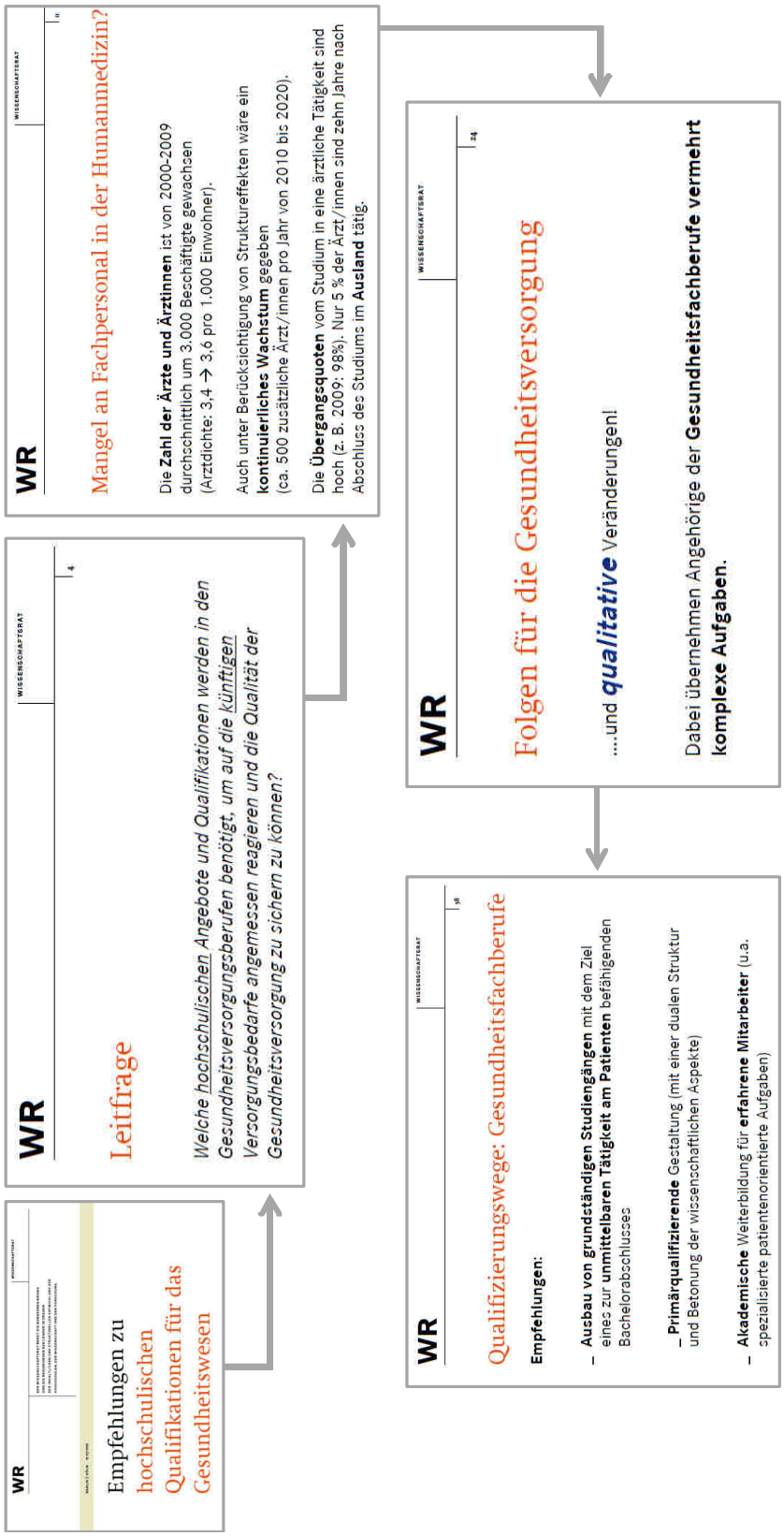


Abb. 1: Überlegungen des Wissenschaftsrats 2012, die zu seinen „Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen“ führten.

2. Randbedingungen

Die Randbedingungen unseres Gesundheitssystems sind die gesundheitliche Daseinsfürsorge für die Bevölkerung, womit hoheitliche, sozialrechtliche Ziele erfüllt werden. Zusätzlich wirkt die berufliche Verwirklichung der im System Tätigen, die neue und andere Anforderungen stellen (Abbildung 2). Unser ärztlicher Nachwuchs erwartet eine strukturierte Weiterbildung, flache und flexible Hierarchien und die Vereinbarkeit von Beruf und Familie.

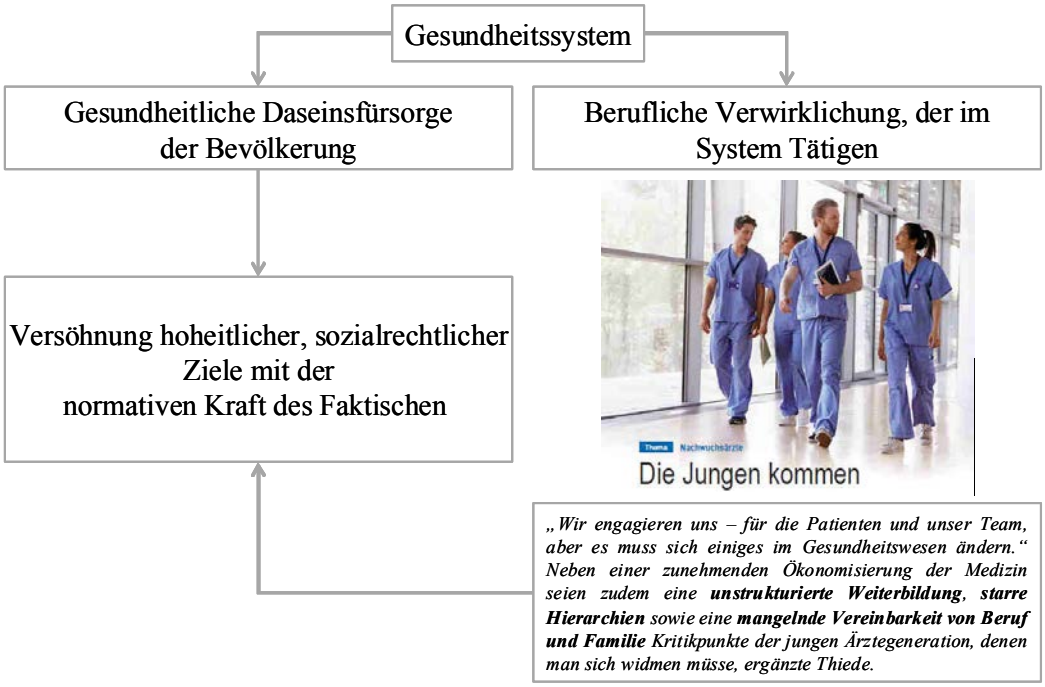


Abb. 2: Randbedingungen im heutigen Gesundheitssystem in Deutschland. (Quelle Dtsch Arztebl 2018; 115(19): A-910 / B-770 / C-770)

3. Handlungsbedarf – Handlungskonzept

Aus den vorgenannten Überlegungen können wir nun den Handlungsbedarf definieren. Dabei geht es um die Sicherung der zukünftigen gesundheitlichen Daseinsfürsorge (qualitativ- und evidenzbasiert). Haben wir als Handlungsbedarf mehr Ärztinnen und Ärzte oder haben wir einen Bedarf an mehr „ärztlicher (Netto-)Zeit" als eine denkbare Maßnahme? Haben wir als Handlungsbedarf insgesamt mehr ärztliche Nettozeit im nicht-urbanen Bereich oder mehr haus- und fachärztliche Nettozeit im nicht-urbanen Bereich? Die gestern bereits diskutierte Landarztquote wird von der Politik als eine Lösung zur Schaffung von mehr Nettozeit im nicht-urbanen Bereich angesehen, doch auch das ist, wie wir gehört haben, umstritten.

Welche Handlungskonzepte gibt es nun?

Sind mehr Studienplätze wegen des erhofften Ausbreitungseffektes die Lösung oder sollten Studienplätze wegen des Klebeeffektes an anderen Orten eingerichtet werden? Brauchen wir noch andere Arbeitsbedingungen, wie z.B. Angestelltenverhältnisse, die

dem historischen Praxisidyll mit der freiberuflichen Niederlassung nicht mehr entsprechen?
Wie richten wir mehr klinisch-ambulante Kooperationen ein? Warum gibt es z.B. nicht mehr Sicherstellungspraxen, die viele Probleme lösen könnten?
Wir müssen die ärztliche Kompetenz effizienter nutzen.

4. Mehr Studienplätze? Andere Studienplätze?
Der Deutsche Ärztetag hat die Forderung nach 6.000 neuen Studienplätzen aufgestellt. Warum sollen es gerade 6.000 sein? Derzeit gibt es in Deutschland 10.700 Medizinstudienplätze bei 82.670.000 Einwohnern, was einem Verhältnis von 1,29 Studienplätzen pro 10.000 Einwohner entspricht. Setzt man die Forderung des Ärztetags um, hätten wir dann 17.000 Medizinstudienplätze bei 82.670.000 Einwohnern, was das vorgenannte Verhältnis auf 2,06 pro 10.000 steigen ließe.

Gibt es für dieses Verhältnis einen Best Practise Case? Das müssen wir verneinen, denn in Sachsen-Anhalt, meinem Bundesland, haben wir 440 Medizinstudienplätze bei 2.277.000 Einwohnern, was mit 1,93 Studienplätzen pro 10.000 Einwohner ungefähr der Forderung des Ärztetags entspricht. Wir können aber nicht sagen, dass wir uns hinsichtlich des Ärztemangels von den anderen Bundesländern unterscheiden. In Brandenburg, dessen Quote gegenwärtig noch 0 ist, herrscht derselbe Mangel wie bei uns.

Wir müssen auch noch die Kosten des Studiums an staatlichen Hochschulen berücksichtigen. Wenn wir sehr knapp kalkulieren und nur 200.000 Euro für einen Studienplatz ansetzen, kommen wir ohne Forschungsergänzungsausstattung auf Mehrkosten von 1,2 Mrd. Euro pro Jahr für diese 6.000 neuen Studienplätze, mit einer Forschungsergänzungsausstattung sogar auf 1,7 Mrd. Euro pro Jahr. Diese Kosten müssen erst einmal finanziert werden.

Wenn man nun neue Studienplätze schaffen will, muss man die verschiedenen Modelle miteinander vergleichen. Wir können die Modelle hinsichtlich des zugrundeliegenden Rechts in Modelle nach deutschem und in Modelle nach EU-Recht unterscheiden (Abbildung 3).

Nach dem EU-Recht gibt es die Franchise Modelle, bei denen eine Universität im EU-Raum mit einem Klinikum oder einer Klinikumsgruppe zusammengeht und mit denen derzeit etwa 200 Studienplätze geschaffen sind. Diese Modelle sind auf einen sehr partikulären Betreiber ausgerichtet und nicht geeignet, die geforderte gesundheitliche Daseinsfürsorge zu leisten. Die in der Abbildung 3 genannten Studiengebühren sind nicht die Kosten der Ausbildung pro Studierenden, die tatsächlichen Kosten sind nicht wirklich bekannt.

Bei den Modellen nach deutschem Recht (Abbildung 3) gibt es das kommunale Modell der Medizinischen Hochschule Brandenburg (MHB), für das die kommunalen Träger (Krankenhäuser, Energieversorgung, Sparkasse) die Finanzierung übernehmen. An der MHB existiert eine Fakultät, die die Studiengänge Medizin und Psychologie anbietet. Ein Teil der MHB ist außerhalb der Kliniken angesiedelt und nutzt deren Infrastruktur. Auch diese 48 Studienplätze werden den Ärztemangel nicht beheben können.

Daneben gibt es das Modell des Satellitencampus. Dort ist die Zahl der Studienplätze steuerbar und hängt von der staatlichen Finanzierung ab. Das Konzept sieht zumeist vor, dass der Studierende drei Jahre am Mutterstandort und die weiteren drei Jahre am Satellitenstandort ausgebildet wird, was der Vernetzungvorstellung von klinischen und vorklinischen Inhalten nach dem Masterplan 2020 widerspricht.

Das Modell der Standorterweiterung wäre sicherlich das einfachste, denn an einem etablierten Standort ist die notwendige Infrastruktur bereits vorhanden, jedoch sperrt sich hier die Politik.

Die Neugründung einer Vollfakultät, wie jetzt in Augsburg oder Bielefeld, ist die wahrscheinlich aufwendigste Form, die aber erst nach mehreren Jahren, dem Durchlauf der ersten Kohorte, wirklich als Ausbildungsstätte für neue Ärztinnen und Ärzte zum Tragen kommen wird.

Warum schafft man diese unterschiedlichen Modelle?
Die Modelle auf der rechten Seite der Abbildung 3 werden von der Politik gern mit dem Klebeeffekt begründet – der Absolvent bleibt in räumlicher Nähe seines Ausbildungsortes und gründet dort eine Praxis. Hier ist zu fragen: Stimmt das überhaupt und wenn ja, wie bringt man die Studierenden dazu, dort zu bleiben? Es kann durch Identifikation oder auch durch Gewährung eines Darlehens geschehen. Unklar bleibt dann immer noch, ob von den nahe der Hochschule gehaltenen Absolventen tatsächlich jemand in den ländlichen Raum geht.

Es ist weiterhin zu fragen, wie es mit der Erfüllung der hoheitlichen sozialrechtlichen Ziele steht. Das ist nicht gegeben, denn es sind zu wenige Studienplätze, die den Mehrbedarf nicht erfüllen können, und diese Studiengänge sind von den Partikularinteressen der Betreiber gelenkt. Wenn sie keinen Nutzen mehr sehen, können sie eine solche Ausbildungsstätte auch wieder schließen.

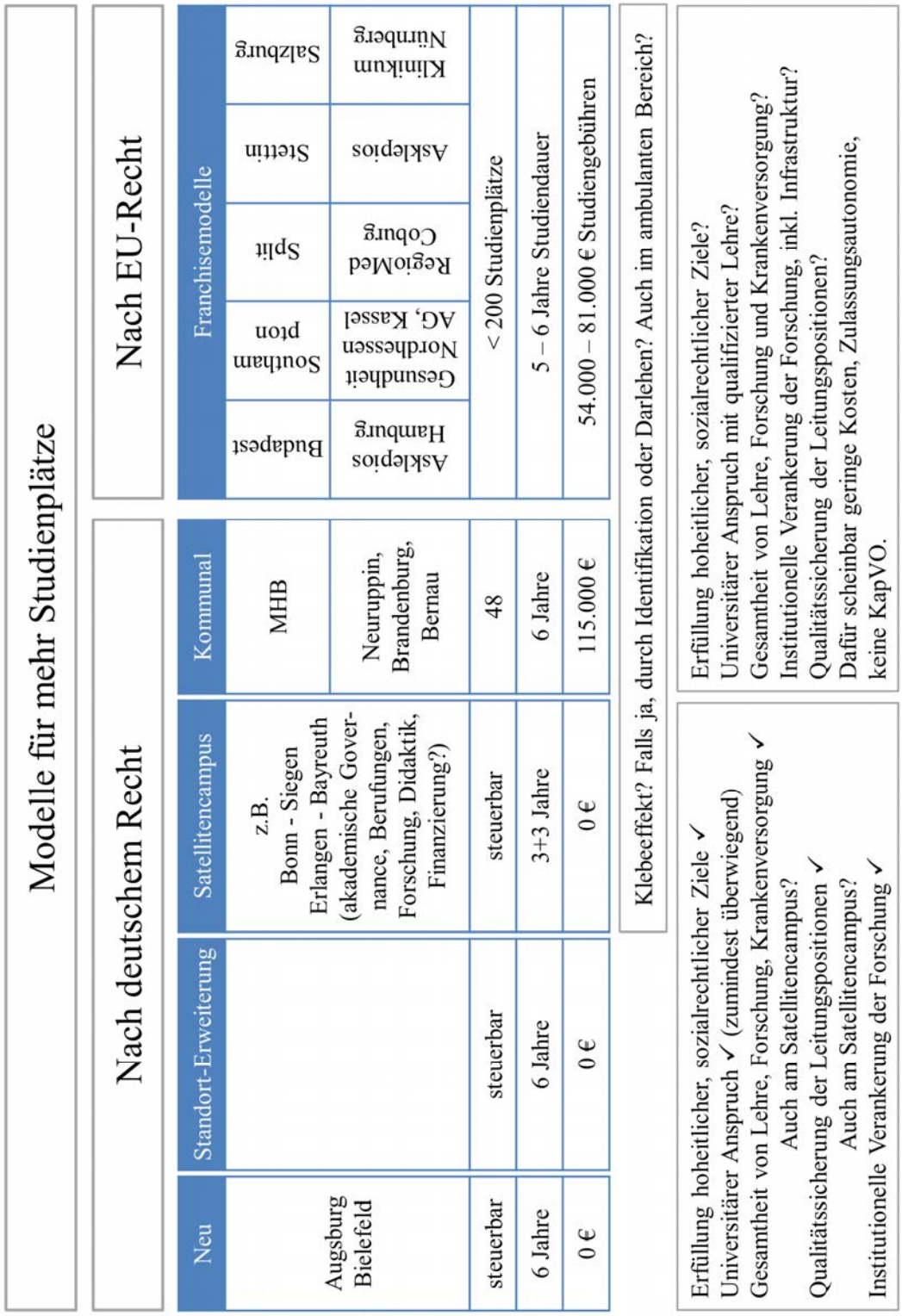


Abb. 3: Übersicht über mögliche Modelle zur Schaffung neuer Medizinstudienplätze in Deutschland.

Die qualifizierte Lehre wird an der MHB sicherlich gegeben sein, denn gerade diese Hochschule engagiert sich sehr. An den anderen Einrichtungen wird das nur schwer zu kontrollieren sein. Ob es eine institutionelle Verankerung der Forschung und eine Gesamtheit von Lehre, Forschung und Krankenversorgung an diesen Einrichtungen geben wird, ist unsicher. Die Einrichtungen bestätigen uns auf Befragen das zwar immer, eine Überprüfung dürfte schwierig werden. Zudem ist zu fragen, ob Gesellschafter wie ein Energieversorger oder ein Geldinstitut tatsächlich bereit sein werden, für die kostenintensive Forschung, die ihnen keinen Ertrag bringen wird, ausreichende Summen zu investieren.

Als Vorteil dieser Modelle werden die kostengünstige Ausbildung, in die der Staat nicht investieren muss und die Freiheit von den deutschen Zulassungsregeln oder der KapVO gesehen. Ob aus den dort ausgebildeten Absolventen dann tatsächlich Landärzte werden, wird sich zeigen. Ich bezweifle, dass man einem 19-jährigen Bewerber das schon ansehen kann, wenn er selbst kaum Vorstellungen von einem späteren Arztberuf hat. Den Wegfall der KapVO-Restriktionen wünschen wir uns auch.

Bei den Modellen nach deutschem Recht in der linken Hälfte der Abbildung 3 gehen wir davon aus, dass diese Voraussetzungen alle erfüllt sind. Lediglich bei den Satellitencampus ist wieder nach der Einheit von Forschung, Lehre und Krankenversorgung zu fragen, denn hier haben wir eigentlich ein Mischmodell zwischen kommunalem Modell und Standorterweiterung. Auch die Qualitätssicherung bei Leitungspositionen und der Einfluss der Muttereinrichtung bei Berufungsverfahren bedürfen einer sehr genauen Regelung, denn Konflikte mit den Trägern der Satellitencampus sind vorherzusehen.

Zusammengefasst sind derzeit in Deutschland fünf Modelle für mehr Studienplätze am Markt (Abbildung 4). Die laufenden Kosten pro Studienplatz liegen bei über 200.000 Euro pro Jahr, einige sprechen auch von 250.000 Euro pro Jahr. Die Kosten für die kommunalen und für die Franchise Modelle sind schwer ermittelbar. Bezahlte Lehraufträge decken zwar den erforderlichen Unterricht ab, sie tragen aber in keiner Weise zu einer Entwicklung der Lehre oder einer Verbesserung der Lehrqualität bei. Wenn eine halbwegs adäquate Forschung betrieben werden soll, kann sie mit den Studiengebühren aus Abbildung 4 nicht finanziert werden. Das ist für die Argumentation mit der Politik in meinen Augen ein ganz wichtiger Punkt.

Modelle für mehr Studienplätze					
	Neu-gründung	Standorter-weiterung	Satelliten-campus	Kommunal	Franchise
Anzahl	steuerbar			begrenzt	begrenzt
Zulassung	hochschulstart.de (NC-Verfahren)			lokal	lokal
KapVO-Restriktionen	ja			nein	nein
Dauer	6 Jahre		3+3 Jahre	6 Jahre	5-6 Jahre
Laufende Kosten	> 200.000 € / Jahr			?	?
Finanzierung des Betriebs	steuerfinanziert			durch die Träger	
Studiengebühren	nein			54 – 115 T€/Jahr	
Finanzierung der L&F-Infrastruktur	steuerfinanziert			durch die Träger	
Selbstverwaltung & Governance	Hochschulgesetzgebung & Hochschulautonomie & Trennungsrechnung			Beteiligung und Interessen der Träger (?)	
Valenzen für Forschung	Curriculares Personal i.V.m. LVVO, + Forschungsergänzungsausstattung			Finanzierung zunächst (nur) für L & KV	

Abb. 4: Zusammenfassung der Charakteristika der wesentlichsten Merkmale der fünf Modelle für mehr Studienplätze in Deutschland.

Was geschieht gegenwärtig in Deutschland?
Wir haben eine unkontrollierte Entwicklung, wie sie in Abbildung 5 auf der rechten Hälfte dargestellt ist. Es werden Wünsche formuliert, es kommen Personen auf der politischen Ebene ins Spiel, man stößt zufällig auf eine Struktur und orientiert die Inhalte an der bestehenden Struktur und Infrastruktur. Damit schafft man Fakten und neue Realitäten.

Ich habe die Sorge, dass aus diesem Vorgehen am Ende zwei Klassen von Studienplätzen entstehen könnten. Das wollte am Anfang natürlich niemand, es könnte aber die bittere Konsequenz werden.

