

Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V.

Stellungnahme zum Antrag der CDU Fraktion „Mehr Studienplätze für Humanmedizin in Rheinland-Pfalz schaffen, um dem Landarztmangel entgegenzuwirken“

im Ausschuss für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur des Landtags Rheinland-Pfalz

bvmd-Geschäftsstelle

Robert-Koch-Platz 7
10115 Berlin

Phone +49 (30)9560020-3
Fax +49 (30)9560020-6
Home <http://www.bvmd.de>
Email buero@bvmd.de

Für die Presse

Carolin Siech
Email pr@bvmd.de
Phone +49 (0) 157 84728449

Vorstand

Jana Aulenkamp	(Präsidentin)
Lars Blesch	(Internes)
Peter Jan Chabiera	(Externes)
Nadine Freitag	(Austausch)
Eva Weber	(Finanzen)
Carolin Siech	(PR)

Zusammenfassung

Die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd) vertritt die Ansicht, dass eine Erhöhung der Studienplatzzahlen im Fach Humanmedizin keine geeignete Maßnahme gegen einen zukünftigen Ärztemangel in Deutschland ist. Aus Sicht der Studierenden bedarf es anderer Konzepte, die zur Reduktion von Fehlverteilung und Fehlanreizen und zu einer ursächlichen Lösung der Unterversorgung in strukturschwachen Regionen beitragen.

Einleitung

Die Gesellschaft steht bezüglich der ärztlichen Versorgung vor ernstzunehmenden Herausforderungen.

Es besteht eine zunehmende Ungleichverteilung von Ärzten im Sinne einer Überversorgung in den Ballungsgebieten und einer Unterversorgung in ländlichen, abgelegenen oder strukturschwachen Regionen. Insbesondere in der Grundversorgung besteht hier ein Nachwuchsproblem. Es handelt sich um ein Phänomen, das durchaus auch in anderen Berufsgruppen und anderen Bundesländern beobachtet wird, das aber im Kontext des Gesundheitssystems besonders problematisch ist. Schließlich liegt es im besonderen Interesse der Bevölkerung, gerade die ärztliche Versorgung flächendeckend, wohnortnah und zeitlich möglichst uneingeschränkt bereitzuhalten.

Es liegt zudem im unmittelbaren Interesse der Gesellschaft, Ärztinnen und Ärzte in hinreichender Qualität und Quantität auszubilden – die Kontrolle darüber liegt in Deutschland bei den Ländern.

Die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland ist ein eingetragener Verein.
(Vertragsregister Aachen VR 4336)
Sitz und Gerichtsstand ist Aachen.

Europäische Integration
Famulaturaustausch

Forschungsaustausch
Gesundheitspolitik
Projektwesen

Medizin und Menschenrechte
Medizinische Ausbildung
Training

Public Health
Sexualität und Prävention

Die bvmd ist auf internationaler Ebene Teil der IFMSA- und EMSA-Netzwerke

Der Status Quo:

Strukturelle Herausforderungen des Gesundheitswesens

Die jährlichen Ausgaben für das deutsche Gesundheitswesen belaufen sich im Jahr 2017 auf 374 Mrd. €. Davon umfassen die Ausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) 212 Mrd.€