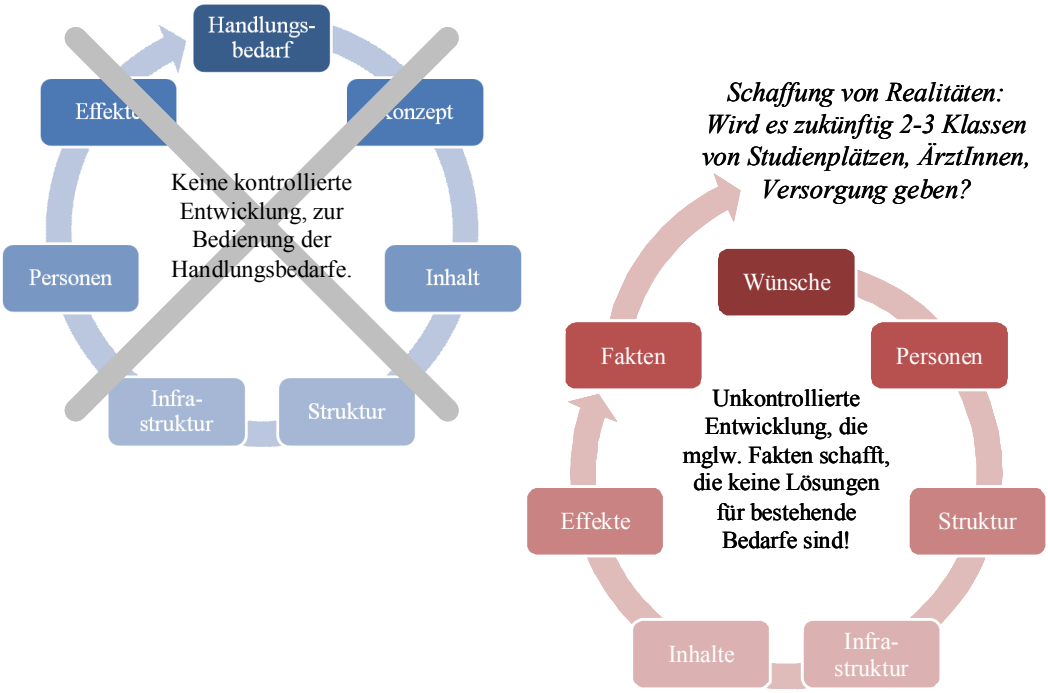


Abb. 5: Notwendiger, aber nicht realisierter Kreislauf zur Bearbeitung eines Handlungsbedarfes (links) und gegenwärtige Situation, mit der neue Medizinstudienplätze in Deutschland geschaffen werden (rechts).

5. Wenn mehr Medizinstudienplätze, dann welcher Art?

Am Ende meines Vortrages stehen wieder eine Reihe von Fragen:

Welche Art von Studienplätzen benötigen wir? – Hier muss der Diskurs begonnen werden.

Benötigen wir verschiedene Arten von Studienplätzen oder von Ärztinnen und Ärzten? Hier ist die Antwort: möglicherweise (in manchen Fakultäten gibt es bereits die Primary Care Tracks, Science Tracks, u.a. im Studium).

Wollen wir aber die Weichen bereits im Studium stellen und damit Absolventen mit Teilleistungsstärken generieren? Wird eine solche Differenzierung die unterschiedlichen Bedarfe bedienen?

Wollen wir a priori unterschiedliche Entwicklungsmöglichkeiten für die Studierenden schaffen oder sagen wir besser, der Studierende soll sich im Laufe des Studiums entwickeln (dürfen)?

Wie verteilen wir dann diese Studienplätze, wenn wir unterschiedliche Arten hätten, oder werden hier Aufgaben der Weiterbildung in die Fakultäten verlagert?

Es begann mit Fragen, es endet mit Fragen!

Die richtigen Fragen wären aber schon mal ein guter Anfang.

Mehr Wissenschaftlichkeit wagen! Kein Wildwuchs! Evidenzbasierte Entwicklung!

Wir benötigen Studienplätze, die die Zukunft einer modernen gesundheitlichen Daseinsfürsorge sichern und nicht tradierte Vorstellungen bedienen.
Ob es tatsächlich mehr sein müssen, ist zumindest unklar.

Vielen Dank!

Diskussion

Treede

Die Fakultät Mannheim ist ein ehemaliger Satellit von Heidelberg. Wir sind mit unserem heutigen Stand sehr zufrieden. Kann man die Gründung eines Satellitencampus nicht auch als eine Chance sehen? Ein eingeschränktes Spektrum muss nicht zwingend ein Nachteil sein, wenn engagierte Leute den Unterricht übernehmen.

Gekle

Wir wollen nicht alles ablehnen und verteufeln. Es wird eine Entwicklung geben, für die wir als MFT aktiv Standards setzen müssen, damit diese Entwicklung in die richtige Richtung geht. Wir können das Satellitenkonzept weiter vorantreiben, müssen aber überlegen, wie es mit den neuen Lehr- und Lernkonzepten des Medizinstudiums 2020 kompatibel ist. Das sind teilweise ganz profane Fragen, die durch eine räumliche Entfernung zwischen Satellit und Mutterstandort entstehen – wie sollen bei einer Distanz von 100 km klinischer und vorklinischer Unterricht verzahnt werden?

Jünger

Das war eine sehr gute Zusammenstellung der verschiedenen Positionen. Wir sollten mehr bereit sein, die positiven Erfahrungen aus dem Ausland zu nutzen. In Australien wird Medizin mit Erfolg in den rural areas an Satellitencampus der Hochschulen studiert. Die Studierenden lernen dort nicht-selektierte Erkrankungen kennen und müssen schon frühzeitig lernen, die sektorenübergreifende Versorgung durchzuführen, weil es gar nicht anders geht.

Gestern sagte mir der Präsident der Landesärztekammer in Baden-Württemberg, dass im letzten Jahr 50 % der Approbationen an Ärztinnen und Ärzte mit ausländischen Berufsabschlüssen gegeben werden. Diese Ärztinnen und Ärzte arbeiten in Deutschland und sind möglicherweise auch nach vergleichbaren Standards ausgebildet worden. Das Problem ist aber die Sprache, denn viele Patienten wollen von einem Arzt behandelt werden, der die deutsche Sprache (oder sogar einen deutschen Dialekt) versteht und spricht. Der in Deutschland ausgebildete Mediziner wird diese Forderung in der Regel erfüllen.

Gekle

Über die wissenschaftliche Qualität eines Studiums im Ausland kann ich keine Auskunft geben, dazu fehlen mir belastbare Daten. Wenn jemand an einer Universität in der EU sein Studium komplett durchführt und die jeweilige Abschlussprüfung besteht, hat er das Recht, in Deutschland ärztlich tätig zu werden. Ob seine Ausbildung schlechter war, als die eines Absolventen, der sein Studium in Salzburg begonnen und am Städtischen Klinikum Nürnberg beendet hat, weiß ich nicht. Das ist in meinen Augen auch nicht die zentrale Frage.

Danz

Ich würde mir sehr wünschen, dass dieser Vortrag vor allen Regionalparlamenten gehalten würde, um mit Unwissen, Fehlvorstellungen und unerfüllbaren Wünschen dieser Politiker aufzuräumen. Diese Fakten sollten unbedingt in die Politik hineingetragen werden.

Auswahlverfahren der Hochschulen

Prof. Dr. Bernhard Marschall
Geschäftsführer des Instituts für Ausbildung und Studienangelegenheiten der Universität Münster

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

es ist mir eine große Ehre und zugleich Herausforderung, heute hier vortragen zu dürfen, wenn wir zum Urteil des Bundesverfassungsgerichts gleich noch einen Vortrag seines Vizepräsidenten hören werden. Das Urteil hatte einen nachhaltigen Niederschlag in den Medien gehabt und die Überschriften reichten von „Heftiger Ohrfeige für die kleinstaatliche Bildungspolitik“ bis zur Feststellung „Jetzt kann jeder Arzt werden“.

Wenn wir uns mit dem Zulassungsverfahren zum Medizinstudium beschäftigen, geht es um Bildungschancen junger Menschen – jeder Zugelassene hat eine große Chance, jeder Abgelehnte hat etwas vertan. Daher sollten wir uns diesem Thema sehr ernsthaft widmen. In Münster haben wir das schon vor geraumer Zeit getan und uns überlegt, welche Voraussetzungen für einen Studierfähigkeitstest gelten sollten.

Ich will die Entstehung des Münsteraner Verfahrens hier nicht im Detail erläutern, sondern nur vorstellen, was wir als Test aufgebaut haben (Abbildung 1).

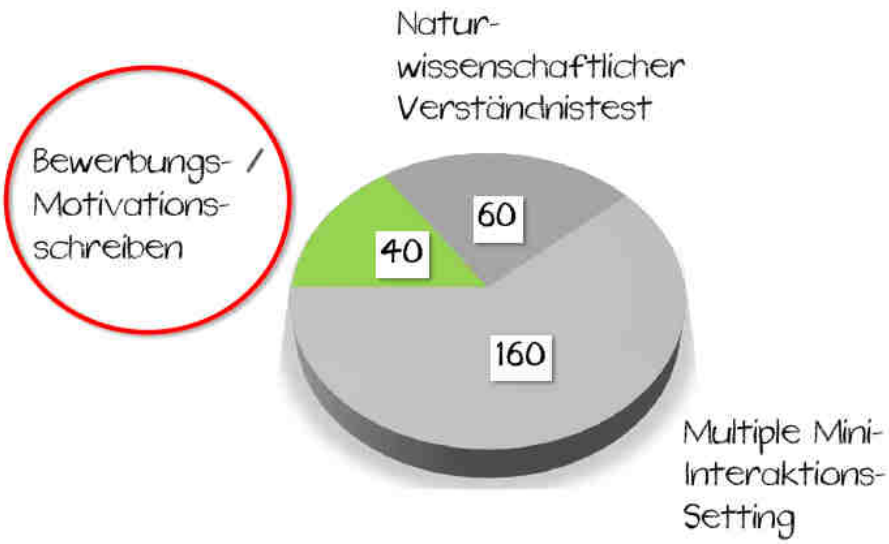


Abb. 1: Elemente und Anteile des Münsteraner Studierfähigkeitstests.

Unser Test beinhaltet drei Elemente und beginnt mit einem Bewerbungs- und Motivationsschreiben. Darin stellen die Bewerber ihre Motivation, aber auch besondere Vorerfahrungen dar. Dieses Bewerbungsschreiben wird von fünf Fakultätsmitgliedern gelesen.

Der naturwissenschaftliche Verständnistest wird computerbasiert abgelegt. Darin geht es um Aufnahme, Analyse und Interpretation komplexer naturwissenschaftlicher und medizinischer Informationen und um das Verständnis logischer Zusammenhänge. Hier wird kein Schulwissen abgeprüft.

Der dritte Teil, das Multiple Mini-Interaktions-Setting (MMI), wurde 2004 in Kanada entwickelt und läuft in einem Stationsparcours ab. Die Bewerber bekommen vor einer Station für 90 Sekunden einen Text zu lesen, der ihnen einen Einstieg in einen Fall ermöglicht. Daran schließen sich fünf Minuten an, in denen sie zum Text befragt werden, sich aus dem Text ergebende Aufgaben oder Probleme lösen sollen. Dabei geht es um Simulationen, praktische Aufgaben und auch um ethische Fragestellungen.

Abb. 2: Schematischer Ablauf des MMI-Tests in Münster.

Wir haben zehn Stationen aufgebaut, in denen jede Bewerberin und jeder Bewerber von zwei Fakultätsmitgliedern bewertet wird. Daraus entstehen 20 kleine Gutachten für jeden Testteilnehmer. Der organisatorische Aufwand ist hoch. Wir benötigen 40 möglichst gleichartige Räume und haben die günstige Situation, dafür unsere „Limette“ nutzen zu können.

Auch der personelle Aufwand ist groß. Unsere Juroren sind geschult im Umgang mit verhaltensverankerten Skalen mit sowohl positiv als auch negativ ausgeprägtem Beispielverhalten.

Von uns sind in das Zentrum des Interesses nicht-kognitive Prädiktoren eines erfolgreichen Medizinstudiums bzw. erfolgreicher Berufsausübung gestellt. Das unterscheidet unseren Test von anderen primär kognitiven Tests, wie dem TMS-Test.

Unsere Dimensionen sind:

- interpersonelle Fähigkeiten, dazu zählen Beziehungsaufbau und -erhalt, der Umgang mit Informationen,
- emotionale Intelligenz, d.h. emotionales Verständnis und emotionales Management und nachgeordnet
- manuelle Geschicklichkeit,
- Ethik,
- Intuition.

Wir beziehen in unseren Test etwa 200 Bewerberinnen und Bewerber ein, führen an einem Tag 3.600 kleine Spielszenen durch und beziehen für die Bewerbungen der Medizin und Zahnmedizin an zwei Tagen 120 Fakultätsmitglieder ein. Das ist ein enormer Aufwand, den wir in diesem Jahr zum zwölften Mal betreiben. Sowohl von den Bewerberinnen und Bewerbern als auch von den Juroren erhalten wir sehr positive Rückmeldungen.

Was bedeutet nun das Urteil des Bundesverfassungsgerichts für uns und unser Auswahlverfahren?
Eine Auswahl von Studienbewerbern ist mit dem Grundgesetz in Einklang zu bringen. Das Grundgesetz stellt in Artikel 3 fest: „Alle Menschen sind vor dem Gesetz gleich." und in Artikel 12: „Alle Deutschen haben das Recht, Beruf, Arbeitsplatz und Ausbildungsstätte frei zu wählen. … Die Berufsausübung kann durch Gesetz oder auf Grund eines Gesetzes geregelt werden."

Das Bundesverfassungsgericht hat in der Präambel seines Urteilsspruches unter Anerkennung der Beschränktheit der Studienplätze festgestellt, dass die Bemessung der Ausbildungsplätze dem Gesetzgeber obliegt, dass ein chancengleicher Zugang nur im Rahmen tatsächlich bestehender Ausbildungskapazitäten stattfinden kann und hat damit den Numerus clausus bestätigt. Es hat weiter festgelegt, dass die Sicherung eines standarisierten und strukturierten Verfahrens notwendig ist.

In meinem Vortrag möchte ich mich auf das Auswahlverfahren der Hochschule (AdH) fokussieren. Uns wurde ein Gesetzesvorbehalt vor die Nase gesetzt und wir haben die Abiturnote als Auswahlkriterium als etabliert anzusehen.

Welche primären Punkte sind für das AdH-Verfahren wichtig?
Das bisherige AdH-Verfahren genügt nicht den Anforderungen des Gesetzesvorbehaltes, denn es genügt nicht den Anforderungen des Rechts auf gleiche Teilhabe an staat-

lichen Studienangeboten und damit auf gleichheitsgerechte Zulassung. Das ist für uns ein starker Tobak.

Die Kritik am Kriterienfindungsrecht basiert darauf, dass bisher die Kriterien über den Staatsvertrag und das Hochschulrahmengesetz definiert waren (A-Abiturnote, B-schulnotengewichtete Abiturnote, C-fachspezifischer Studierfähigkeitstest, D-Berufsausbildung oder Berufstätigkeit, E-Auswahlgespräche oder Kombination aus vorgenannten Kriterien A bis E). Das ist auch grundsätzlich nicht beanstandet worden. Das gilt aber nur für einen abschließenden Kriterienkatalog. Die Verfahren in Bayern und in Hamburg, wo diese fünf Kriterien durch ein „insbesondere" offen gehalten werden, und weitere Kriterien möglich sind, sind durch das Bundesverfassungsgericht als nicht zulässig festgestellt worden.

Es ist schwierig, die Zulassungsverfahren zu standardisieren und zu strukturieren. Das Gericht stellt fest, dass hier eine Verpflichtung durch den Gesetzgeber vorliegt und die Hochschulen für deren Umsetzung und Transparenz sorgen müssen. Die vom Gericht festgestellte mangelnde Strukturierung gilt insbesondere für die Auswahlkriterien C bis E (fachspezifische Studierfähigkeitstests, Berufsausbildung oder Berufstätigkeit, Auswahlgespräche), gilt aber auch für die Begrenzung der Vorauswahl und die Quote der in der beruflichen Bildung Qualifizierten.

Wörtlich heißt es im Urteil: „Die den Hochschulen eingeräumte Konkretisierungsbefugnis darf sich dabei ausschließlich auf die fachliche Ausgestaltung und Schwerpunktsetzung unter Einbeziehung auch hochschulspezifischer Profilbildungen beziehen." Ich kann mit dem „auch" in diesem Satz noch nicht richtig leben und hoffe, dass wir dazu im folgenden Referat oder in der Diskussion weitere Erklärungen bekommen werden. Können wir rein fachliche Entscheidungen treffen oder müssen wir immer das Hochschulprofil berücksichtigen? Haben wir als Hochschulen an allen Standorten in etwa dasselbe Profil? Diese Fragen erscheinen mir noch offen.

Ein weiterer Punkt, an dem das AdH bemängelt wird, ist der gleichheitsgerechte Zugang. Das Gericht hat festgestellt, dass die Begrenzung auf sechs Studienstandorte zulässig ist. Dagegen sind die Ortspräferenz in der Vorauswahl und die Nutzung der Abiturnote ohne Länderausgleich unzulässig. Die Kriteriendefinition durch den Gesetzgeber ist unzureichend, und es fehlt eine Regelung zur Berücksichtigung weiterer Auswahlkriterien neben der Abiturnote.

Die Begrenzung der Bewerbung auf sechs Standorte ist zulässig, weil sie der Diversifizierung der Auswahlmaßstäbe und praktischen Handhabbarkeit dient. Ich muss aber nach dem Urteil die Unwägbarkeiten in der aktuellen Bewerbersituation berücksichtigen. Auch müssen die Chancen für den Bewerber an jedem Standort erkennbar bleiben. Das war in den bisherigen Verfahren nicht optimal.

Das Vorauswahlverfahren ist für unseren Standort Münster ein sehr wichtiger und entscheidender Punkt. Das Gericht hat festgestellt, dass grundsätzlich ein Vorauswahlverfahren zur Begrenzung der Teilnehmer am AdH zulässig ist. Die einzelfallbezogenen zeit- und kostenintensiven Auswahlentscheidungen wären anders gar nicht möglich. Wir möchten mit unserem Vorauswahlverfahren gesetzlich eignungsbezogene Kriterien (außer dem Gespräch mit dem Bewerber) unter Beachtung der gleichheitsgerechten Anwendung einbringen. Dabei ist allerdings die Verwendung der Ortspräferenz nach dem Spruch des Bundesverfassungsgerichts unzulässig, da sie nicht auf die Eignung bezogen ist und da eine Einschränkung des Teilhaberechts entsteht (Art. 12 Abs. 1 Satz 1/Art. 3 Abs. 1 Grundgesetz).

Die Verwendung der Ortspräferenz ist bei automatisierten Auswahlverfahren unzulässig. Hier gibt es aber die Ausnahme, dass „aufwendig individualisierte Auswahlprozesse" („wichtiger Bestandteil im Gesamtsystem der Studienplatzvergabe") die Verwendung der Ortspräferenz zulassen, was aber nur für einen „hinreichend beschränkten Anteil der insgesamt zu vergebenden Plätze" gilt. Was aber ist ein hinreichend beschränkter Teil?

Betrachten wir die Quotenverteilung der Bewerbungen in Münster (Abbildung 3), so betrifft das AdH-Verfahren 82 Studienplätze.

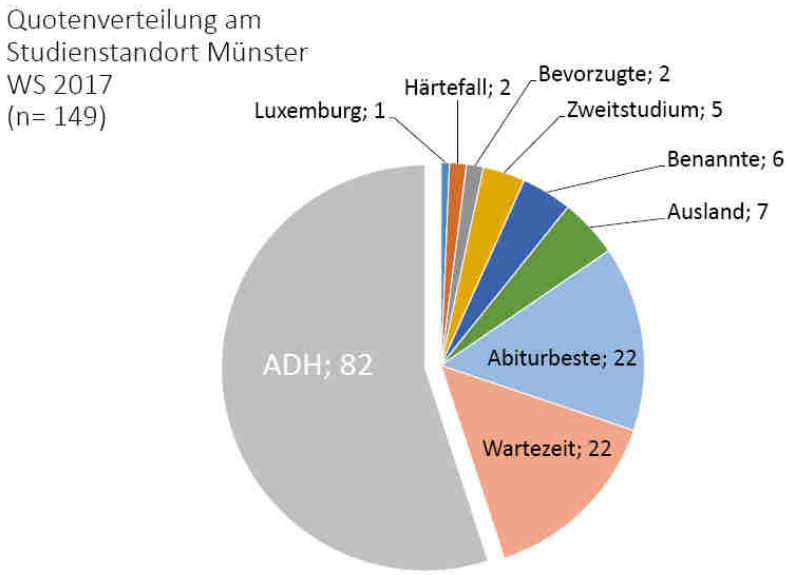


Abb. 3: Bewerberverteilung und Quoten für das Wintersemester 2017 am Studienstandort Münster mit 149 Studienplätzen.

Auf diese Studienplätze kamen 2.157 Bewerbungen. Wenn wir nur einen Teil der 82 Plätze aus dem AdH-Verfahren durch das eingangs beschriebene Münsteraner Modell besetzen dürfen und wir weiterhin wissen, dass nur bei einem Viertel der getesteten Bewerberinnen und Bewerber eine Verschiebung zur reinen Abiturnote eintritt, wird

dieser Aufwand viel zu groß. Hier haben wir mit der Einschränkung der Ortspräferenz ein großes Problem.

Ein weiterer Kritikpunkt des Bundesverfassungsgerichts ist die Abiturnote ohne Länderausgleich, die einen Vergleich zwischen den Bundesländern unmöglich macht. Das Bundesverfassungsgericht macht dafür die länderspezifisch unterschiedlichen Bildungs- und Schulsysteme verantwortlich. Die mangelnde Vergleichbarkeit (Spanne des Notenmittels: 2,16 bis 2,59, Anteil der Bestnote [1,0]: 0,8 % bis 3,1 %, Anteil der 1er-Noten: 17,2 % bis 38,8 %) lässt auch keine Kompensation des Mangels durch ergänzende Kriterien zu. Der Mangel überwiegt etwaige Verfahrensvereinfachungen. Die unbereinigte Abiturnote ist auch als Vorauswahlkriterium unzulässig.

Zur Kriteriendefinition als Vor- und als Auswahlkriterium hat das Bundesverfassungsgericht festgestellt, dass alle Kriterien (Abiturnote, schulnotengewichtetes Abitur [Neigungen/Interessen], Studierfähigkeitstests, Auswahlgespräche [Cave: unreflektierte „subjektive Eindrücke"] in einer Strukturiertheit im Sinne der Eignung und Vergleichbarkeit und die Berufsausbildung, Berufstätigkeiten) dem Grundgesetz genügen. Es hat eine gewisse Konkretisierung verlangt. Im Urteil wurde aber formuliert: „Auch hiermit lassen sich Anhaltspunkte für die Eignung zum Studium der Humanmedizin erfassen." Der krasse Wechsel von einer detaillierten Herleitung der meisten Aussagen zu einer so pauschalen Aussage (Berufsausbildung ist Kriterium für Vor- bzw. Auswahl) hat mich beim Studium des Urteils doch etwas erstaunt.

Wenn wir die Berufsausbildung als eine Black Box betrachten (Abbildung 4), so sind die Eingangskriterien sicherlich nicht geeignet, eine Differenzierung vorzunehmen. Sollten wir künftig tausende Bewerberinnen und Bewerber in eine Gesundheitsberufsausbildung schicken, um damit eine Abiturnote von 1,3 oder 1,4 aufzubessern, werden die Krankenhäuser sicherlich bald lieber die deutlich schlechteren Bewerber nehmen, weil sie erkennen, dass die sehr guten Bewerber lediglich eine Zwischenphase vor dem Studienbeginn absolvieren, aber dann nicht im Gesundheitsberuf arbeiten wollen.

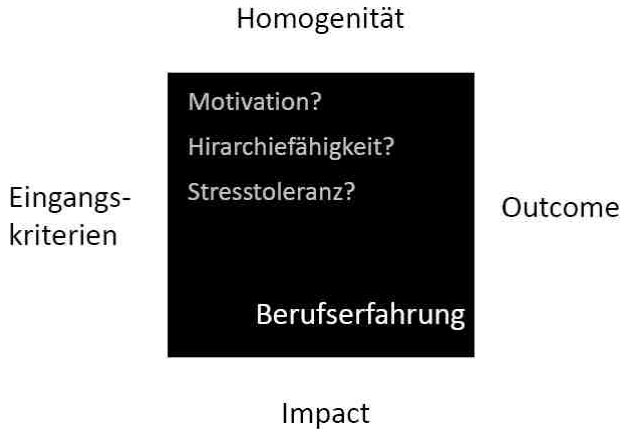


Abb. 4: Die Black Box der Berufserfahrung als Auswahlkriterium für das Medizinstudium.

Es fehlt die Homogenität, denn die Gesundheitsberufe decken ein Spektrum vom Orthopädieschuhmacher bis zum Krankenpfleger ab. Hier bedarf es einer Konkretisierung. Wir wissen aber nicht, wieviel Impact eine Berufsausbildung tatsächlich auf die Qualifikation und Soft Skills eines Bewerbers für ein Medizinstudium hat. Auch wird das Outcome (Examensnote) dabei nicht berücksichtigt. Stelle ich damit eine Motivation fest, wenn ich eine 2-jährige Berufsausbildung mache, weil ich anders nicht an einen Medizinstudienplatz komme? Es erstaunt mich, mit welcher Vehemenz diese Black Box der Berufsausbildung in der politischen Diskussion und im Urteil des Bundesverfassungsgerichts als wertvolles Kriterium gesehen wird.

Das Bundesverfassungsgericht hat Ausführungen zur Ergänzung der Abiturnote gemacht. So ist es verfassungsrechtlich geboten, die Abiturnote zu ergänzen, weil die Abiturnote etwaige Unterschiede nicht (mehr) hinreichend abbildet. Die Abiturnote selbst ist ein aussagekräftiges Kriterium, mit dem das Ziel der Auswahlentscheidung, die Feststellung der Eignung eines Bewerbers, erreicht werden kann.

Wenn wir uns die Abiturientenzahlen in Nordrhein-Westfalen ansehen, stellen wir in den Jahren 2002 bis 2016 eine Zunahme um 84 % fest (Abbildung 5). Einen solchen Zuwachs innerhalb einer Dekade kann ein System nicht verkraften.

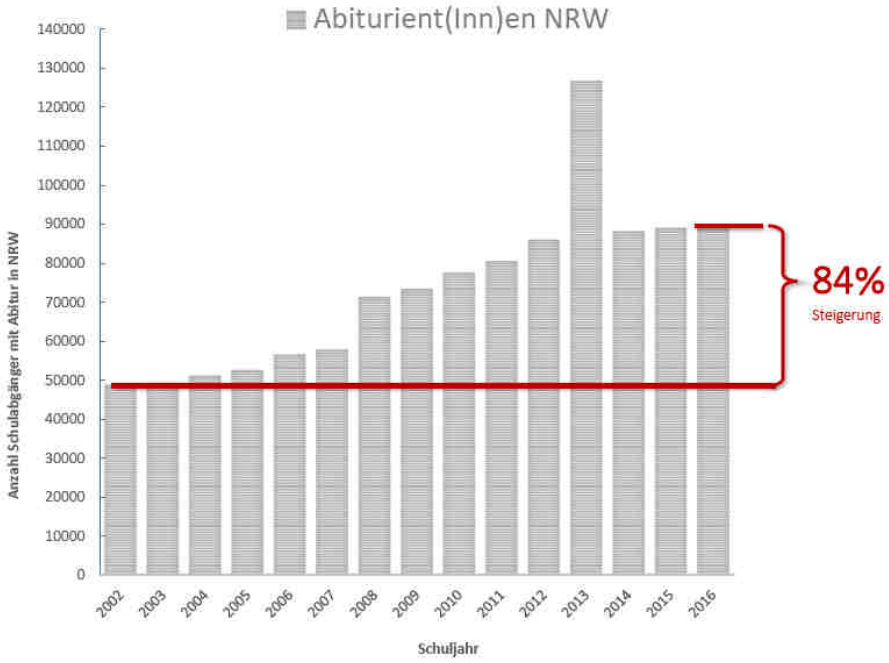


Abb. 5: Anzahl der Abiturientinnen und Abiturienten in Nordrhein-Westfalen zwischen 2002 und 2016.

Es steigt aber nicht nur die absolute Anzahl der Abiturienten an, sondern es kommt zu immer besseren Abiturdurchschnitten (Abbildung 6). Die Anzahl der 1,0-Abiturienten hat in Nordrhein-Westfalen inzwischen die Zahl der 1,1-Abiturienten überholt. Je mehr wir darüber reden, dass man nur noch mit einem 1,0-Abitur Medizin studieren kann, desto mehr Gymnasien sind bereit, bessere Noten zu vergeben und damit bessere

Abiturdurchschnitte zu erreichen. Auch in der relativen Zahl überflügeln die 1,0-Abiturienten alle übrigen (Abbildungen 7 und 8).

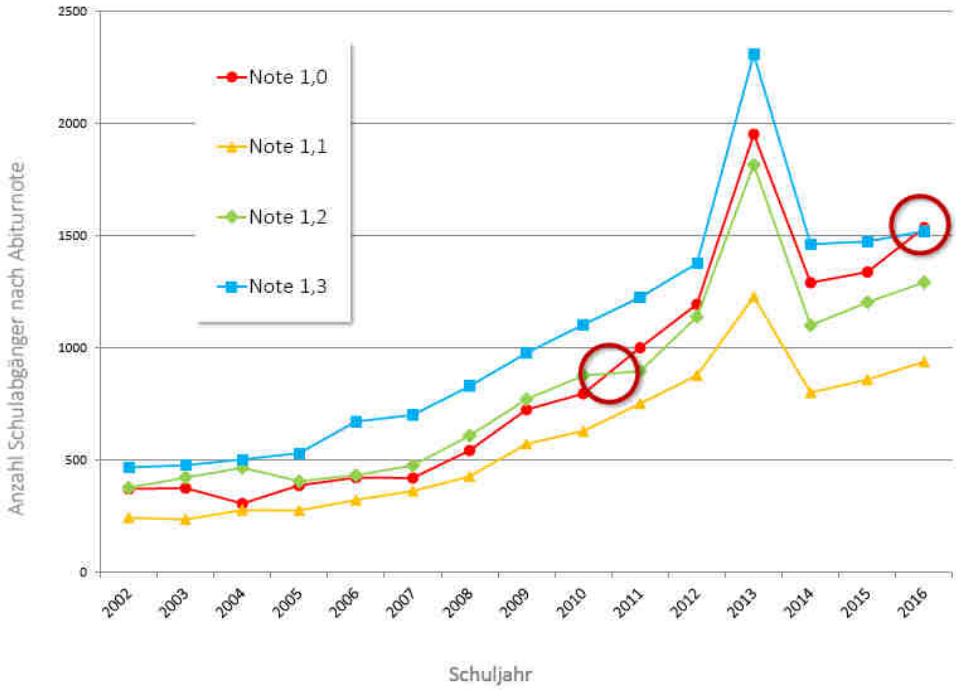


Abb. 6: Entwicklung der Abiturnoten als absolute Anzahl in Nordrhein-Westfalen in den Jahren 2002 bis 2016.

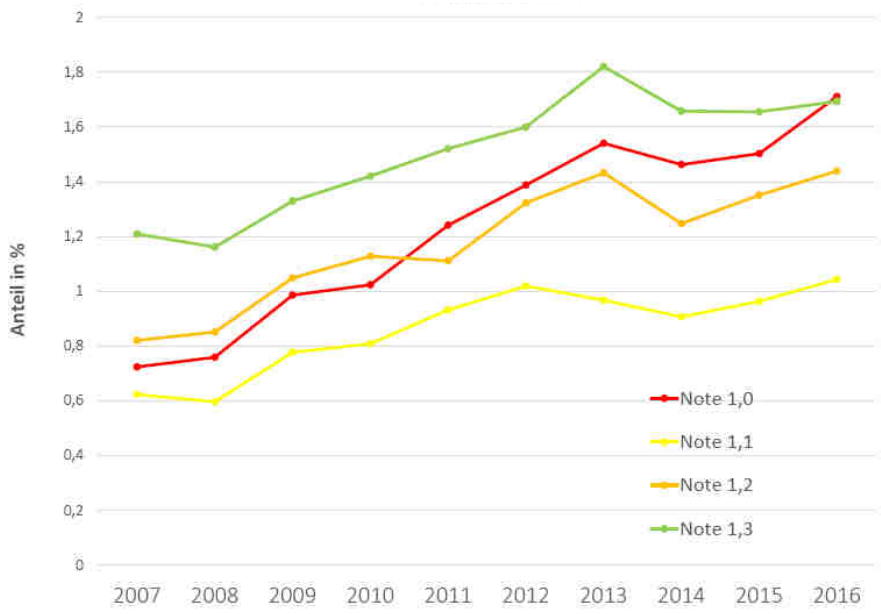


Abb. 7: Entwicklung der prozentualen Anteile einer Schulnote an der Grundgesamtheit Schulabgänger 2007 bis 2016 in Nordrhein-Westfalen.

Wir sind mit dem Bundesverfassungsgericht absolut einer Meinung, dass diese Entwicklung zu immer mehr 1,0-Abituren in einem Blindflug enden wird. Im Jahr 2011 hatten wir fast 50 Bewerbungen mit dieser Abiturnote in Münster und mussten von diesen einige als „zu schlecht“ ablehnen.

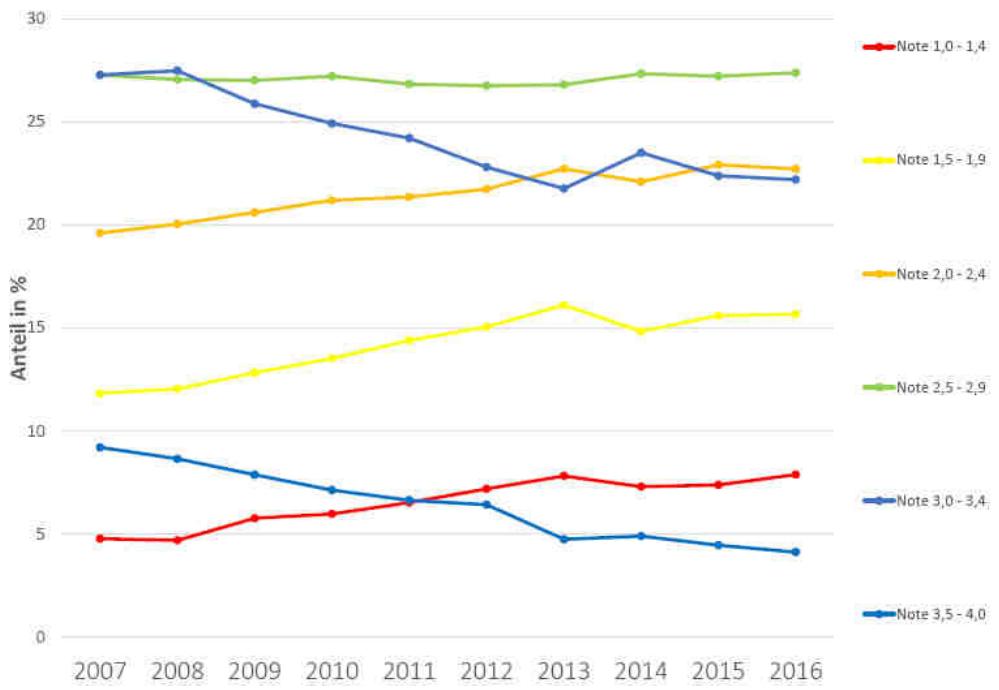


Abb. 8: Entwicklung der prozentualen Anteile einer Schulnote an der Grundgesamtheit Schulabgänger 2007 bis 2016.

„Die Berücksichtigung allein der Abiturbesten birgt so das Risiko, einseitig kognitiv-intellektuelle Fähigkeiten zum Maßstab zu nehmen und andere gleichermaßen wichtige Fähigkeiten zu übergehen", hat das Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil festgestellt. Dem kann man zustimmen.

„Berufsfelder, die an ein Studium der Humanmedizin anknüpfen, verlangen in vielen Fällen Fähigkeiten, die sich in einer Abiturspitzennote nicht abbilden", lautet eine weitere Aussage im Urteil des Bundesverfassungsgerichts. Ist das aber richtig? Ist der Studienbewerber heute noch der Nerd, der als Abiturient in einem eng begrenzten Wissensgebiet Spitzenleistungen vollbringt? Ein Abiturient braucht heute kommunikative Fähigkeiten, um mindestens 20 Lehrer davon zu überzeugen, ihm eine sehr gute Bewertung zu geben. Ich habe beim Lesen der Bewerbungsschreiben gesehen, dass darunter fantastisch sozialengagierte Menschen waren, deren Bewerbungen mich als Arzt überzeugten.

Das Bundesverfassungsgericht hat zur Ergänzung der Abiturnote festgestellt: „Die Tätigkeit als Arzt stellt Anforderungen, die sich nicht auf den Bereich allgemein-intellektueller Fähigkeiten beschränken, sondern daneben etwa besondere Kompetenzen in sozial-kommunikativer und empathischer Hinsicht erfordern." Das wird durch Stellungnahmen der Bundesärztekammer, dem Deutschen Hochschulverband, dem Marburger Bund, der Universität Oldenburg und durch den Masterplan 2020 belegt.

Ich finde es zu einschränkend, immer nur auf Empathie und sozial-kommunikative Fähigkeiten zu rekurrieren. Das ist mir zu eindimensional, denn auch andere Kriterien spielen hier eine Rolle, die wir uns neben der Abiturnote viel präziser anschauen müssten. Dazu zähle ich Größen des Selbstmanagements und der Selbstreflexion, wie Leistungsmotivation, Selbstwirksamkeit, Offenheit für neue Erfahrungen, emotionale Kompetenz und Stabilität, Ambiguitätstoleranz und Gewissenhaftigkeit. Nach unseren Untersuchungen liegen diese Kriterien bei den Medizinstudierenden im 1. Semester signifikant unter dem Bevölkerungsdurchschnitt (Abbildung 9).

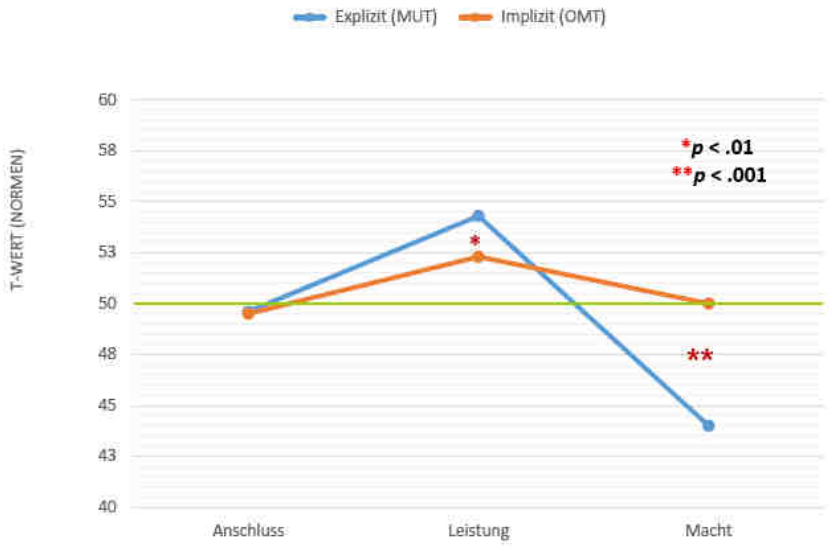


Abb. 9: Medizinstudierende im 1. Semester: Leistungsziele (expl.) sind stärker als Leistungsmotive. Die (impl.) Machtmotivation wird unterschätzt (explizit).

In diesen Diskrepanzen offenbaren sich für mich die Probleme der Abiturnoten als Auswahlkriterium der Geeignetsten. Die 1,0-Abiturienten sind „Lernmaschinen". In anderen Ländern werden zahlreiche weitere Kriterien bei der Bewerberauswahl genutzt. Ich verweise hier auf die Publikation von T. König et al. „Core Personal Competencies Important to Entering Students' Success in Medical School: What Are They and How Could They Be Assessed Early in the Admission Process". Darin ist der lange Weg einer Konsensfindung beschrieben, welche Kriterien man nutzen sollte. Mit weiteren Kriterien schafft man sich auch ein viel differenzierteres Bild über die Bewerber. Ich vermisse diesen Prozess oder auch nur den Anstoß dazu im Urteil des Bundesverfassungsgerichts. Wir sind im derzeitigen Auswahlverfahren zu sehr auf die eingefahrenen Gleise (Berufserfahrung, TMS-Test etc.) eingeschworen.

Der Gesetzgeber hat einen weiteren Einschätzungs- und Gestaltungsspielraum eingeräumt. Es ist nun eine politische Entscheidung, ob und in welcher Art das Abitur berücksichtigt werden soll und welche weiteren Kriterien Berücksichtigung finden. Diese Entscheidung wird aber sicherlich basierend auf der Schulpolitik, der Zahl der Abituri-

entinnen und Abiturienten und dem Niveau und der Aussagekraft der Abiturnoten getroffen werden.

Da die Verwendung der Abiturnote allein nicht zielführend ist, wurde dem Gesetzgeber die Verpflichtung zur Verwendung weiterer Kriterien auferlegt. Diese Kriterien müssen nicht zwingend unabhängig von den Abiturergebnissen sein. Die Erfassung eigener Eignungsaspekte ist vorgegeben. Die Kriterien sollen schulnotenunabhängig sein und ein hinreichendes Gewicht haben. Es ist nicht zwingend, diese Kriterien im AdH-Verfahren einzusetzen. Schließlich kann sogar ein Teil der Bewerber ausschließlich auf den Abiturnoten basiert ausgewählt werden. Eine Ausgestaltung durch die Hochschulen (Profilbildung) wurde zugelassen.

Welche Perspektive bietet sich uns nun?
Es liegt ein Vorschlag des Stiftungsrats der Stiftung für Hochschulzulassung vor, der vor zwei Tagen präsentiert wurde. Danach soll es weiterhin eine Vorabquote nach weitgehend den bisherigen Regeln geben. Auch weiterhin soll es eine Abiturbestenquote geben, mit der mindestens 20 % der Studienplätze vergeben werden. Neu ist die Einführung einer „Talentquote“, mit der 80 % der Plätze vergeben werden sollen. Der Begriff „Talent“ lässt mich mit dem Kopf schütteln, aber die alternative Bezeichnung eines „zentralen AdH-Verfahrens“ ist ebenso fragwürdig. Die Talentquote soll in einer einjährigen Übergangslösung – da man bei der SfH mit der Software nicht schneller einsatzfähig ist – aus dem freiwilligen sozialen Jahr, aus der Berufsausbildung und aus dem TMS-Test gebildet werden. Die Wartezeitquote entfällt vollständig.

Für mich bleiben eine Reihe offener Fragen:

- Unter welchen Vorgaben kann ein individuelles Auswahlverfahren die Auflagen nach Standardisierung und Strukturierung erfüllen?

- Welche Kosten-/Nutzungsrelation kann ein individualisiertes Auswahlverfahren ohne (vollständige) Berücksichtigung der Ortspräferenz erreichen?

- Werden die aufwendigen Verfahren eine ein- oder mehrjährige „Übergangsphase“ überleben?

Ich fürchte, wir stehen hier momentan nicht vor einer Verbreiterung des Spektrums, sondern eher vor einen dunklen Tunnel, in dem eine Straße ins Nirgendwo führt und bei dem wir als Fakultäten nur ganz wenig Einfluss haben werden.

Vielen Dank!

medi
kul
mft

Hürden des Zugangs zum Arztberuf – Neuerungen im Urteil des Bundesverfassungsgerichts zum Numerus clausus –

Prof. Dr. Ferdinand Kirchhof
Vizepräsident des Bundesverfassungsgerichts, Karlsruhe

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

ich habe im vorangegangenen Vortrag Interessantes über unser Urteil gehört und habe es in einigen Positionen gar nicht wiedererkannt. Lassen Sie mich aber eingangs feststellen, dass es die Aufgabe des Bundesverfassungsgerichts ist zu prüfen, ob eine historische Situation verfassungsgemäß ist. Unsere Legitimation ist es nicht, Anstöße für die Zukunft zu geben, und wir machen auch keine Politik.

In einer Folie des vorangegangenen Vortrages hatten Sie eine Zeitung gezeigt, die mit „Schallende Ohrfeige für den Gesetzgeber und die Hochschulen" betitelt war. Das ist erstaunlich, denn immer, wenn wir etwas beanstanden, sprechen die Medien von einer „schallenden Ohrfeige". Wir verteilen keine Ohrfeigen, sondern stellen fest, ob etwas verfassungsgemäß oder verfassungswidrig ist. Wenn Sie von einem „niederschmetternden Ergebnis" sprechen und eine in das Nirwana führende Allee zeigen, so kann ich Sie beruhigen: Das Urteil war nicht so gemeint, und es ist inhaltlich auch eine Öffnung, eine Belassung von Freiräumen, natürlich unter der Vorstellung, das einzuhalten, was vom Grundgesetz erlaubt wird.

Die Situation für unser Hochschulurteil stellte sich so dar: Wir hatten die NC-Urteile von 1972 und 1977, das war die Zeit der Bildungseuphorie. Man meinte, dass der Numerus clausus ein vorübergehendes Phänomen ist und hat deshalb die Wartezeitquote sehr präferiert. Damals gab die Wartezeitquote die Gewissheit, dass man zu einem Studienplatz kam. Das sieht heute anders aus.

Unser Urteil vom Dezember 2017 stand vor der klaren Erkenntnis, dass der Numerus clausus ein Dauerzustand ist, dass die Bewerberzahl im Verhältnis zu den Studienplätzen unglaublich angewachsen ist – es gab im letzten Jahr (Wintersemester 2017/18 und Sommersemester 2018) 62.000 Bewerbungen auf 11.000 Studienplätze –, es sind also nur etwa 18 % zugelassen worden und das Ganze läuft noch zu. Die Noten, nach denen man in den vorangegangenen Jahren zugelassen wurde, waren 1,0 und höchstens 1,2.

Die Wartezeit von 14 bis 15 Semestern war auch der Grund, warum das Verwaltungsgericht Gelsenkirchen, welches für die in der Nähe beheimatete Stiftung für Hochschulzulassung zuständig ist, dann die Klage einreichte.

Wir hielten eine grundsätzliche Klärung auf Dauer für notwendig und haben 14 Landeshochschulgesetze, den Staatsvertrag und die Paragraphen 31 und 32 des Hochschulrahmengesetzes einer Prüfung unterzogen.

Die Ergebnisse können als verfassungsrechtliche Grundaussagen stichwortartig wie folgt zusammengefasst werden: Artikel 12 Absatz 1 des Grundgesetzes (Recht auf freie Wahl der Ausbildungsstätte und Recht der Berufsfreiheit) gilt nur gegenüber staatlichen Hochschulen.

Wir haben als Erstes klargestellt, dass es kein absolutes Recht auf einen Studienplatz gibt. Das war sehr wichtig, denn durch den ganzen Prozess und die Schriftsätze geisterte die Vorstellung, dass der Staat Studienplätze schaffen müsse, wenn es zu wenige davon gibt, um dem Artikel 12 des Grundgesetzes (GG) zu entsprechen. Wir haben gesagt und mit dem Gleichheitssatz verbunden, dass es im Platzmangel nur darum geht, wie die vorhandenen staatlichen Studienplätze verteilt werden. Jeder Bewerber hat ein Teilhaberecht auf gleichheitsgerechte Ausgestaltung.

Der Senat hat auch klar erklärt, dass Artikel 12 GG in Verbindung mit Artikel 3 GG auch nicht das Recht ergibt, dass ein Bewerber irgendwann einmal einen Studienplatz bekommen muss. Es gibt keinen absoluten Studienplatzanspruch, und es wird Studienbewerber geben, die niemals einen Studienplatz erhalten.

Die zweite Grundaussage – und die machen wir immer – lautet, dass bei einer Abwägung von Grundrechten oder einer Zuteilung der Grundrechtsausnutzung der Gesetzgeber die Grundsätze dafür selbst regeln muss. Eine solche Aussage ist seit vielen Jahren fester Bestandteil unserer Rechtsprechung und gilt auch hier. Damit werden die Hochschulen ein wenig begrenzt, und daher kommt unser Satz, dass die Hochschulen nur konkretisieren und nicht selbst Kriterien erfinden dürfen. Es kollidiert etwas mit dem Artikel 5 Absatz 3 GG, wonach Wissenschaft und Lehre frei sind; aber ich werde das später noch erläutern.

Das grundsätzliche Kriterium für die Studienzulassung ist die Eignung. Dabei zielt Eignung nicht nur auf das Studium, sondern auch auf den späteren Beruf. Es sind jedoch auch andere Kriterien zulässig. Wir nennen sie Allgemeingemeinwohlkriterien. In das Gemeinwohl fällt die Vorabquote (Ausländer, Gesundheitsdienst, Bundeswehr etc.). Soziale Gesichtspunkte, Berufserfahrung, soziale kommunikative Fähigkeiten haben wir auch nur ganz allgemein so benannt. Ihren Einsatz muss der Gesetzgeber selbst festlegen.

Ich glaube, dass die Stärke unseres Urteils darin liegt, dass wir hier mit diesen allgemeinen Aussagen beginnen. Wenn wir mehr sagen würden, grenzten wir den Gesetzgeber ein. Dort, wo wir Freiheit lassen, bleibt der Ermessensspielraum für die Hochschulen und die Politik weiter erhalten. Würden wir Festlegungen treffen, entstünde ein straffer Katalog von Zulassungskriterien, der alle Beteiligten mit Rechtskraft und auf Dauer binden würde.

Zu Berufserfahrungen oder zu sozial-kommunikativen Fähigkeiten haben wir nur gesagt, sie könnten „etwa" hinzugefügt werden. Wir haben keinerlei strikte Festlegungen getroffen, sondern damit lediglich Beispiele benannt, die allgemein anerkannt sind. Wir wollten auf diese Weise den politischen und den wissenschaftlichen Prozess der Zuführung von Personen in die Lehre möglichst offen halten.

Die nächste Aussage: Bei unzureichenden Plätzen ist eine Ortsverteilung möglich. Artikel 12 GG gibt nicht das Recht auf eine bestimmte Hochschule, sondern lediglich das Teilhaberecht auf einen Studienplatz. Ein Ortsverteilungssystem ist kein Problem, wenn insgesamt, aber nicht an jedem Ort genügend Studienplätze vorhanden sind.

Aus den Artikeln 12 und 3 GG leitet sich das System der vier Säulen der Zulassung ab. Es gibt die Vorabquote, die gegenwärtig 12,4 % der verteilten Studienplätze erfasst. Sie wurde im Verfahren gar nicht angegriffen. Wir haben deswegen lediglich ganz pauschal gesagt, dass diese Quote momentan zulässig ist und vernünftige Gründe für ihre Beibehaltung sprechen.

Thema des Urteils waren die übrigen drei Säulen, die ich nun etwas ausführlicher erläutern werde. Die erste Säule ist die Abiturnote oder Bestenquote mit 20 % der nach dem Vorabzug noch verfügbaren Plätze. Wir haben diese Säule gebilligt mit Ausnahme der Ortswahl und der Begrenzung von sechs Ortswünschen. Sie sind nach Verfassungsrecht nicht möglich.

Die zweite Säule ist die Wartezeit. Hier fanden wir die Urteile von 1972 und 1977 zur Wartezeitquote vor, die wir zuerst gebilligt haben, uns dabei aber nicht ganz wohl fühlten, denn die Wartezeit ist das Gegenteil von Eignung. Es kann ein Ausdruck der Motivation sein, wenn jemand entsprechend lange auf einen Studienplatz wartet. Wir haben die Wartezeitquote unter dem Aspekt gebilligt, dass jedem Bewerber überhaupt eine Chance geboten werden soll. Wir haben zugleich gesagt, dass der bisherige Anteil von 20 % innerhalb der drei Säulen, der sich in den Jahren eingespielt hat, nicht erweitert werden darf. Unser Senat wäre zufrieden, wenn sie nur Übergangslösung bliebe. Auch das ist jedoch wieder eine Angelegenheit der Politik.

Die dritte Säule ist die individuelle Bewerberauswahl durch die Hochschule selbst, das AdH-Verfahren, das mit 60 % innerhalb der drei Säulen zu Buche schlägt. Wir haben

das AdH-Verfahren gebilligt, aber Vorgaben für die Vorauswahl und das nachfolgende Einzelverfahren gemacht.

Ich will diese Vorgaben im Einzelnen näher erläutern.

1. Vorgaben zur Abiturnote
Die Nutzung der Abiturnote ist zulässig, weil sie ein praktikables Vorgehen erlaubt, computerbasiert und damit personenneutral ablaufen kann. Die Abiturnote erlaubt eine langfristige Einschätzung der Schulentwicklung eines Bewerbers; Sie ist keine Momentaufnahme wie ein einmaliger Test. Die Abiturnote hat eine hohe Prognosequalität für die Studienleistungen. Uns wurde in der mündlichen Verhandlung deutlich gemacht, dass es unter den Bewerbern der Abiturbestenquote signifikant weniger Studienabbrecher gibt als bei den anderen Bewerbergruppen. Die Abiturnote ist eignungsorientiert, zwar ausgerichtet auf den intellektuell-technischen Bereich des Arztberufes, zeigt aber die Lernfähigkeit und hat somit eine Voraussagequalität.

Die Abiturnote birgt aber auch Probleme, denn sie belegt nur die intellektuelle Eignung. Natürlich zeigt sie auch die kommunikativen Fähigkeiten, denn ein Abiturient mit 1,0 hat mehr als 20 Lehrer von seinen Kenntnissen überzeugen müssen. Ich weiß natürlich als ehemaliger Hochschullehrer, dass es auch den Studierenden mit ausgezeichneten Noten gibt, der aber niemandem in die Augen sehen kann, einen roten Kopf bekommt, stottert und auch noch zwei linke Hände hat. Das alles wird aber durch die Abiturnote nicht abgebildet. Wir haben daher gesagt, dass die Abiturnote als Kriterium allein zu wenig ist.

Der Notendurchschnitt für das Medizinstudium liegt derzeit zwischen 1,0 und 1,2 und bewegt sich immer mehr auf 1,0 zu. Wenn die Abiturnote der Zugang zu Qualifikationstracks ist, wird das System irgendwann kippen. Wir müssen das beobachten, denn der Aussagewert dieser Note könnte einmal in der Differenzierung so gering sein, dass man danach gar nicht mehr unterscheiden kann. Es könnten dann Zufallsergebnisse oder Beliebtheitsergebnisse sein, die über den Studienzugang entscheiden – das darf nicht sein.

Wir haben die fehlende Vergleichbarkeit der Abiturnoten unter den Bundesländern generell beanstandet. Bei der Abiturbestenquote haben wir jedoch die Abiturnote gebilligt, weil man die Unterschiede durch Länderquoten ausgeglichen hat. Damit ergibt sich innerhalb eines Bundeslandes eine Vergleichbarkeit. Es ist dann das Geschick des Gesetzgebers, die Länderquoten im Umfang richtig zu verteilen.

2. Nur sechs Ortswünsche und deren Vorrang
Die Beschränkung auf nur sechs Ortswünsche und die Ortspräferenz schließen eine Zulassung an andere Hochschulen unter Umständen aus. Das haben wir beanstandet, denn es denaturiert das Abiturnotensystem als primär intellektuelle Eignungsfeststel-

lung. Ich kann nicht die Besten für das Studium normativ auswählen wollen, und in der Praxis dominiert dann der Ortswunsch. Damit kippt das ganze System und geht völlig andere Wege.

Sie müssen auch die Situation der Bewerber sehen: Wenn ich mich für bestimmte Hochschulen entscheiden muss, bedeutet das, dass ich als Bewerber von 38 Fakultäten bereits 32 ausschließen muss. Ich weiß nicht genau, wie die sechs verbleibenden Fakultäten bei der Auswahl im Einzelnen vorgehen. Ich weiß auch nicht genau, was die anderen Bewerber wählen. Damit ist die Ortspräferenz ein Unsicherheitskriterium, welches die übrigen Kriterien denaturiert und zu einem Ausschlusskriterium wird, obwohl ein Bewerber von der Abiturnote her zu den Besten gehört. Wir haben sie daher als verfassungswidrig beanstandet.

3. Wartezeit
Wir haben die Wartezeit hingenommen, sie aber nicht für verfassungsrechtlich notwendig erachtet. Obwohl die Wartezeit gerade nicht eignungsorientiert ist, gibt sie jedem Bewerber eine Chance auf einen Studienplatz. Eine längere Wartezeit zeigt auch ein deutliches Motiv, wirklich Medizin studieren zu wollen. Ich nehme hier die „Spätberufenen“ einmal aus. Die Wartezeit bügelt die Schwächen der anderen Säulen aus, besonders, was die Abiturnote angeht.

Es gibt aber bei der Wartezeit Probleme. Sie darf nicht über einen Anteil von 20 % erweitert werden, weil sie dysfunktional zur Eignung ist. Wenn man bis zu 15 Semester warten muss und individuell zwischen vier und acht Jahren wartet, zeigt das in besonderer Weise ihre Dysfunktionalität.

In der mündlichen Verhandlung wurde uns vorgetragen, dass mit zunehmender Wartezeit auf einen Studienplatz (in der Regel nach drei bis vier Jahren) die Lernfähigkeit und das Durchhaltevermögen abnehmen. Damit steigt die Zahl der Studienabbrecher. Sie ist in der Gruppe der Langwartenden signifikant höher als bei denen, die gleich nach dem Abitur das Studium beginnen. Dieser Effekt beginnt nach drei bis vier Jahren; das war für uns Grund, die Wartezeit zu begrenzen. Eine Wartezeit von acht Jahren ist verfassungswidrig. Wir haben eine Andeutung gemacht, dass 3 bis 5 Jahre Wartezeit in Frage kämen. Das mag für Sie unbefriedigend sein, weil es keine klaren Vorgaben gibt. Wir wollten aber möglichst wenig festlegen, damit der dafür legitimierte Gesetzgeber entscheiden kann.

Die dritte Säule, das AdH-Verfahren, wird Sie am meisten interessieren.
Wir haben festgestellt, dass es zulässig ist, ein Vorauswahlverfahren durchzuführen, damit man sich nicht mit allzu vielen Kandidaten in einem aufwendigen Auswahlverfahren beschäftigen muss.

Wir haben allgemeine Vorgaben gemacht, weil die Abiturnote nur das intellektuelle Eignungsprofil abbildet. Daher muss zunächst ein weiteres Eignungskriterium vorgesehen werden, welches andere Komponenten abbildet. Man darf die künftigen Ärzte nicht nur nach dem schulischen Erfolg auswählen.

Das Auswahlverfahren der Hochschule darf nicht zur bloßen Wiederholung des Abiturnotenverfahrens werden. Eine alleinige Berücksichtigung der Abiturnote ist unzulässig. Das AdH-Verfahren muss primär die Eignung des Bewerbers für das Studium erfassen. Eine Erfindung neuer Kriterien durch die Hochschulen ist unzulässig. Ich weiß, dass das im Hamburg und Bayern üblich war, und dass andere Hochschulen darauf sehr gepocht haben. Es ist ein gewisser Widerstreit, denn einerseits haben die Hochschulen die Freiheit von Lehre und Forschung, andererseits hat der Bewerber einen grundgesetzlichen Anspruch auf gleichheitsgerechte Teilhabe, und der Gesetzgeber soll grundsätzlich entscheiden. Wir mussten diese Weichenstellung aber vornehmen, denn die Abwägung bei der Grundrechtsausübung steht von Verfassung wegen der Legislative zu. Dabei ist es der Hochschule unbenommen, Forschungsschwerpunkte zu setzen und die Eignungskriterien, die der Gesetzgeber vorgibt, anhand dieser Schwerpunkte zu konkretisieren. Ein solches Vorgehen ist zulässig, nicht aber das völlige Neuerfinden von Kriterien durch die Hochschulen. Wir haben mit dieser Feststellung versucht, die grundrechtlichen Ansprüche der Bewerber mit den grundgesetzlichen Freiheiten der Hochschulen in Lehre und Forschung zu verknüpfen, weil sich diese beiden Positionen in einem gewissen Widerstreit befinden.

Einige Worte zur Vorauswahl:
Bei der Vorauswahl standen wir vor dem Problem der sechs Ortswünsche und der Ortspräferenzen. Hier war die Meinung des Senats, anders als bei der Abiturbestenquote, dass eine Begrenzung auf sechs Ortswünsche zulässig ist, weil alle anderen Vorgehensweisen nicht praktikabel wären.

In den AdH-Verfahren laufen sehr aufwendige Prozeduren, die manche Fakultäten für Tage und Wochen einbinden. Hier darf die Hochschule fordern, dass es eine Gewähr gibt, nur Bewerber, die sich für ebendiese Hochschule interessieren, auch wirklich auswählen zu dürfen. Die Hochschule vergibt nur ihre eigenen Studienplätze. Wir wollten aufwendige Nachrückverfahren oder Mehrfachbewerbungen vermeiden. Das Angeben von Ortswünschen ist daher möglich und verfassungsrechtlich zulässig.

Anders liegt es bei der Ortspräferenz. Die Ortspräferenz bedeutet, dass die Stufung der Ortswünsche darüber entscheidet, ob der Bewerber einen Studienplatz erhält oder nicht. Eine Ortspräferenz ist nur dann zulässig, wenn sich ein aufwendiges, individuelles Auswahlverfahren anschließt. Wenn die Ortspräferenzen nur mit der Abiturbestenquote als weiteres Kriterium berücksichtigt werden oder die Ortspräferenzen gar als alleiniges Auswahlkriterium genutzt werden, hat das mit zusätzlichen Eignungskriterien nichts mehr zu tun; die Ortspräferenz ist als Auswahlkriterium dann unzulässig.

Zum individuellen Auswahlverfahren wurde in manchen Kommentaren zu unserem Urteil angemerkt, dass wir zu wenig dazu ausgeführt hätten oder unsere Ausführungen sehr sybillinisch wären. Wir haben dagegen versucht, die markanten Punkte aus dem Grundgesetz hervorzuheben und uns aus allen anderen Fragen herauszuhalten. Wir wollten mit Absicht nicht zu viel festlegen, denn was in einem Urteil festgeschrieben wird, versteinert die Situation und schreibt die Rechtslage über Dekaden hinaus fest.

Bei den individuellen Auswahlverfahren sind Gesprächsverfahren für einen Teil der AdH-Verfahren zulässig. Gesprächsverfahren klingen auf den ersten Blick ziemlich gerecht, weil sie auf die Individualität des Bewerbers eingehen und jene mit den Lehrkonzepten der Hochschule abgleichen. Gesprächsverfahren haftet das Odium einer individuellen Gerechtigkeit an. Das ist richtig, aber man kann in solchen individuellen Auswahlverfahren auch Klischees transportieren. In der mündlichen Verhandlung sagte uns der Vertreter aus Hamburg, dass man sich dort die Liste der im Auswahlverfahren angenommenen Bewerber und die Liste der nächsten zehn Bewerber, die gerade durchgefallen waren, genau angesehen hat. Diese nächsten Zehn hatten alle türkische Namen. Daraufhin hat man in Hamburg das Auswahlverfahren umgestellt.

Ein individuelles Bewertungsverfahren garantiert nicht bzw. schließt nicht aus, dass sich irgendwelche Klischees oder Stereotype in das Auswahlverfahren einschleichen. Das war der Grund für uns, eine Standardisierung und Strukturierung einzufordern, die solches verhindert. Sie müssen die Hochschulen selbst umsetzen. Die Hochschule muss sich über die Kriterien, die sie für das individuelle Bewertungsverfahren wählt, klar werden und muss z.B. den infrage kommenden Bewerbern in einem Gespräch vorher klarmachen, was für die Zulassung entscheidend sein wird.

Berufliche Vorbildung und Praxis wie auch sozial-kommunikative Fähigkeiten sollen berücksichtigt werden. Wir wurden kritisiert, weil niemand wusste, was das sein sollte, und warum gerade diese Aspekte hervorgehoben wurden – wir haben aber ausdrücklich gesagt „in etwa“. Es handelt sich also um Beispiele, man kann auch andere wählen.

Sie alle wissen, dass bei den aufwendigen Auswahlverfahren die beruflichen Fähigkeiten eines Bewerbers immer wieder als Eignungskriterium diskutiert werden. Wir waren uns in der mündlichen Verhandlung einig, dass ein ausgebildeter Rettungssanitäter zumindest über eine Reihe manueller Fähigkeiten und auch über Stresstoleranz verfügt, die ihn besonders qualifizieren. Solche Belege der Eignung kann man bei einer Bewerberauswahl nicht einfach übergehen.

Ich bin der Überzeugung, dass berufliche Fähigkeiten durchaus etwas über eine Eignung für das Medizinstudium aussagen können. Welche Aussage der einzelne Beruf dazu macht, muss in der Hochschule festgelegt werden. Das muss nicht der Gesetzgeber tun. Er muss nur festlegen, dass strukturierte und standardisierte Verfahren in der Hochschule vorgenommen werden.

Die Bewertung der Berufserfahrungen und die Strukturierung des Verfahrens sind generelle Aufgaben im AdH-Verfahren, die von den Hochschulen entschieden werden müssen. Sie gibt ihnen die Beweglichkeit, den Gang der Ausbildung auf das jeweilige Fakultätsprofil zuzuschneiden und zugleich den Bewerbern gerecht zu werden.

Soweit in aller Kürze meine Ausführungen zu diesem Verfahren. Die Ergebnisse unseres Urteils hatte ich eingangs schon erwähnt: Wir haben die Landesgesetze und teilweise den Paragraphen 32 des Hochschulrahmengesetzes für verfassungswidrig erklärt, soweit es die Humanmedizin angeht. Das war die Frage, die wir im Verhandlungsfall zu beantworten hatten. Wenn es um die Zahnmedizin oder die Psychologie geht, gelten die erläuterten Grundsätze natürlich genauso. Wir haben erklärt, dass diese Normen mit Artikel 12 und Artikel 3 GG partiell unvereinbar sind, aber bis zu einer neuen Regelung fort gelten. Die neue Regelung muss der Gesetzgeber bis zum 31. Dezember 2019 schaffen.

Der Senat des Bundesverfassungsgerichts verbindet das (unausgesprochen, denn es steht so nicht im Urteil) mit der Hoffnung, dass nun für die kommenden Jahrzehnte Ruhe und Sicherheit in das Bewerbungs- und Zulassungsverfahren einkehrt. So ist das vom Senat gedacht, so sind auch die Kautelen, die wir eingebaut haben, gemeint. Unser Urteil ist keine Landstraße mit Alleebäumen, die in dunkles Nirwana führt, um das eingangs benannte Bild noch einmal zu zitieren, sondern eine breite Autobahn mit vielen Fahrspuren, die einen besseren Zugang zum Medizinstudium ermöglichen wird.

Diskussion der Vorträge von Prof. Marschall und Prof. Kirchhof

Reisinger
Die Bewertung des Bewerbungs-/Zulassungsverfahrens für das Medizinstudium war ein langes und kompliziertes Verfahren, welches sich über geraume Zeit festgefahren hatte. Mit dem Urteil ist nun einiges in Bewegung gebracht worden. Die Hochschullehrer sehen mit dem Urteil eine Reihe von neuen Aufgaben, insbesondere im AdH-Verfahren auf sie zukommen. Ich habe die Ausführungen so verstanden, dass das Urteil nur für die staatlichen Hochschulen Bedeutung hat. Können die privaten Anbieter von Medizinstudiengängen, die z.B. formal an einer ausländischen Hochschule immatrikulieren, somit das Grundgesetz aushebeln? Wurden die neuen nichtstaatlichen Anbieter im Urteil mit bedacht?

Kirchhof
Es war für mich eine Überraschung, denn für mich galt auch das Klischee, dass es nur um die Zulassung zum 1. Semester gehen würde. Ich habe aber lernen müssen, dass es durch die ausländischen Anbieter auch einen großen Bedarf für einen Numerus clausus in späteren Semestern gibt, nämlich dann, wenn im Ausland immatrikulierte deutsche Studierende ihr Studium an einer deutschen Hochschule fortsetzen wollen. Wir haben das Problem erkannt, es war aber nicht die Vorlage für unser Urteil mit einer dezidiert auf Erstsemester ausgerichteten Frage. Ich meine, dass sich dabei Ähnliches ergeben wird und auch bei diesen Bewerbern entsprechend nach den üblichen Kriterien ausgewählt werden kann. Wenn ein Bewerber nach dem 4. oder 5. Semester wechseln will, hat er allerdings bereits eine akademische Vita, die nicht unberücksichtigt bleiben darf. Es empfiehlt sich, bei diesen Bewerbern das ganze Verfahren mehr zu standardisieren. Es wird z.B. keinen Sinn machen, naturwissenschaftliche Fähigkeiten zu prüfen, wenn bereits Scheine in diesen Fächern vorgelegt werden können.

Förstermann
Ich habe das Kriterium der Wartezeit anders gelesen, als es jetzt im Referat erläutert wurde. Nach meiner Ansicht war eine Wartezeit von maximal vier Jahren möglich, ansonsten würde die Wartezeit als Kriterium wegfallen. Ist das eine falsche Interpretation?

Kirchhof
Wir hatten nur zu bewerten, ob das aktuell gültige Gesetz, welches Wartezeiten vorsieht, verfassungsgemäß ist, und haben entschieden, dass die Wartezeit nicht zu lang sein darf. Wenn das Wartezeitsystem jetzt voll läuft, müsste man andere Regelungen treffen. Diese juristische Frage war uns aber nicht gestellt. Es ist uns natürlich klar, dass eine Wartezeit am Ende ist, wenn regelmäßig Wartezeiten entstehen, die mit sieben oder acht Jahren länger als das Medizinstudium selbst dauern.

Förstermann
Es sind sechs Ortspräferenzen möglich, damit kann ein Bewerber sechs Studienstandorte angeben. Wir hatten in Mainz bislang aufwendige Auswahlgespräche. Am Ende war es so, dass diejenigen, die wir ausgewählt hatten, dann an andere Standorte gingen, und die, die wir eigentlich nicht ausgewählt hatten, bei uns studierten. Damit hat sich dieses Auswahlverfahren ad absurdum geführt. Können bzw. dürfen wir künftig als Hochschule sagen, dass ein Bewerber, der in ein Auswahlgespräch gehen will, sich nur bei uns bewerben darf oder ist das nicht zulässig?

Kirchhof
Das ist ganz klar für den Teil der Bewerber zulässig, für den ein aufwendiges Auswahlverfahren vorgesehen ist. Auswahlgespräche, wie sie auch für den Standort Münster im vorangegangenen Referat vorgestellt wurden, können auf die Bewerber beschränkt werden, die den Standort als die erste Ortspräferenz angeben. Es ist dagegen unzulässig, das für alle Bewerber so zu bestimmen, insbesondere dann, wenn die Bewerberauswahl nach einer rein computerbasierten Datenanalyse erfolgt, denn dann ist die Rechtfertigung eines großen Aufwandes vor Ort nicht mehr gegeben.

Hampe
Meine Frage geht in dieselbe Richtung. Durch das AdH-Verfahren kann nur ein Teil der Studienplätze vergeben werden. Darf nur ein Teil der Bewerber so eingeschränkt werden und gibt es Vorstellungen, wie groß dieser Teil sein darf?

Kirchhof
Wenn wir eine exakte Quote festgelegt hätten, stünden wir vor neuen Schwierigkeiten. Artikel 12 GG gibt keine genaue Quote vor. Es gibt den Fakultäten Freiheit bei der Entscheidung. Sie dürfen entscheiden, innerhalb des AdH-Verfahrens Auswahlgespräche durchzuführen und deren Aufwand zu definieren. Neben den Auswahlgesprächen, für die Sie eine Vorauswahl treffen dürfen, muss es noch andere Kriterien geben, die Eignungskriterien sind und nicht auf den Abiturnoten basieren.

Menger
Es wurde einmal diskutiert, was das Abitur eigentlich kann. Der 1,0-Abiturient, der niemandem in die Augen sehen kann und dann noch vor Aufregung stottert, war als Beispiel genannt worden. Das bedeutet aber nicht zwingend, dass dieser Abiturient nicht auch ein guter Arzt werden kann. Wir sind der Meinung, dass das Abitur neben dem Beleg erworbenen Wissens auch Auskunft darüber gibt, wie belastbar ein Bewerber ist, wie nachhaltig er über mehrere Jahre an einem Problem bleiben kann, auch wenn es nicht sein Lieblingsfach oder gar Hobby ist. Das Abitur sagt etwas über Konzentrationsfähigkeit bei Stress aus. Hat das Bundesverfassungsgericht diskutiert, was das Abitur kann und was für Aussagen aus der Abiturnote gezogen werden können, die eine weitere, unter Umständen nur einmalige Testung für die Studienzulassung überflüssig machen?

Kirchhof
Mit dem Lob für das Abitur laufen Sie offene Türen bei allen Senatsmitgliedern ein. Die Abiturnote gibt eine gute Prognose, sie ist langzeitorientiert und gibt eine Rechtfertigung für die Eignung, weil es bei den Abiturbesten kaum Studienabbrecher gibt. Wir haben deshalb die Abiturnote als Bestenquote gebilligt. Es müssen nicht nur 20 % der Zulassungen sein, diese Zahl haben wir mit Absicht nicht festgelegt, denn sie kann auch höher angesetzt werden. Das ist alles offen gelassen, weil die Abiturnote grundsätzlich ein geeignetes Kriterium ist.

Wir haben nur zwei Probleme: Betrachten wir das Gesamtsystem, können wir nicht nur nach der Abiturnote zulassen. Es gibt Bewerber mit anderen Kompetenzen, die auch gute Ärzte werden und die wir bei der Auswahl auch berücksichtigen müssen.

Die Eignung für den Beruf aus dem Abitur abzuleiten, erscheint recht schwierig. Es ist nicht ohne Problem, die Eignung für den ärztlichen Beruf festzustellen, denn wir wissen nicht genau, was das Berufsbild des Arztes ist. Eine Differenzierung findet nicht nur in Facharztdisziplinen statt, sondern auch nach der konkreten Tätigkeit im Krankenhaus, in der Universität, einer Gesundheitsbehörde, einer Versicherung etc. Es macht einen Unterschied, ob der Arzt auf dem Land oder im gleichen Fach in der Hochschulmedizin tätig ist – das sind völlig unterschiedliche Berufsbilder.

Blasberg
Eine kurze Replik zu den Abiturnoten: Die ZVS wurde vor 45 Jahren gegründet. Bereits im ersten Staatsvertrag waren in Artikel 11 Satz 8 einheitliche Maßstäbe für die Bewertung der Abiturnoten gefordert. Diese Selbstverpflichtung der Länder wird seitdem fortgeschrieben und steht entsprechend auch im Hochschulrahmengesetz. Als Ausgleich gab es anfangs das Bonus-Malus-Prinzip, welches dann durch die Länderquoten abgelöst wurde, die aber leider nur für die Abiturbestenquote gelten. Laut einer Pressemitteilung in der FAZ hat die Kultusministerkonferenz versprochen, bis 2021 die Angleichung der Abiturnoten vorzunehmen. Das entspricht aber nicht der Frist, die das Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil vorgegeben hat.

Kirchhof
Wenn das Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil eine Frist bis 2019 setzt, gilt diese auch für die Kultusministerkonferenz. In meiner Amtszeit im Gericht ist zweimal der Fall aufgetreten, dass eine Frist durch die Bundesregierung nicht eingehalten wurde. Ein Brief an die Gesetzesinitianten (Bundesregierung, Bundestag, Bundesrat) mit dem Hinweis, dass der Senat des Bundesverfassungsgerichts diesen Sachverhalt wieder auf die Tagesordnung setzen wird, hat in beiden Fällen dafür gesorgt, dass dieses Problem bereinigt wurde.

Herrmann
Können Sie uns eine Einschätzung aus Ihrer juristischen Sicht geben, welche Anteile für die Auswahlgespräche vorzusehen sind? Ich durfte 2007 die Novellierung des Hochschulrahmengesetzes begleiten. Damals ging eine Aufbruchstimmung durch das verkrustete Zulassungssystem, weil erstmalig profilbildende Bereiche der Hochschulen bei der Bewerberauswahl abgebildet werden durften. Wir als Hochschulen konnten erstmals die für unser Profil geeignetsten Bewerber für einen Studienplatz auswählen. Jetzt stellen wir fest, dass die faktische Beschränkung auf einen wahrscheinlich sehr kleinen Teil der Bewerber mit dem großen Aufwand kollidieren wird.

Kirchhof
Ich bin etwas erstaunt, dass Sie glauben, Ihnen als Hochschule würde wieder etwas weggenommen. Wir haben mit unserem Urteil bestätigt, dass das von Ihnen geschilderte Vorgehen möglich ist. Es war ja bestritten worden, dass es überhaupt verfassungsrechtlich zulässig ist. Wenn bei einer Masse an Bewerbern jeder zu seinem Grundrecht und Teilhaberecht kommen muss, kann sich die Profilbildung der Hochschulen nicht als alleiniges Kriterium durchsetzen. Wir haben extra offen gelassen, welche Kriterien dabei angewendet werden sollen. Damit sollten die Hochschulen Freiheiten behalten. Jegliche Festlegung von Kriterien oder Anteilen der Bewerber durch uns wäre dagegen rigider geworden.

Chabiera
Wir haben uns als bvmd gemeinsam mit den Fakultäten sehr intensiv mit dem Urteil beschäftigt. Welche Rolle spielen die Evaluation und die Evidenzkriterien bei der Betrachtung von Vor- und Nachteilen eines Auswahlverfahrens? Kann man ein Verfahren erst einmal für eine gewisse Zeit laufen lassen und entscheidet dann über seine Sinnhaftigkeit oder findet eine kontinuierliche Evaluation und Bewertung statt?

Kirchhof
Ohne Zweifel muss die Evidenz schon beim ersten Bewerber vorliegen. Es gibt hier keine iterative Phase, in der man probieren und verwerfen kann. Man kann nicht 500 Bewerber durch ein Verfahren durchlaufen lassen und dann feststellen, dass es fehlerhaft war. Dann sind deren Ansprüche wertlos.

Standardisierung und Strukturierung heißt für die Hochschule, dass ein Konzept vorliegen muss, was sie bei der Bewerberauswahl testen will, wie sie die Ergebnisse bewertet, was sie von einem Bewerber erwartet und wie sie vorgeht, wenn diese Erwartungen durch den Bewerber nicht erfüllt werden. In einem solchen Verfahren ist es z.B. möglich, dass sich die Hochschule mit den Bewerbern zusammensetzt und erklärt, was sie wie prüfen will und wie bestimmte Klischees ausgeschlossen werden. Das lässt viele Freiheiten, weil die Hochschulen das Verfahren selbst ausgestalten können. Das Verfahren muss aber evidenzbasiert, sachgerecht und realitätsgerecht sein. Das Verfahren darf auf dem Ausbildungsprofil der Hochschule beruhen und kann sich somit von

Hochschule zu Hochschule unterscheiden. Damit ist nicht ausgeschlossen, dass ein Verfahren modifiziert werden kann, sollte es Fehler erkennen lassen.

Marschall
Es stehen zwei Bilder gegenüber – die freie Autobahn am Ende Ihres Vortrages und mein etwas düsterer Tunnelblick. Natürlich habe ich wahrgenommen, dass Sie uns Freiheiten einräumen wollen. Ich wollte mit meinem Beitrag provozieren und die Fakultäten, den Fakultätentag und die Politik aufrütteln, dass wir diese gebotenen Freiheiten auch nutzen müssen. Was sich durch eine kaum nachvollziehbare Einschränkung in der technischen Umsetzung gegenwärtig entwickelt, dass nämlich für die Bewerbungsverfahren beginnend im Sommersemester 2018 bis Wintersemester 2020/21 kein AdH-Verfahren möglich ist, ist genau das Gegenteil von dem, was das Bundesverfassungsgericht mit seinem Urteil wollte. Wir müssen uns zusammensetzen, damit die Freiräume, die uns mit dem Urteil gegeben wurden, auch tatsächlich genutzt werden können.

Kirchhof
Sie als Fakultäten müssen außerhalb der Abiturbestenquote ein weiteres Kriterium der Auswahl einführen und ab 2020 anwenden. Ein „wir sind noch nicht so weit“ ist kein zu akzeptierendes Argument.

Marschall
Die Einführung des TMS-Tests wird ein weiteres Kriterium sein, welches die Vorgaben erfüllt. Der TMS-Test ist aber ein rein kognitiv basierter Test, der andere geforderte oder erwartete Kompetenzen nicht abbildet. Wir kommen in eine Verengung der Auswahl hinein, obwohl wir eigentlich die Möglichkeit hätten, andere Kriterien zu nutzen. Davor wollte ich mit meinem düsteren Schlussbild warnen.

Urkundenverleihung
zum
Master of Medical Education

medizinis
ultäten

medizinis
kultäte

medizinisc
kultätenta

medizinischer
fakultätentag

edizinischer

medizinischer
fakultätentag

Übergabe der Urkunden zum Master of Medical Education (MME)

Prof. Dr. Reinhard Hickel
MFT-Präsidium

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,
liebe Absolventinnen und Absolventen des Studiengangs,

da Herr Draguhn heute verhindert ist, werde ich die Urkunden zum Master of Medical Education nach dem erfolgreichen Abschluss des MME-Studiengangs gemeinsam mit Herrn Kollegen Fischer und Frau Jünger überreichen. In diesem Jahr haben 16 MME-Absolventinnen und -Absolventen den Studiengang abgeschlossen.

Wir übergeben heute die Urkunden mit unseren herzlichsten Glückwünschen zum erfolgreichen Abschluss dieses Postgradualstudiums, aber auch im Namen der Leitung des MME-Studiengangs und des Präsidiums des MFT.

Es sind sieben Absolventinnen und Absolventen des MME-Studiengangs anwesend, die wir nun nach vorn bitten dürfen:

Dr. Stefanie Hauser, Würzburg
Dr. Susanne J. Kühl, Ulm
Dr. Ruth Lagies, Bonn
Dr. Nikolai Schuelper, Göttingen
Dr. Ina Manuela Schüler, Jena
PD Dr. Cord Spreckelsen, Aachen
Dr. Alexander Wünsch, TU München, aktuell Freiburg

Weiterhin haben den MME-Studiengang 2018 erfolgreich abgeschlossen:

Dr. Heiko Baschnegger, LMU München
Dr. Martin Dusch, Mannheim, aktuell Hannover
PD Dr. Rainer Haseneder, TU München
Dr. Markus Krautter, Heidelberg, aktuell Stuttgart
Dr. Ursula Kriesen, Rostock
PD Dr. Stefan Leis, Salzburg

PD Dr. Carolin Sonne, TU München, aktuell Athen
Prof. Dr. Dr. Dipl. Stefan Wirth, LMU München
Dr. Barbara Woestmann, Bochum

Mitglieder der Studiengangsleitung, Absolventinnen und Absolventen des MME-Studiengangs 2018: v.l.n.r. Prof. Dr. Jana Jünger; Dr. Stefanie Hauser, Dr. Ruth Lagies, Dr. Nikolai Schuelper, Dr. Susanne J. Kühl, PD Dr. Cord Spreckelsen, Dr. Ina Manuela Schüler, Dr. Alexander Wünsch; Prof. Dr. Martin Fischer, Prof. Dr. Reinhard Hickel.

Tagungsimpressionen VI

medizinischer
fakultätentag

Podiumsgespräch: Mehr Studienplätze in Deutschland – neue Konzepte

Dr. Günther Matheis
Präsident der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz
Luca Salhöfer
Bundeskoordinator für medizinische Ausbildung, Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland
Prof. Dr. Dr. Jürgen Schüttler
MFT-Präsidium
Prof. Dr. Johanna Weber
HRK-Vizepräsidentin für Hochschulmedizin und Gesundheitswissenschaften
Moderation: Armin Himmelrath
Wissenschaftsjournalist, Köln

Himmelrath

Meine Damen und Herren,
mein Name ist Armin Himmelrath, ich bin Wissenschafts- und Bildungsjournalist und werde für Sie in der kommenden knappen Stunde die Podiumsdiskussion zur Frage der Zahl der Medizinstudienplätze moderieren. Ich arbeite normalerweise beim Deutschlandfunk und beim WDR. Dort folgen am Ende einer festgelegten Sequenz dann die Nachrichten, ohne eine Chance, noch über eine Verlängerung zu verhandeln. Insofern werde ich auch hier auf die Einhaltung des vorgegebenen Zeitrahmens achten und Sie schon jetzt um möglichst kurze und präzise Fragen und Antworten bitten.

Die Runde hier ist mit „Mehr Studienplätze in Deutschland" überschrieben. Herr Kirchhof hat in seinem Referat schon deutlich gemacht, dass die Schaffung von mehr Studienplätzen keine Staatsaufgabe ist, die sich aus dem Grundgesetz ableiten ließe. Dennoch wird sie als eine der Möglichkeiten, um dem Ärztemangel zu begegnen, vielfach diskutiert, zumal damit die Verteilungsungerechtigkeit der Studienplätze ein wenig abgebaut werden könnte. Es gibt bereits solche Initiativen, die Sie alle kennen, wie den Aufbau einer neuen Fakultät in Augsburg oder die Pläne zur Gründung einer solchen in Bielefeld oder die Kooperationsmodelle zwischen Bonn und Siegen.

Ich möchte die Diskussion mit der einfachen Frage eröffnen, wie viele Medizinstudienplätze wir denn eigentlich in Deutschland brauchen.

Weber
Ich kann mich hier nur für den sehr informativen Vortrag von Herrn Gekle bedanken. Dieser absolut präzisen Darstellung ist nichts mehr hinzuzufügen. Die Frage der Studienplätze in der Medizin ist dabei unabhängig von anderen Diskussionen, die gegenwärtig geführt werden, z.B. über Studienplatzvergabe. Die Frage, wie viele Studienplätze tatsächlich benötigt werden, muss wissenschaftlich evidenzbasiert und im Hinblick auf künftige Entwicklungen und Studienprofile beantwortet werden. Wir müssen die in den Diskussionen immer wieder genannten Zahlen im Lichte all dessen sehen, was Herr Gekle als Kontextbedingungen dargestellt hat.

Salhöfer
Ich kann mich zur Zahl der Studienplätze meiner Vorrednerin nur anschließen. Es gibt aus Sicht der Studierenden dringendere Fragen, mit denen wir uns beschäftigen müssten. Wir haben mit dem Masterplan ein Konzeptpapier vorliegen, wie das Medizinstudium 2020 novelliert werden soll. Diese Novellierung ist noch immer nicht ausfinanziert. Allen ist sicher klar, dass die Umsetzung des Medizinstudiums 2020 kein Nullsummenspiel werden wird. Nun reden wir parallel bereits darüber, zig-tausend neue Studienplätze zu schaffen. Vielmehr sollte zuerst das umgesetzt werden, was bereits konzeptionell erarbeitet wurde. Dann müssen wir den Gesamtrahmen erfassen und die Frage beantworten, ob wir wirklich mehr Ärzte benötigen. Dafür ist auf hohem wissenschaftlichem Niveau auf diesem Fakultätentag viel Vorarbeit geleistet worden.

Schüttler
Es gibt aus meiner Sicht zwei Aspekte. Zum einen ist das die rationale Beschäftigung mit der Frage, ob die Produktionsrate an ärztlichem Nachwuchs aus der deutschen Hochschulmedizin ausreicht, um genügend Ärztinnen und Ärzte für die Versorgung zur Verfügung zu stellen. Hierzu sage ich mit aller Deutlichkeit, dass wir ausreichend Nachwuchs ausbilden, und das haben wir in den vergangenen beiden Tagen auch immer wieder so konstatiert. Die andere Seite ist die politische Strömung, die durch die Mangelsituation im Bereich der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in weniger dicht besiedelten Gebieten stark beeinflusst wird. Dies wiederum überträgt sich auf die Landes- und Lokalpolitik. Deshalb reden wir überall von Satellitenmodellen, von Medical Schools, und es ist in dieser Lage so, als würde man gegen Windmühlenflügel kämpfen. Wir müssen als MFT und als Medizinische Fakultäten schauen, dass in dieser momentanen Situation kein Unheil angerichtet wird.

Wir versuchen, einen Teil dieser Stimmung zu steuern. Es stehen Aufgaben in ganz anderen Bereichen an, wie die sinnvolle Auflösung der straffen sektoralen Trennung der ärztlichen Versorgung, die Aufhebung des Fernbehandlungsverbotes, die der Deutsche Ärztetag gerade beschlossen hat, oder die Schaffung integrativer Modelle für die

MVZ, die auch von Krankenhäusern betrieben werden. Es gibt ein breites Spektrum der Systemoptimierung, um die Allokation der Ressource Arzt zu verbessern. Es wurde bereits an mehreren Stellen auf die Digitalisierung hingewiesen. Hätte man in den vergangenen 20 Jahren auf diesem Gebiet im Gesundheitswesen mehr geleistet, stünden wir heute besser da.

Himmelrath
Wie soll aus Sicht der Ärztekammern die Balance zwischen Angebot und bestehendem Bedarf erreicht werden? Wie kann der Forderung, die vor Ort in der Provinz fehlenden Fachleute auszubilden, entsprochen werden? Hilft die Forderung nach mehr Studienplätzen als eine schnelle Lösung?

Matheis
Leider habe ich die vorangegangenen Vorträge nicht gehört. Als Kontrapunkt möchte ich aber aus Sicht der Kammern und vielleicht auch stellvertretend für die KVen betonen, dass wir einen Sicherstellungsauftrag haben. Die Demographie in der Bevölkerung zeichnet einen Baum, der ganz anders ist als noch vor Jahren, und das trifft auch auf die Ärzte und das Pflegepersonal zu. Im hausärztlichen Bereich ist ein Drittel der dort tätigen Ärztinnen und Ärzte weit über 60 Jahre. Das Durchschnittsalter der Hausärzte liegt bei 55 Jahren. Die Versorgungslücken bestehen nicht nur im niedergelassenen Bereich, sondern bestehen auch in den Krankenhäusern. Wir haben die allergrößten Mühen, Stellen nachzubesetzen.

Wir haben in den letzten 20 Jahren einen Wandel erlebt – neue Arbeitszeitmodelle, Teilzeitarbeit – so dass wir mehr Köpfe im System benötigen. Ich stimme aber dem Vertreter der Studierenden ausdrücklich zu, denn wenn wir es nicht einmal schaffen, die unter einem Finanzierungsvorbehalt stehende Reform des Medizinstudiums im Masterplan 2020 umzusetzen, dann muss der wesentlich teurere Schritt der Schaffung neuer Studienplätze mit großer Skepsis gesehen werden. Dennoch benötigen wir etwa 10 bis 15 % mehr Menschen im System, was einem Mehr von 15 bis 20 % an Studienplätzen entsprechen würde.

Um noch eine Zahl anzuführen: Zu Wendezeiten um 1990 hatten wir in Deutschland zwischen 15.000 und 16.000 Medizinstudienplätze. Jetzt ist diese Zahl auf 10.000 bis 11.000 geschrumpft. Insofern ist unsere Forderung bei Berücksichtigung der neuen Arbeitszeitmodelle, der gesteigerten Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen nicht aus der Luft gegriffen.

Weber
Wir sollten, wie auch im Vortrag von Herrn Gekle angemahnt, nicht mit globalen Zahlen operieren, sondern unabhängige Problemfelder auch unabhängig betrachten. Wir müssen auf der einen Seite fragen, in welchem Bereich wir welche Kräfte brauchen und mit welchem Profil diese Kräfte ausgebildet sein müssen. Die Vorstellung, dass mit

einer alleinigen Erhöhung der Zahl der Medizinstudienplätze der an den unterschiedlichen Standorten sehr verschiedene Bedarf gedeckt werden kann, ist naiv. Genauso ist es naiv zu glauben, dass durch mehr Studienplätze die Unterversorgung in ländlichen Regionen behoben werden kann. Es ist eine ebenso absurde Erwartung, dass gerade Absolventinnen oder Absolventen mit hoher Sozialkompetenz aufs Land gehen und dort ärztlich tätig sein wollen. So werden die Versorgungsprobleme in Einzelbereichen nicht gelöst werden können. Wir müssen vielmehr die Frage, für welche Bereiche und mit welchen Steuerungsmechanismen einer Unterversorgung entgegengewirkt werden kann, wissenschaftlich beantworten.

Matheis
Eine reine Erhöhung der Studienplätze war auch nicht unsere Forderung. Wir brauchen ein Gesamtkonstrukt und müssen Versorgungsformen finden, die unter Umständen für den einen oder anderen total ungewohnt sind. Ich stimme Ihnen zu, dass starre Sektorengrenzen nicht mehr zeitgemäß sind. Die vor 20 bis 25 Jahren künstlich aufgebauten Rückhaltebecken sind leer, dort sind keine Ärztinnen und Ärzte mehr, die nachrücken könnten. Die Bedarfsplanung muss den neuen Verhältnissen angepasst werden. Wir brauchen weiterhin Überlegungen, wie auch ohne eine Erhöhung der Studienplätze mehr Ärztinnen und Ärzte aufs Land gehen. Es ist mir natürlich klar, dass nach der Einrichtung eines neuen Studienplatzes oder einer neuen Ausbildungsstätte mindestens zehn Jahre ins Land gehen, bis ein Absolvent als Facharzt selbständig tätig werden kann. Insofern wird eine alleinige Erhöhung der Studienplatzzahl keine Abhilfe beim Ärztemangel auf dem Land schaffen. Dennoch sehe ich die Erhöhung der Studienplatzzahl als einen notwendigen Teil des Gesamtkonzeptes.

Himmelrath
Machen wir es doch einmal konkret, Herr Salhöfer: Welche ersten Schritte sollten aus Perspektive der Studierenden für eine Reform des Medizinstudiums oder Umsetzung des Masterplans begangen werden? Ist eine Kapazitätserhöhung ein sinnvoller Weg?

Salhöfer
Wir dürfen versorgungspolitische und strukturelle Probleme in der Gesundheitspolitik nicht mit dem Drehen an Stellschrauben der medizinischen Ausbildung bekämpfen. Dazu gehören Probleme der Allokation von medizinischen Fachkräften oder die Berechnung der Kassenarztplätze in einer bestimmten Region. Diese Probleme sind mit einer Umgestaltung der medizinischen Ausbildung in den Hochschulen oder einer Erhöhung der Studienplatzzahl nicht zu lösen, sondern nur dann, wenn wir moderne Versorgungsformen finden, die den Aufgaben gerecht werden und zugleich eine gute Versorgung auf dem Land sicherstellen.

Viele Studierende, die vom Land kommen, wollen nicht wieder auf das Land zurück – diese Landflucht kann man nicht aufhalten – und nur wenige kehren nach Studienabschluss in ihre Heimatorte oder -regionen zurück. Ich sehe als Lösung der Versorgung

im ländlichen Bereich die Einrichtung überregionaler MVZ in Kombination mit einer Fernbehandlung oder der Telemedizin.

Schüttler
Ich stimme dem voll und ganz zu. Ich leite als Anästhesist eine Klinik mit etwa 150 Ärztinnen und Ärzten und wähle seit 1995 jeden einzelnen Bewerber selbst aus. Zu Beginn meiner Tätigkeit waren es um die 300 Bewerber, heute sind es noch etwa 20. In dieser Zeit hat sich an der Qualität der jungen Ärztinnen und Ärzte nichts geändert. Natürlich bedarf es einer Weiterbildung, denn der Absolvent ist noch nicht befähigt, selbständig Patienten zu behandeln. Wenn aber die Bereiche mehr oder weniger attraktiv sind und die heutige junge Generation andere Bilder sozialer Kompetenzen im Bereich der Führung einer Einrichtung hat, darf man sich auch nicht wundern, wenn in bestimmten Bereichen der Nachwuchs etwas dünner gesät ist. Junge Menschen stimmen auch danach ab, wo sie ihren Beruf glücklich ausüben können – da ist noch nicht alles angekommen, und das hat mit dem Studium überhaupt nichts zu tun. Das hat vielmehr etwas mit Arbeitsbedingungen zu tun, denn wir bringen keine Autisten oder strebende Nerds in die Weiterbildung.

Himmelrath
Frau Weber, kann – trotz des zu spürenden Rückenwindes für die Position der HRK – auch die Rolle der Fakultäten bei der Lösung dieser Probleme noch stärker adressiert werden? Gibt es neue Spuren, auf die die Fakultäten gebracht werden können und sollen?

Weber
Oberstes Ziel bleibt es, die bestehende Qualität zu wahren. Wir haben bereits bei den Franchising Modellen und anderen Mehrcampus-Modellen gesagt, dass der Primat der Qualität des Studiums und die Ausgestaltung eines wissenschaftlich basierten und wissenschaftsorientierten Studiums unbedingt einzuhalten sind, und dies über die die gesamte Studiendauer hinweg.

Sollte es sich herausstellen, dass Veränderungen im Versorgungsbedarf entsprochen werden muss – das betrifft die Modelle der Berufstätigkeit wie auch die Berufsprofile –, dann müssen die Hochschulen darauf reagieren. Daher hat die HRK auch dezidiert die Forderung des Wissenschaftsrats aufgegriffen und die Akademisierung von Gesundheitsfachberufen vorangebracht. Wenn es einen derartigen Bedarf gibt, muss er durch ein qualitativ hochwertiges Studium abgedeckt werden. Wir haben die Fakultäten aufgefordert, hier entsprechend tätig zu werden. Das gilt genauso für eine stärkere interprofessionelle Zusammenarbeit. Es wäre ideal, wenn an den Medizinischen Fakultäten auch eine Ergänzung in Richtung der neuen Berufsbilder stattfinden würde.

Himmelrath
Haben die Fakultäten denn die Kapazitäten dafür?

Schüttler
Die Fakultäten sperren sich nicht gegen Veränderungen. Wir haben in Bayern unter dem damaligen Wissenschaftsminister Heubisch an den seinerzeit fünf Medizinischen Fakultäten die Studienplatzkapazität um 10 % erhöht. Das war auf drei Jahre befristet und konnte mit einem relativ geringen Aufwand umgesetzt werden. Diese Studierenden haben jetzt ihr Studium abgeschlossen, so dass wir in Bayern aus dem Stand heraus in den Jahren 2017 bis 2019 ein Mehr an 500 Ärztinnen und Ärzten produziert haben werden.

Aus meiner Sicht wäre eine Erhöhung der Studienplatzzahl um etwa 10 % mit einem geringen finanziellen Aufwand aus den Landeshaushalten zu schaffen, um einen kurzfristig sich abzeichnenden Bedarf zu decken. Wenn man das im nächsten Jahr umzusetzen beginnt, würde man in sechs Jahren den Erfolg sehen können. Eine Neugründung einer Medizinischen Fakultät, was ein tolles Thema ist, würde in dieser Zeit wahrscheinlich nicht diesen Erfolg vorweisen können. Wenn in Augsburg über drei Jahre 84 Studienplätze besetzt werden, sind wir im siebenten Jahr erst bei 252 Studienplätzen. Daran kann man die Relationen abschätzen, über die wir hier reden. Die Ärztinnen und Ärzte der neuen Fakultät in Augsburg werden als Fachärztinnen und -ärzte in etwa 15 Jahren auf den Markt kommen.

Wenn man etwas in dieser Richtung tun will, sollte es auf dem Boden der bestehenden Medizinischen Fakultäten stattfinden und solide finanziert sein. Das kann funktionieren. Alles andere ist politisch überlagert, seien es die Satellitenmodelle oder der vieldiskutierte Klebeeffekt. Wir haben uns als Erlanger Medizinische Fakultät für den Satelliten Bayreuth (Medizincampus Oberfranken) entschieden, weil wir gegen die Überlegungen der Politik nicht ankommen können und es die einzige Chance war, nicht überall von Franchise Unternehmen (Nürnberg, Coburg, Lichtenfels) umgeben zu werden, sondern bei einer solchen Lösung unser hohes Niveau zu wahren. Die junge Generation geht nicht in eine Region, weil dort die Landschaft so schön ist, sondern will bestimmte Bedingungen erfüllt sehen.

Matheis
Ich bin ganz überrascht, dass wir mit unseren Überlegungen von denen der Fakultäten gar nicht so sehr abweichen. Ein Zuwachs von 10 % bei den Studienplätzen ist in etwa das, was wir uns wünschen. Ob dieser Zuwachs dann in Bayreuth realisiert wird, ist uns als Kammer relativ egal, wenn die Qualität der Ausbildung das jetzige hohe universitäre Niveau beibehält.

Als regelmäßiger Teilnehmer des Ärztetages will ich noch einen Gedanken einbringen: Der Beschluss zum Fall der Sektorengrenzen gehört zu den Dingen, die in jedem Jahr neu mit Anträgen gefüllt werden, auf den Ärztetagen auch propagiert werden, doch leider hat die Politik bislang auf diese Dinge nicht so richtig reagiert. Als Krankenhausarzt muss ich auch feststellen, dass die von Krankenhäusern betriebenen MVZ nur

der Kanalisierung der Patientenströme dienen und selbst durchweg rote Zahlen schreiben. Manche dieser MVZ werden sogar wieder geschlossen, weil sie nicht wirtschaftlich oder patientenzentriert arbeiten.

Wir brauchen die Digitalisierung. Bitte glauben Sie aber nicht, dass wir durch das Fallen des Fernbehandlungsverbotes mehr Arztressourcen zur Verfügung haben werden. Wir werden dafür unter Umständen sogar mehr Arztressourcen benötigen. Wenn man heute über Fernbehandlung redet, wissen die meisten nicht, dass Vieles von dem, was gemeinhin als Fernbehandlung beschrieben wird, bereits heute erlaubt ist.

Schüttler
Die Fernbehandlung wird nicht mehr Ärzte schaffen. Sie kann aber verhindern, dass zahllose Patienten in die Praxen kommen, die dort eigentlich nicht hinmüssten. Wir müssen die modernen Technologien richtig nutzen, um die knapper werdende Ressource Arzt sinnvoller einsetzen zu können. Etwa 70 % unserer Notarzteinsätze mit Blaulicht fahren zu keinem wirklichen Notfall. Hier wäre ein Ersatz durch Notfallsanitäter oder durch die Telemedizin sehr sinnvoll, denn der Notdienst fahrende Arzt wird in der Klinik gebraucht. Die Pilotprojekte in Baden-Württemberg haben sämtlich gezeigt, dass das gut funktionieren kann.

Das Problem MVZ ist ein gutes Thema. Wir haben in Erlangen zwei Jahre gegen die niedergelassenen Ärzte gekämpft, um ein allgemeinmedizinisches MVZ einrichten zu können. Wir durften das MVZ zusammen mit der zweiten Fachrichtung Transfusionsmedizin 20 km von Erlangen entfernt eröffnen. Dieses MVZ schreibt rote Zahlen. Es erfüllt aber seinen Zweck, denn es führt die Studierenden an Inhalte der Allgemeinmedizin auf universitärem Niveau.

Himmelrath
Ich möchte gern zu den aufgeworfenen Themenfeldern im Plenum diskutieren und bitte um Fragen oder Kommentare aus den Reihen der Sitzungsteilnehmer.

Uhlig
Wir haben gestern gehört, dass jetzt schon 6.500 Ärztinnen und Ärzte pro Jahr zusätzlich für das deutsche Gesundheitssystem zur Verfügung stehen. Mein Eindruck ist der, dass hier eine große Ressourcenverschwendung betrieben wird. Es gibt eine Überzahl an Krankenhäusern, an Montagen sitzen etwa 10 % der deutschen Bevölkerung in den Wartezimmern. Es scheint mir so, dass wir nicht mehr Ärzte benötigen, sondern eine bessere Organisation des Gesundheitssystems.

Matheis
Es wandern in jedem Jahr 6.500 Ärztinnen und Ärzte zu, es wandern auch einige ab. Dieser Zuwachs wird benötigt, nicht nur weil von Montag bis Freitag die Notaufnahmen in der normalen Arbeitszeit vor Patienten überquellen, sondern weil die Nachfra-

ge größer geworden ist. Das mag auch etwas mit Anspruchshaltung zu tun haben. Wir haben aber eine andere Demographie, mehr chronisch Kranke und andere Arbeitszeitmodelle.

Ich stimme zu, dass wir eine andere Organisation der Notfallversorgung brauchen. Wenn diese Entwicklung so weitergeht, werden wir der Situation nicht mehr Herr werden. Der Ärztetag hat sich dazu klar positioniert, doch auch dies muss erst einmal unter die Menschen gebracht werden. Es muss jedem deutlich werden, dass ein funktionierendes Gesundheitswesen auch etwas kosten darf oder muss, wenn z.B. die Notaufnahme unberechtigt in Anspruch genommen wurde. Solche Dinge müssen politisch geregelt werden, hier kann die Ärzteschaft nur Vorschläge unterbreiten. Wir haben pro Jahr 30 Mio. Notaufnahmen in den Kliniken. Für eine Stadt mit 100.000 Einwohnern bedeutet das, dass statistisch jeder zweite Einwohner einmal im Jahr die Notaufnahme aufsucht.

Salhöfer
Man kann den Menschen den Arztbesuch oder die Nutzung der Notaufnahme schlecht verbieten. Hier erscheint mir die Gesundheitsbildung ein wichtiger Punkt, denn die Menschen, die erkennen können, was ein wirklicher Notfall ist, werden ohne Grund keinen Notarzt rufen.

Weber
Das Stichwort Gesundheitsbildung lässt mich daran erinnern, dass wir gerade eine Überbetonung der sozial-kommunikativen Kompetenz in eine Richtung erleben, die aus den Ärzten fast Seelsorger macht. Auch dadurch wird eine Nachfrage geschaffen, die nicht in den Kernbereich der Ärztinnen und Ärzte, sondern in eine ganz andere Richtung geht. Wir sollten also auch fragen, welches Expertentum wir mit den Ärztinnen und Ärzten verbinden und wozu wir diese kostbare Ressource einsetzen wollen. Hier kommen wir zur Frage der Eignung für das Medizinstudium und die Eignung für den Arztberuf.

Himmelrath
Jetzt kommen wir in die spannenden Fragen nach dem Berufsbild, die unserer Diskussion noch eine weitere Facette geben werden.

Marschall
Lassen Sie mich die provokante These aufstellen, dass es vielleicht eine Gestaltung der verschiedenen Ausbildungsebenen (z.B. Versorgung, Forschung, andere Bereiche) geben könnte. Ich halte das für eine Fehlentwicklung. Das Hauptproblem an den Hochschulen liegt vielmehr in der Schaffung eines Absolventen, der als eine „eierlegende Wollmilchsau“ allen Anforderungen gerecht werden soll. Wir könnten als Medizindidaktiker und Spezialisten für medizinische Ausbildung exakt auf den Punkt hin ausbilden, doch dieser Punkt wird uns nicht genannt. Wir müssen stattdessen einen Genera-

listen ausbilden, der Neurochirurg oder Forscher oder hausärztlicher Versorger werden kann. Das alles in einem Studium zu vermitteln, geht nicht, sondern führt zu vollkommener Überforderung. Daher stelle ich bewusst provokant zur Diskussion, ob es nicht sinnvoller wäre, bei Beibehaltung des Primats der Wissenschaftlichkeit einen Studiengang für die hausärztliche Versorgung mit einem gleich hohen wissenschaftlichen Anspruch zu generieren. Dann hätten wir ein wirkliches Ausbildungsziel, auf das wir unsere Didaktik ausrichten könnten, ohne dabei den klassischen Fächerkanon zu sehr zu verlassen. In einem solchen Modell könnten wir die Studierenden als das sehen, was sie nach dem Studium auch werden wollen, nämlich zukünftige niedergelassene Kolleginnen und Kollegen und nicht als den potentiellen Nachwuchs für die eigene Fachdisziplin. Solch ein Gebilde wäre dann auch am tatsächlichen Bedarf konfigurierbar, und wir könnten steuern, bei wie vielen Studienplätzen wie viele Ärzte am Ende herauskommen würden.

Schüttler
Ich verstehe den Sinn der bewussten Provokation. Wir würden aber mit einem derartigen Modell mit dem Feuer spielen, denn wir würden damit die Arztausbildung schon vor der Approbation in verschiedene fachliche Bereiche aufgliedern. Solch ein Modell bringt uns nicht weiter, denn die Weiterbildungshoheit liegt bei den Kammern. Wir müssen mit dem Studium die optimale Arztpersönlichkeit ausbilden, die sich dann einer Weiterbildung unterzieht. Diese Ausbildung ist optimierbar, das haben die Skills Labs, die Schauspielpatienten oder die Einführung der Simulatoren gezeigt. Dort besteht noch Handlungsbedarf. Eine Differenzierung so, wie vorgeschlagen, wäre der falsche Weg.

Salhöfer
Das vorgeschlagene Modell fällt noch hinter die Schilderordnung von 1924 (Richtlinien beschlossen vom 43. Deutschen Ärztetag in Bremen am 21. Juni 1924) zurück, als erstmals Fachärzte und deren Kompetenzen und Zuständigkeiten festgelegt wurden. Ein derartiges Zergliedern des Medizinstudiums geht aus meiner Sicht gar nicht, denn Allgemeinmediziner müssen so gut ausgebildet sein, dass sie eine Sortierfunktion ausüben und nur diejenigen Patienten zu einem Facharzt schicken, die auch tatsächlich von einem solchen behandelt werden müssen.

Marschall
Es war definitiv nicht der Ansatz, hier einem „Barfußarzt“ oder einer schlechteren Ausbildung für Allgemeinärzte das Wort zu reden, sondern im Gegenteil hier eine Fokussierung unter Beibehaltung des hohen wissenschaftlichen Niveaus einzuführen.

Salhöfer
Wäre es anstelle dieses provokanten Vorschlages nicht konstruktiver, das heutige Curriculum auf ein Kerncurriculum zu reduzieren, welches jeder Studierende absolvieren muss. Darauf setzt sich ein Neigungscurriculum auf, in dem die Fakultäten spezielle

Tracks anbieten können, die sich jeder Studierende nach seiner Neigung auswählen kann. So könnte es einen „Primary Care Track“ oder einen „Scientific Track“ oder Tracks für spezielle Fachgebiete geben. Damit hätten wir bereits im Studium eine Schwerpunktsetzung, die der persönlichen Profilierung dient, ohne die Medizinerausbildung in eine Zwei- oder gar Drei-Klassen-Gesellschaft zu überführen.

Fleig
Wir sollten die Ausbildung und Weiterbildung nicht miteinander vermischen, denn das sind zwei unterschiedliche Dinge. Ich möchte Herrn Uhlig beipflichten, denn ich finde es erstaunlich, dass ein derartiger Druck von der Politik auf die Medizin ausgeübt wird, um von den Defiziten des Systems insgesamt abzulenken. Jeder Mediziner weiß, dass eine arterielle Blutung nicht dadurch gestillt wird, dass noch weitere 20 Blutkonserven transfundiert werden, sondern man die Ursache beheben muss. Es haben sich in den letzten 20 bis 30 Jahren so viele eklatante Mängel im Gesundheitssystem angehäuft, das ist z.B. das Bedarfsverhalten der Patienten, welches durch uns Ärzte aber auch angeheizt wird, das sind die Imbalancen durch die Sektorentrennung. Das sind aber alles Themen der Politik und Themen für die Politik, die mit Blick auf die nächsten anstehenden Wahlen aber so nicht gesehen werden (wollen). Wir müssen uns als Medizin diesem Druck stellen, ihn aber, wo es nötig ist, auch abwehren. Mehr Studierende sind nicht das Heilmittel für die Schwächen des Systems, sondern stabilisieren seine Schwächen. Dies sollten wir nicht tun.

Jünger
Ich möchte Frau Weber widersprechen, wenn sie sagt, dass ein Arzt keine seelsorgerischen Kompetenzen brauchen würde. Gerade bei multimorbiden oder schwerkranken Patienten ist ein hinreichendes Maß an Zuwendung unbedingt erforderlich. Nur, wenn sie den Patienten auch erreichen, wird er ihre Therapie einhalten oder seine Medikamente auch richtig einnehmen. Wir brauchen daher Ärztinnen und Ärzte, die hoch wissenschaftlich ausgebildet sind und auf alle Datenbanken und Informationsquellen zurückgreifen können, aber das für die Therapie Wichtige dem Patienten auch vermitteln können.

Ich unterstütze die Überlegung von Herrn Salhöfer, dass wir mehr Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung brauchen. Das können wir nicht nur den Pädagogen überlassen, denn Medizin ist eine soziale Wissenschaft. Wir dürfen nicht der Politik allein die Gestaltung des Gesundheitssystems überlassen, sondern müssen konstruktiv Vorschläge unterbreiten, wie es z.B. gelingen kann, die Bevölkerung so zu informieren, dass nicht bei banalen Beschwerden sofort der Notdienst gerufen wird.

In den Prüfungen geht es nicht nur um das Prüfen von Fachwissen, sondern auch um die kritische Indikationsstellung. Sie können als Fakultäten dann dazu beitragen, dass die Absolventen in der Lage sind, sich dem ökonomischen Druck zu widersetzen, wenn medizinische Aspekte eine andere Entscheidung fordern. Wir müssen von der eindi-

mensionalen Betrachtung abkehren und an verschiedenen Punkten ansetzen. Wir sollten aufhören, uns gegenseitig den Buhmann zuzuschieben.

Weber
Ich wollte hier nicht sozial-kommunikative Fähigkeiten als unwichtig darstellen. Sie sind natürlich ein wesentliches Element ärztlicher Kompetenz. Allerdings scheint es mir, als würden diese Fähigkeiten gegenüber den fachlichen Kompetenzen zu sehr in den Vordergrund gestellt. Wenn der Anspruch der Erwartungen an einen Arzt jetzt zu sehr in Richtung der sozial-kommunikativen Fähigkeiten gedreht wird, entsteht ein Zerrbild, welches den Eindruck erweckt, dass wir seit Jahrzehnten falsche Mediziner ausbilden würden.

Förstermann
Es scheint nach wie vor kontrovers, ob es einen absoluten Ärztemangel gibt. Konsens dagegen herrscht hinsichtlich der Feststellung, dass es eine Fehlverteilung der Ärztinnen und Ärzte gibt. Ich habe in der vergangenen Diskussion noch keine Überlegung dazu gehört, wie man die Fehlverteilung beheben will. Welche Konzepte gibt es dazu?

Matheis
Das ist ein Problem des ländlichen Raumes, welches nicht nur die ärztliche Versorgung betrifft. Der Supermarkt, die Drogerie, die Apotheke oder die Filiale einer Sparkasse oder Bank schließen und werden in die nächst größere Stadt verlagert. Der öffentliche Personennahverkehr ist im ländlichen Raum problematisch geworden. Ich habe schon vor geraumer Zeit darauf hingewiesen, dass hier die Kommunen gefordert sind, die Infrastruktur für die ärztliche Versorgung zur Verfügung zu stellen.

Es gibt das abgegriffene Beispiel des evangelischen Pastors, der in eine Kirchgemeinde kommt und dort ein beheiztes Pfarrhaus vorfindet – damit ist er ausreichend ausgestattet. Für den Arzt ist dieser Schritt mit einem hohen wirtschaftlichen Risiko verbunden, denn selbst wenn ihm die Kommune ein Gebäude oder eine Räumlichkeit als Praxis stellt, bleibt ihm immer noch die Aufgabe, diese Praxis mit Technik und Personal auszustatten und ökonomisch erfolgreich zu betreiben. Die Kommune muss ihm die Sorgen vor einem ökonomischen Bankrott nehmen. Dazu gibt es in Rheinland-Pfalz bereits Modelle. Ich fahre persönlich in solche Gemeinden und überzeuge mich von der Umsetzbarkeit der Konzepte und werbe auch dafür. Es ist aber viel zu wenig, und die Politik ist hier am Zug, diese Modelle aufzugreifen.

Krankenhäuser, die durchgängig rote Zahlen schreiben, müssen so umgestaltet werden, dass die Sektorengrenzen fallen und nicht mehr die Frage einer entweder nur stationären oder nur ambulanten Betreuung steht. Dorthin müssen Fachärzte, die entsprechende Strukturen bereitgestellt bekommen. Damit könnte man das Problem der Fehlverteilung zumindest partiell lösen. Solange die Politik aber darauf nicht reagiert, wird sich das Problem verschärfen.

Schüttler
Wir hätten vieles von dem, was wir heute beklagen oder als großes Problem beschreiben müssen, vermeiden können, wenn wir – und auch das mag jetzt wieder etwas provokant klingen – Anfang der 1990er Jahre das Sinnvolle aus der Gesundheitsversorgung in der DDR nicht so systematisch beseitigt hätten. Zu Zeiten der DDR hat der Bürger im Kindergarten, in der Grundschule, in der Abiturphase, während der Berufsausbildung oder des Studiums immer wieder gelernt, wie die Herz-Lungen-Wiederbelebung funktioniert oder Erste Hilfe geleistet wird. Es war ein ganz anderes Verständnis dafür da, wann welches Element der Gesundheitsversorgung in Anspruch zu nehmen ist. Ich habe vergebens mit einigen anderen Kollegen, auch aus Mainz, für die Erhaltung der guten Elemente jener Gesundheitsversorgung gekämpft, doch es ist alles verschwunden. Man sollte sich manchmal auch an die eigene Nase fassen und fragen, was die Ärzteschaft selbst dazu beigetragen hat, dass wir in vielen Bereichen der Gesundheitsversorgung zehn Jahre und länger hinter den Amerikanern zurück sind.

Matheis
Ein Punkt ist noch gar nicht benannt worden, der auch auf dem letzten Ärztetag eine Rolle spielte, das sind die DRG. Das DRG-System besteht nun bereits 15 Jahre. Wenn wir ganz ehrlich sein würden, müssten wir es wieder abschaffen. Das DRG-System drückt uns sehr, insbesondere die Krankenhäuser im ländlichen Raum, von denen viele am wirtschaftlichen Abgrund stehen. Wir generieren Kataloge und Prozeduren oder zählen Beatmungsstunden. Diese Dinge gehören auf den Plan und auch hier ist wieder die Politik gefordert. Wir müssen bei ehrlicher Betrachtung feststellen, dass die Entwicklung der DRG in großen Teilen deletär verlaufen ist.

Gold
Ich schlage vor, dass die Kammern und KVen durch lokale Anreizsysteme dafür sorgen sollten, dass Ärztinnen und Ärzte dorthin gehen, wo sie auch gebraucht werden. Wenn man allein die Absolventenzahlen der doppelten Studierendenjahrgänge betrachtet, bräuchte man keine Zweitcampus, um der Forderung nach einem Mehr an Absolventen zu entsprechen. Es ist erstaunlich, wie sich die Politik gegen solche einfachen Maßnahmen wehrt.

Himmelrath
Wenn ich die Überlegungen richtig verstehe, so ziehen wir doch den Schluss, dass wir gegenüber der Politik einen sinnvollen Widerstand gegen das entwickeln müssen, was von dort als Studienreformkonzept kommt. Wir müssen eigene Konzepte dagegensetzen und selbst Druck aufbauen, damit die Politik einmal anders handelt. Als Abschlussfrage in die Runde: Wo sind die Stellschrauben, an denen wir als Medizin drehen sollten? Was wäre der nächste Schritt, um die Politik in eine bestimmte Richtung treiben zu können?

Matheis
Ich würde die Bedarfsplanung auf den Prüfstand stellen. Die Sektorengrenzen müssen sehr genau betrachtet werden. Auch das DRG-System gehört auf den Prüfstand.

Schüttler
Wie soll man die Politik beeinflussen? In den rural areas ist die Stimmung aggressiv und verzweifelt, wie ich bei einer Podiumsdiskussion in Lichtenfels, an der die Vertreter der Lokalpolitik teilnahmen, selbst erleben konnte. Es ist sehr schwierig, dort mit rationalen Argumenten zu kommen, wenn der Oberbürgermeister von Kulmbach einen Vertrag mit der Universität Krems präsentiert und verkündet, dass nun in Kulmbach eine Medizinerausbildung stattfinden wird, die den Ärztemangel in der Region behebt. Wir können uns gegenwärtig diesem Druck nicht verschließen und müssen versuchen, die Politik zu sinnvollem Vorgehen zu überzeugen. Es wird uns nicht helfen, wenn wir die neuen Campus-Ideen rundheraus ablehnen.

Salhöfer
Ich glaube, dass wir uns zusammenschließen und zu einem gemeinsamen Widerstand formieren sollten, schon, um zu verhindern, dass einer gegen den anderen ausgespielt werden kann. Es wäre schädlich, könnte man die sozial orientierten gegen die medizinisch orientierten Studiengänge oder die Modellstudiengänge gegen die Regelstudiengänge aufbringen. Wir brauchen den Zusammenhalt der Universitätsmedizin gemeinsam mit den Studierenden, den Ärztekammern und den KVen. Wir können auch nicht aneinander vorbei entscheiden, denn einer muss am Ende die Dinge umsetzen.

Man muss die Politik dazu drängen, unbequeme Entscheidungen zu treffen. Wir schauen gern ins Ausland und finden z.B. die Gesundheitsversorgungsmodelle in Skandinavien sehr gut, scheuen uns aber davor, sie in Deutschland einzuführen. Ein Schließen von Krankenhäusern, was ökonomisch und aus Versorgungssicht sicherlich vernünftig wäre, scheitert am Widerstand der Landräte, die ihr kleines Krankenhaus behalten wollen, auch wenn sie sich darin niemals behandeln lassen würden. Damit könnte man aber sowohl den Mangel an Ärzten als auch den Mangel an Pflegekräften bekämpfen.

Weber
Wir haben es in der Medizin mit der Politik auf ganz unterschiedlichen Ebenen und mit unterschiedlichen Ressorts zu tun. Die Gesundheitspolitik gehört daher zu den Gebieten, die auf unterschiedliche Weise anzugehen sind. Dabei stimme ich den Vorschlägen für gemeinsame Aktionen aller Beteiligten uneingeschränkt zu. Wie differenziert und auch kleinteilig die politischen Stellschrauben sind, zeigt ein aktuelles Beispiel: Wenn z.B. die Stiftung für Hochschulzulassung nicht in der Lage ist, ein adäquates Eignungssystem für die Studienzulassung zum vorgegebenen Termin technisch umzusetzen, droht uns bei der Zulassung ein Chaos. Das soll deutlich machen, auf wie

vielen Ebenen wir gegenüber der Politik aktiv werden müssen und wo wir rechtzeitig Widerstand leisten müssen.

Himmelrath
Wir nehmen das als Schlusswort, welches einerseits pessimistisch ist, andererseits aber zeigt, dass wir aktiv werden und Wege der Zusammenarbeit finden müssen. Ich danke Ihnen für die gegebenen Einblicke. Es war nicht zu erwarten, dass wir in dieser einen Stunde ein Rezept entwickeln können. Wir haben aber die eine oder andere Anregung gefunden, die es lohnt, darüber weiter zu diskutieren und nachzudenken.
Herzlichen Dank an Frau Weber und die Herren dieser Runde!

Schlussworte und Ankündigung des oMFT 2019

Prof. Dr. Ulrich Förstermann
Wissenschaftlicher Vorstand der Universitätsmedizin der
Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
meine Damen und Herren,

bevor unser Präsident, Heyo Kroemer, das offizielle Schlusswort an Sie richten wird, möchte ich noch wenige Sätze sagen.

Es war eine Freude, Sie hier zu haben. Die große Zahl der noch Anwesenden ist ein Zeugnis dafür, dass die Veranstaltung interessant war und Viele mitgenommen hat. Ich hatte das Gefühl, dass die Gespräche und Diskussionen sehr lebendig waren. Es hat viel Freude gemacht.

Herzlichen Dank!

Ich möchte aber die Gelegenheit nutzen und Frau Arnold stellvertretend für mein hiesiges Team, welches die lokale Technik betreut hat und die lokale Organisation vornahm, ganz herzlich für ihren hervorragenden Einsatz danken.

Krbemer
Göttingen

Prof. Dr. Heyo K. Kroemer
Präsident des MFT, Göttingen

Meine Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

damit geht nun der 79. Ordentliche Medizinische Fakultätentag unwiderruflich zu Ende. Nach dieser exzellent moderierten Diskussion habe ich den Eindruck, dass wir auch noch bis zum Abend hier sitzen und intensiv weiterdiskutieren könnten.

Unser Programm war durch gute Diskussionen gekennzeichnet. Sie haben deutlich gemacht, dass es trotz aller Suggestionen aus dem politischen Raum für keines der angesprochenen Probleme eine einfache Lösung geben kann. Der Landarztmangel kann nicht dadurch behoben werden, dass angeordnet wird, dass in Zukunft Landärzte verfügbar sein werden. Auch der Landarztmangel stellt sich als ein komplexer Tatbestand, wie fast alles in der Medizin dar.

Wir sollten uns die Fähigkeit bewahren, diese Probleme miteinander kontrovers, aber letztendlich konstruktiv zu besprechen. Ich denke, dass das die einzige Möglichkeit ist, durch diese schweren Zeiten gut hindurch zu kommen.

Insgesamt hat mir dieses Meeting wirklich sehr gut gefallen. Es hatte sehr viele Facetten. Es hat aber auch damit zu tun, dass viele Kolleginnen und Kollegen an der Vorbereitung beteiligt waren. Ich danke an dieser Stelle unserem Gastgeber hier in Mainz, Herrn Kollegen Förstermann. Ich danke aber auch unserem Generalsekretär, Frank Wissing, und den Mitarbeitern der MFT-Geschäftsstelle, Frau Dölling, Herrn Heroven, Herrn Blomberg und Frau Lemcke, die gemeinsam mit den Mainzer Kolleginnen und Kollegen diesen 79. Ordentlichen Medizinischen Fakultätentag so exzellent organisiert haben.

Wir werden in einem Jahr am Fronleichnamstag wieder einen Medizinischen Fakultätentag haben, der in Tübingen stattfinden wird. Daher hat Ingo Autenrieth als Dekan der Medizinischen Fakultät in Tübingen nun das allerletzte Wort.

Ich wünsche allen eine gute Heimfahrt.

Prof. Dr. Ingo Autenrieth
Dekan der Medizinischen Fakultät Tübingen

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

ich darf Sie ganz herzlich nach Tübingen, dann zum 80. Ordentlichen Medizinischen Fakultätentag einladen. Unsere Universität in Tübingen ist genau so alt wie die in Mainz, beide Universitäten wurden 1477 gegründet.

Der Vorschlag, den oMFT in Tübingen abzuhalten, hatte zunächst einige Überlegungen hinsichtlich der Erreichbarkeit des Tagungsortes ausgelöst. Ich kann Sie aber beruhigen, denn seit Kurzem ist Tübingen auch in Google Maps erfasst. Ich kann Sie weiterhin darüber informieren (und das tue ich nun mit einem Augenzwinkern), dass unsere Kliniken und Hotels über fließendes Wasser und elektrischen Strom verfügen und die Verpflegung gesichert ist. Auch die Barrierefreiheit ist kein Problem, denn wir können alles – außer Hochdeutsch.

Tübingen ist die schwäbische Landesuniversität. Wir werden Ihnen zum nächsten oMFT ein aktuelles hochschulpolitisches Programm, aber auch ein interessantes wissenschaftliches Programm bieten können.

Wir freuen uns auf Ihren Besuch!

Die Einladung wird von den Anwesenden mit Beifall angenommen.

Mit dem Aussprechen der Einladung ist der Ordentliche Medizinische Fakultätentag 2018 beendet.

Prof. Dr. Heyo K. Kroemer
Präsident des MFT

Prof. Dr. Frank Richter
Schriftführer des 79. oMFT

Mitgliederversammlung des 79. Ordentlichen Medizinischen Fakultätentages*

An der Mitgliederversammlung nahmen Vertreter der Medizinischen Fakultäten und Fachbereiche der Bundesrepublik Deutschland teil. Nicht vertreten waren die Fakultäten Düsseldorf und Homburg/Saar.

Der Präsident des MFT legte den Rechenschaftsbericht vor und informierte über die Aktivitäten des MFT in der vergangenen Tätigkeitsperiode sowie über Planungen und Vorhaben für das neue Geschäftsjahr.

Der Bericht des Schatzmeisters und der Kassenprüfer für das abgelaufene Geschäftsjahr wurden entgegengenommen. Das Präsidium wurde für die vergangene Geschäftsperiode entlastet.

Der Haushaltsplan des MFT für das Geschäftsjahr 2019 wurde vorgestellt und beschlossen.

Die Teilnehmer der Mitgliederversammlung diskutierten die Themen:

- Einrichtung einer NKLM-Geschäftsstelle beim Medizinischen Fakultätentag,
- VUD-MFT-Digital GbR,
- Aktueller Stand Masterplan Medizinstudium 2020,
- Neue zahnärztliche Approbationsordnung,
- Delegiertensystem AG Lehre,
- Beteiligung Medizinischer Fakultäten am CHE-Ranking.

Die Amtszeit von Prof. Dr. Heyo K. Kroemer (Göttingen) als Präsident des MFT endete satzungsgemäß. Prof. Dr. Heyo K. Kroemer wurde für die Dauer von drei Jahren erneut zum Präsidenten des MFT gewählt.

Die Mitgliedschaften im MFT-Präsidium von Prof. Dr. Ingo Autenrieth (Tübingen), Prof. Dr. Josef Pfeilschifter (Frankfurt am Main) und Prof. Dr. Stefan Uhlig (Aachen) endeten satzungsgemäß. Prof. Pfeilschifter kandidierte nicht erneut. Der Präsident des MFT verabschiedete ihn aus dem MFT-Präsidium und dankte für die jahrelange fruchtbringende Arbeit. Prof. Dr. Ingo Autenrieth und Prof. Dr. Stefan Uhlig wurden für die Dauer von drei Jahren erneut zum Mitglied des MFT-Präsidiums gewählt. Prof. Dr. Mathias Herrmann (Münster) wurde zum neuen Mitglied des MFT-Präsidiums gewählt.

---

* Das Protokoll der Mitgliederversammlung wird den Mitgliedsfakultäten als gesonderter Text übersandt.

Die Mitgliedschaft von Prof. Dr. Peter Dieter (Berlin) im Vorstand der Akademie für Ausbildung in der Hochschulmedizin (AHM) endete gemäß Geschäftsordnung. Prof. Dieter kandidierte nicht erneut. Der Präsident des MFT verabschiedete ihn und dankte ihm für seine langjährige Arbeit. Prof. Dr. Stefan Uhlig (Aachen) wurde zum neuen Mitglied des AHM-Vorstandes gewählt.

Teilnehmer des 79. Ordentlichen Medizinischen Fakultätentages

Präsidium des Medizinischen Fakultätentages

Prof. Dr. Heyo K. **Kroemer**
MFT-Präsident und Sprecher des Vorstands, Vorstand Forschung und Lehre und Dekan der Universitätsmedizin Göttingen

Prof. Dr. Matthias **Frosch**
MFT-Vizepräsident und Dekan der Medizinischen Fakultät der Julius-Maximilians-Universität Würzburg

Prof. Dr. Dr. h.c. Jürgen **Schüttler**
MFT-Schatzmeister und Dekan der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Dr. Frank **Wissing**
MFT-Generalsekretär, Berlin

Prof. Dr. Ingo **Autenrieth**
Dekan und Vorsitzender der Medizinischen Fakultät der Eberhard Karls Universität Tübingen

Prof. Dr. Michael **Gekle**
Dekan der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Prof. Dr. Reinhard **Hickel**
Dekan der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München

Prof. Dr. Kerstin **Krieglstein**
Dekanin der Medizinischen Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Prof. Dr. Josef **Pfeilschifter**
Dekan des Fachbereichs Medizin der Goethe-Universität Frankfurt

Prof. Dr. Stefan **Uhlig**
Dekan der Medizinischen Fakultät der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen

Teilnehmer der Fakultäten und Gäste

Dr. Olaf **Ahlers**, Oberarzt der Klinik für Anästhesiologie, Charité - Universitätsmedizin Berlin

Bettina **Armbruster**, Stellvertretende Fakultätsgeschäftsführerin und Fachbereichsleitung, Medizinische Fakultät, Albert- Ludwigs-Universität Freiburg

Jana **Aulenkamp**, Präsidentin, bvmd e.V., Bochum

Dr. Ulf **Bade**, Geschäftsführer, Stiftung für Hochschulzulassung, Dortmund

Prof. Dr. Christopher **Baum**, Präsident, Medizinische Hochschule Hannover

Prof. Dr. Max P. **Baur**, Vorstandsvorsitzender, Wissenschaftlicher Vorstand/Dekan, Universitätsmedizin Greifswald

Dr. Yasmin **Bayer**, Leiterin des Studiendekanats, Medizinische Fakultät, Julius-Maximilians-Universität Würzburg

Dr. Kim Björn **Becker**, Politischer Redakteur, Frankfurter Allgemeine Zeitung, Frankfurt am Main

Nicola **Beer,** MdB, FDP-Generalsekretärin, Mitglied im Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung des Deutschen Bundestages, Frankfurt am Main

Prof. Dr. Klaus **Benndorf**, Dekan und Wissenschaftlicher Vorstand, Dekanat, Medizinische Fakultät, Jena

Florian **Benner**, Wiss. Mitarbeiter mit Schwerpunkt Hochschulmedizin, HIS-Institut für Hochschulentwicklung e.V., Hannover

Patrik **Benzler**, Leitung Referat Medizinstudium und ärztliche Weiterbildung, Hartmannbund, Berlin

Dr. Antje **Beppel**, Referentin, Bundesministerium für Gesundheit, Bonn

Prof. Dr. Pascal **Berberat**, Direktor TUM MEC, Klinikum rechts der Isar, München

Dr. Rolf **Blasberg**, AG Kapazitätsrecht des MFT, Universitätsmedizin, Mainz

Richard **Blomberg**, Referent, MFT Medizinischer Fakultätentag e.V., Berlin

Prof. Dr. Tobias **Böckers**, Studiendekan Medizin, Universität Ulm

Prof. Dr. Dirk **Böhmann**, Justitiar, Deutscher Hochschulverband, Bonn

Kirsten **Borst**, Referentin des Dekans, Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle/Saale

Dr. Peter **Brand**, Geschäftsführer Studiendekanat, Universitätsklinikum Jena

Dr. Holger **Buggenhagen**, Leiter, Rudolf Frey Lernklinik, Universitätsklinikum Mainz

Stefanie **Busch**, Referatsleiterin A4, Hochschulrektorenkonferenz, Bonn

Jens **Bussmann**, Stellvertretender Leiter der Geschäftsstelle, Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (VUD), Berlin

Peter Jan **Chabiera**, Vizepräsident für Externes, Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd), Freiburg

Dr. Ulrich **Clever**, Präsident, Landesärztekammer Baden-Württemberg, Stuttgart

Burkhard **Danz**, Geschäftsbereichsleiter für Studium und Lehre, Charité - Universitätsmedizin Berlin

Burkard **Daume**, Geschäftsführung, Dekanat Fachbereich Medizin, Philipps-Universität Marburg

Prof. Dr. Peter **Dieter**, Präsident, The Association of Medical Schools in Europe (AMSE), Berlin

Dr. Corinne **Dölling**, Referentin, MFT Medizinischer Fakultätentag e.V., Berlin

Prof. Dr. Christof **Dörfer**, Leiter der Abteilung Zahnerhaltungskunde und Parodontologie, Universitätsklinikum Schleswig Holstein, Kiel

Dr. Carsten **Dose**, Referatsleiter Hochschulmedizin, Ministerium für Wissenschaft und Kunst Baden-Württemberg, Stuttgart

Prof. Dr. Andreas **Draguhn**, Studiendekan, Medizinische Fakultät Heidelberg, Universität Heidelberg

Prof. Dr. Hans **Drexler**, Studiendekan, Medizinische Fakultät, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

PD Dr. Roman **Duelli**, Leiter Studiendekanat, Medizinische Fakultät Heidelberg, Universität Heidelberg

Prof. Dr. Michael **Ehrenfeld**, Studiendekan Zahnmedizin, LMU München

PD Dr. Michael **Eiselt**, Geschäftsführer, Medizinische Fakultät, Universitätsklinikum Jena

Frederike **Enders**, Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Deutscher Bundestag, MdB Dr. Karamba Diaby, Berlin

Ines **Engelmohr**, Landesärztekammer Rheinland-Pfalz, Mainz

Christian **Epp**, Wiss. Referent Dekan/Leiter Referat Zentrale Aufgaben, Medizinische Fakultät, LMU München

Prof. Dr. Martin **Fischer**, Institutsdirektor, Institut für Didaktik und Ausbildungsforschung in der Medizin, LMU München

PD Dr. Volkhard **Fischer**, Bereichsleiter Evaluation & Kapazität, Medizinische Hochschule Hannover

Prof. Dr. Wolfgang **Fleig**, Medizinischer Vorstand, Universitätsklinikum Leipzig

Anja **Flender**, Geschäftsführerin, Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V., Berlin

Dr. Jörg **Föh**, Referatsleiter, Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren, Kiel

Prof. Dr. Ulrich **Förstermann**, Wissenschaftlicher Vorstand und Dekan, Universitätsmedizin Mainz

Prof. Dr. Roland **Frankenberger**, Studiendekan Medizin/Zahnmedizin, Philipps-Universität Marburg

Ulrike **Freidinger**, Geschäftsführerin, Medizinische Fakultät, Universität des Saarlandes, Homburg

Dr. Harald M. **Fritz-Joas**, Leiter Geschäftsbereich Studium und Lehrentwicklung, Medizinische Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg, Mannheim

Prof. Dr. Thomas **Frodl**, Studiendekan, Medizinische Fakultät, Otto von Guericke Universität, Magdeburg

Dr. Melanie **Gahrau**, Referatsleiterin, Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur MV, Schwerin

Dr. Kirsten **Gehlhar**, Leiterin Studiendekanat, stellv. Studiendekanin, Carl von Ossietzky Universität, Oldenburg

Prof. Dr. Ferdinand **Gerlach**, Vorsitzender des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Bonn

Dr. Gabriele **Gerlach**, Forschungsreferentin, Medizinische Fakultät, Julius-Maximilians-Universität Würzburg

Dr. Marianne **Giesler**, Leiterin des Kompetenzzentrums Evaluation in der Medizin Baden-Württemberg, Medizinische Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Dr. Rainer **Girgenrath**, Abteilungsleiter, Bereich Gesundheit, Abteilung Klinische Forschung, Universitätsmedizin, Digitale Gesundheit, DLR-PT, Bonn

Prof. Dr. Matthias **Girndt**, Studiendekan, Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle/Saale

Rilana **Glaschick**, Leiterin Koordinierungsstelle, Universitätsklinikum Heidelberg

Prof. Dr. Ralf **Gold**, Dekan, Medizinische Fakultät der Ruhr-Universität, Bochum

Prof. Dr. Hans J. **Grabe**, Studiendekan, Universitätsmedizin Greifswald

Prof. Dr. Klaus **Grätz**, Fortbildungsbeauftragter, UniversitätsSpital Zürich

Jan **Griewatz**, Stellvertreter Leitung, Kompetenzzentrum für Hochschuldidaktik in Medizin Baden-Württemberg, Tübingen

Prof. Dr. Orlando **Guntinas-Lichius**, Studiendekan, Medizinische Fakultät, Friedrich-Schiller-Universität Jena

Prof. Dr. Andreas H. **Guse**, Prodekan für Lehre, Medizinische Fakultät, UKE Hamburg

Mike **Haensel**, Leiter Prozessmanagement, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus, Technische Universität Dresden

Prof. Dr. Petra **Hahn**, Leiterin Studiendekanat, Medizinische Fakultät, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Miriam **Halle**, Mitarbeiterin Dekanat, Universitätsmedizin Greifswald

Helene **Hamm**, Referatsleiterin, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW, Düsseldorf

Prof. Dr. Wolfgang **Hampe**, Leitung Studierendenauswahl, UKE Hamburg-Eppendorf

Dr. Alexander **Hanspach**, Geschäftsführer, Medizinische Fakultät, Universität Duisburg-Essen

Dr. Kathrin **Happe**, Stellvertretende Leiterin Abteilung Wissenschaft-Politik-Gesellschaft, Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina, Halle/Saale

Dr. Stefanie **Hauser**, Lehrkoordinatorin Biochemie, Lehrstuhl für Entwicklungsbiochemie, Julius-Maximilians-Universität Würzburg

Prof. Dr. Lutz **Hein**, Studiendekan Medizin, Medizinische Fakultät, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Dr. Peter **Heinz**, Vorsitzender des Vorstands, Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz, Mainz

Elisabeth **Helbig**, Junior HR Manager, miamed GmbH, Mainz

Rudolf **Henke**, MdB, Mitglied im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages, Aachen

Dr. Rolf **Hennighausen**, AWMF-Delegierter der DGVM (Deutsche Gesellschaft für Verkehrsmedizin), Deutsche Gesellschaft für Verkehrsmedizin (DGVM), Homberg

Prof. Dr. Peter **Henningsen**, Dekan, Fakultät für Medizin, Technische Universität München

Susanna **Henschke**, Leiterin des Studiendekanats, Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle/Saale

Dr. Heidrun **Hermecke**, Referentin des Dekans, Medizinische Fakultät, Otto-von-Guericke-Universität, Magdeburg

Jan Philipp **Heroven**, Referent, MFT Medizinischer Fakultätentag e.V., Berlin

Prof. Dr. Mathias **Herrmann**, Dekan, Medizinische Fakultät, Westfälische Wilhelms-Universität Münster

Dr. Anne **Herrmann-Werner**, Oberärztin, UKT - Medizinische Klinik VI/Psychosomatik, Tübingen

Armin **Himmelrath**, Wissenschaftsjournalist, Köln

Dr. Jürgen **Hippchen**, Geschäftsführer des Ressorts Forschung und Lehre der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Milena **Höcht**, Juniorreferentin, MFT Medizinischer Fakultätentag e.V., Berlin

Dr. Anke **Hollinderbäumer**, Wiss. Mitarbeiterin, Institut für Medizinische Epidemiologie, Biometrie und Informatik, Universitätsmedizin Mainz

Prof. Dr. Stefan **Höning**, Zulassungsreferent, Studienkommission, Evaluation Studiengang Humanmedizin, Institut für Biochemie, Medizinische Fakultät, Universität zu Köln

Prof. Dr. Claudia **Hornberg**, Universitätsprofessorin, Universität Bielefeld

Bettina **Jorzik**, Programmleiterin Lehre, Akademischer Nachwuchs, Stifterverband, Essen

Prof. Dr. Christoph **Josten**, Geschäftsführender Direktor der Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Plastische Chirurgie, Universitätsklinikum Leipzig

Prof. Dr. Britta **Jung**, Studiendekanin Zahnmedizin, Universitätsklinikum Freiburg

Prof. Dr. Jana **Jünger**, Direktorin, Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen, Mainz

Prof. Dr. Ingo **Just**, Studiendekan, Medizinische Hochschule Hannover

Prof. Dr. Martina **Kadmon**, Gründungsdekanin, Medizinische Fakultät, Universität Augsburg

Dieter **Kaufmann**, Kanzler, Universität Ulm

Dr. Tobias C. **Kerscher**, Leiter Referat Vorstand, Universitätsmedizin Göttingen

Prof. Dr. Marion **Kiechle**, Staatsministerin, Bayerisches Staatsministerium für Wissenschaft und Kunst, München

Prof. Dr. Ferdinand **Kirchhof**, Vizepräsident, Bundesverfassungsgericht, Karlsruhe

Dr. Annette **Klepper**, Fakultätsgeschäftsführerin, Medizinische Fakultät, Eberhard Karls Universität Tübingen

PD Dr. Thomas **Klöss**, Ärztlicher Direktor und Vorsitzender des Klinikumsvorstands, Universitätsklinikum Halle/Saale

Dr. Hannah **Klumpp**, Stellvertretende Abteilungsleiterin, Abteilung Studium und Lehre, Universitätsmedizin Mainz

Prof. Dr. Dr. Uwe **Koch-Gromus**, Dekan, Medizinische Fakultät, Universität Hamburg

Ingo **Köhler**, Geschäftsführer, ECONUM Unternehmensberatung GmbH, Ludwigsburg

Prof. Dr. Dr. Klaus **Kohse**, Studiendekan, Fakultät für Medizin und Gesundheitswissenschaften, Universität Oldenburg

Heike **Koll**, Geschäftsführerin, Medizinische Fakultät, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Peer **Köpf**, Stellvertretender Geschäftsführer Dezernat I, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Berlin

David **Kotecki**, Referatsleiter Referat 21, Stiftung für Hochschulzulassung, Dortmund

Prof. Dr. Georg **Krausch**, Präsident, Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Julian **Krause**, Projektleiter, HIS-Institut für Hochschulentwicklung e.V., Hannover

Prof. Dr. Michael **Kühl**, Studiendekan Molekulare Medizin, Universität Ulm

Dr. Susanne **Kühl**, Lehrbeauftragte, Institut für Biochemie und Molekulare Biologie, Universität Ulm

Dr. Sandra **Kurz**, Leiter Medizindidaktikprogramm, Lernklinik, Universitätsmedizin Mainz

Prof. Dr. Birgitta **Kütting**, Leiterin Fachbereich Medizin und Ständige Vertreterin der Direktorin, Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen, Mainz

Dr. Ruth **Lagies**, Assistenzärztin, Universitätsklinik Bonn

Dr. Maria **Lammerding-Köppel**, Leitung, Kompetenzzentrum für Hochschuldidaktik in Medizin Baden-Württemberg, Tübingen

Dr. Maximilian **Lang**, Leiter des Referats für Struktur- und Grundsatzfragen im Klinikbereich, Bayerisches Staatsministerium für Wissenschaft und Kunst, München

Marie **le Claire**, Kaufmännischer Vorstand, Universitätsmedizin Greifswald

Dr. Dietmar **Leitner**, Referent, Ludwig-Maximilians-Universität, München

Katharina **Lemcke**, Teamassistentin, MFT Medizinischer Fakultätentag e.V., Berlin

Dr. Reinhard **Lohölter**, ehem. Geschäftsführer des Dekanats, Goethe-Universität Frankfurt

Eva **Lück-Roeder**, Gruppenleiterin Hochschulmedizin, Ministerium für Kultur und Wissenschaft, Düsseldorf

Prof. Dr. Ralph G. **Luthardt**, Ärztlicher Direktor, Klinik für Zahnärztliche Prothetik, Uniklinikum Ulm

Richard **Lux**, Mainz

Verena **Mann**, Stellvertretende Abteilungsleiterin, Abteilung Budgetmanagement, Controlling und Drittmittel/-verträge, Universitätsmedizin Mainz

Dr. Nora **Manzke**, Forschungsreferentin, Medizinische Fakultät, Universität Duisburg-Essen

Prof. Dr. Bernhard **Marschall**, Studiendekan, Medizinische Fakultät, Westfälische Wilhelms-Universität Münster

Dr. Günther **Matheis**, Präsident, Landesärztekammer Rheinland-Pfalz, Mainz

Petra **Meinhardt**, Leiterin des Referats für Studienangelegenheiten, Charité - Universitätsmedizin Berlin

Prof. Dr. Michael D. **Menger**, Dekan, Medizinische Fakultät, Universität des Saarlandes, Homburg

Fabian **Michelson**, Mitarbeiter Vertragsmanagement, Abteilung Budgetmanagement, Controlling und Drittmittel/-verträge, Universitätsmedizin Mainz

Anja Sophia **Middendorf**, Clustermanagerin Gesundheitswirtschaft Nordrhein-Westfalen, Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, Bochum

Dr. Horst **Moog**, Stabsreferent, Medizinische Fakultät, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Felix **Mühlbauer**, Mitarbeiter Vertragsmanagement, Abteilung Budgetmanagement, Controlling und Drittmittel/-verträge, Universitätsmedizin Mainz

Annett **Müller**, Leiterin Studiendekanat, Universitätsmedizin Rostock

Prof. Dr. Hans Gerd **Nothwang**, Dekan, Fakultät für Medizin und Gesundheitswissenschaften, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Prof. Dr. Udo **Obertacke**, Direktor der Klinik für Unfallchirurgie/Stellvertretender Leiter des OUZ/Stellvertretender Studiendekan, Medizinische Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg, Mannheim

Julian Sinan **Özkaya**, Stud. Hilfskraft, MFT Medizinischer Fakultätentag e.V., Berlin

Dr. Martina **Peter-Kern**, Mitarbeiterin Studiendekanat, Medizinische Fakultät, Julius-Maximilians-Universität Würzburg

Prof. Dr. Norbert **Pfeiffer**, Direktor der Augenklinik, Universitätsmedizin Mainz

Cornelia **Rabeneck**, Bereichsdezernentin Medizin, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus, Technische Universität Dresden

Dr. Stefan **Rathjen**, Leiter Stabsstelle Strategische Unternehmensentwicklung, Universitätsmedizin Mainz

Prof. Dr. Dr. Torsten **Reichert**, Dekan, Fakultät für Medizin, Universität Regensburg

Prof. Dr. Heinz **Reichmann**, Dekan, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus, Technische Universität Dresden

Prof. Dr. Emil C. **Reisinger**, Dekan und Wissenschaftlicher Vorstand, Universitätsmedizin Rostock

Prof. Dr. Frank **Richter**, MFT-Schriftführer, Institut für Physiologie I, Universitätsklinikum Jena

Dr. Eva **Richter-Kuhlmann**, Redakteurin, Deutsches Ärzteblatt, Berlin

Hartmut **Riehn**, Rechtsanwalt, Kanzlei Riehn, Berlin

Dr. Tanja **Rohweder**, Geschäftsführung, Dekanat der Medizinischen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

Astrid **Rose**, Fakultätsgeschäftsführerin, Medizinische Fakultät, RWTH Aachen

Iris **Rothäusler**, Leiterin Fakultätsgeschäfte und stellvertretende Stabsleiterin, Medizinische Fakultät, Universität Zürich

Prof. Dr. Herrmann-Josef **Rothkötter**, Dekan, Medizinische Fakultät, Otto-von-Guericke-Universität, Magdeburg

Prof. Dr. Dr. Dr. Robert **Sader**, Studiendekan Klinik, Fachbereich Medizin, Goethe-Universität Frankfurt

Luca **Salhöfer**, Bundeskoordinator für medizinische Ausbildung, Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd), Berlin

Prof. Dr. Helmut **Schäfer**, Dekan, Fachbereich Medizin, Philipps-Universität Marburg

Prof. Dr. Thorsten **Schäfer**, Studiendekan, Medizinische Fakultät, Ruhr-Universität Bochum

Stefan **Scharmach**, Rechtsanwalt, Kanzlei Riehn, Berlin

Dr. Alin **Schaumberg**, Ärztlicher Leiter Referat Studium und Lehre, Fachbereich Medizin, Philipps-Universität Marburg

Prof. Dr. Jörg **Schelling**, Gründungsdirektor, Institut für Allgemeinmedizin, Klinikum der Universität München

Prof. Dr. Hansjörg **Schild**, Prodekan für Forschung, Universitätsmedizin Mainz

Dr. Christian **Schirlo**, Stabsleiter, Medizinische Fakultät, Universität Zürich

Prof. Dr. Heinz **Schmidberger**, Prodekan Studium und Lehre, Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg- Universität Mainz

Dr. Anke **Schmidt-Gehlhoff**, Referentin, Bundesministerium für Gesundheit, Berlin

Claudia **Schnitz**, Referentin im Studiendekanat, Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle/Saale

Dr. Jens-Jörg **Schnorr**, Bereichsleiter Gesundheit, DLR Projektträger, Bonn

Dr. Ina **Schüler**, Zahnärztin und wissenschaftliche Mitarbeiterin, Universitätsklinikum Jena

Dr. Nikolai **Schuelper**, Assistenzarzt, Universitätsmedizin Göttingen

Martina **Schwabe**, Mainz

Dr. Petra **Schwarz**, Geschäftsführerin Programmkoordinatorin, Mainz Research School of Translational Biomedicine, Mainz

Daniela **Schwill**, Leiterin der Abteilung für Studiengangs- und Kapazitätsangelegenheiten, Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn

Dr. Beatrix **Schwörer**, Leiterin Abteilung Medizin, Geschäftsstelle des Wissenschaftsrates, Köln

Annette **Seitz-Fix**, Fakultätsgeschäftsführerin, Medizinische Fakultät, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Dr. Ina **Sieckmann-Bock**, Persönliche Referentin der Dekanin, Medizinische Fakultät, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Carolin **Siech**, Verantwortliche für Öffentlichkeitsarbeit, bvmd e.V., Berlin

Pete **Smith**, Freier Autor, vormals ÄrzteZeitung, Neu-Isenburg

Gabriele **Sonntag**, Kaufmännische Direktorin des Universitätsklinikums Tübingen

PD Dr. Cord **Spreckelsen**, Institut für Medizinische Informatik, RWTH Aachen

Johannes **Stalter**, Stellvertretender Vorsitzender des Ausschusses der Medizinstudierenden, Hartmannbund, Berlin

Dr. Siegfried **Stangl**, Referatsleiter, Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung, Wien

Dr. Stefanie **Stegemann**, Referatsleiterin, BMBF, Berlin

Prof. Dr. Ulrich **Stephani**, Dekan, Medizinische Fakultät zu Kiel und Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin II, Universitätsklinikum Schleswig Holstein, Kiel

Jörg **Strate**, Leiter Präsidialamt, Medizinische Hochschule Hannover

Dipl.-Ing. Sandra **Sudmann**, Leiterin Referat Studium und Lehre, Medizinische Fakultät der RWTH Aachen

Dr. Anwar **Syed Ali**, Wiss. Mitarbeiter, Fachbereich Medizin, Goethe-Universität Frankfurt

Prof. Dr. Oliver **Thews**, Kapazitätsbeauftragter, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle/Saale

Dr. Stefan A. **Thomas**, Geschäftsführer, Medizinische Fakultät, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Dr. Dirk **Traiser**, Zentrum für Kardiologie, Administrative Leitung Präventive Kardiologie und Medizinische Prävention, Universitätsmedizin Mainz

Prof. Dr. Rolf-Detlef **Treede**, Forschungsdekan, Lehrstuhl für Neurophysiologie, Medizinische Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg, Mannheim

Prof. Dr. Harald **Tschernitschek**, Studiendekan Zahnmedizin, Medizinische Hochschule Hannover

Dr. Thomas **Uhlemann**, Leiter des Referats Bedarfsplanung, Psychotherapie, Neue Versorgungsformen, GKV- Spitzenverband, Berlin

Prof. Dr. Andrew **Ullmann**, MdB, Deutscher Bundestag, Berlin; Medizinische Klinik und Poliklinik II, Universitätsklinikum Würzburg

Dr. Uta **Veith**, Referentin, Universitätsmedizin Mainz

Dr. Thor **Voigt**, Medizinischer Direktor Deutschland, Boehringer Ingelheim Pharma, Ingelheim/Rhein

Prof. Dr. Dr. Wilfried **Wagner**, Ehemaliger Direktor der Klinik für Mund-Kiefer- und Gesichtschirurgie - plastische Operationen, Universitätsmedizin Mainz

Prof. Dr. Bernd **Weber**, Prodekan für Lehre und Studium, Klinik für Epileptologie, Center for Economics and Neuroscience, NeuroCognition | Imaging Life&Brain Center, Bonn

Prof. Dr. Johanna **Weber**, Vizepräsidentin HRK, Universitätsmedizin Greifswald

Kai **Wedler**, Rechtsanwalt, Mainz

Prof. Dr. Wolfgang **Weidner**, Dekan, Fachbereich Medizin, Justus-Liebig Universität Gießen

Jil **Weigelt**, AG Medizinische Ausbildung, Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd), Hamburg

Prof. Dr. Nicolas **Wernert**, Dekan, Medizinische Fakultät, Universität Bonn

Prof. Dr. Jürgen **Westermann**, Studiendekan, Sektion Medizin, Universität zu Lübeck

Marcel **Wiesmann**, Referatsleiter Referat 21, Stiftung für Hochschulzulassung, Dortmund

Dr. Elke **Williamson**, Fakultätsgeschäftsführerin, Medizinische Fakultät, Westfälische Wilhelms-Universität Münster

Brigitte **Wingen**, Geschäftsführerin, Medizinische Fakultät, Universität zu Köln

Prof. Dr. Stefan **Wirth**, Dekan, Fakultät für Gesundheit, Universität Witten/Herdecke

Prof. Dr. Thomas **Wirth**, Dekan, Medizinische Fakultät, Universität Ulm

Dr. Matthias **Wismar**, WHO European Centre for Health Policy, Brüssel

Wilko **Wittke**, Regierungsdirektor/Leitung Abteilung II, Stiftung für Hochschulzulassung, Dortmund

Christian **Wolfram**, Vorsitzender Ausschuss Medizinstudierende, Hartmannbund, Berlin

Dr. Annette **Wosnik**, Leitung Bereich Studium und Lehre, Medizinische Fakultät, Eberhard Karls Universität Tübingen

Dr. Alexander **Wünsch**, Leitung der Psychosozialen Krebsberatungsstelle, Universitätsklinikum Freiburg

Dr. Peter **Zervakis**, Koordinator Inhalt Projekt nexus, Hochschulrektorenkonferenz, Bonn

Dr. Alexander **Zimmerhofer**, Projektleiter, ITB Consulting - Institut für Test und Begabungsforschung, Bonn

Prof. Dr. Stephan **Zipfel**, Prodekan Lehre, Medizinische Fakultät, Eberhard Karls Universität Tübingen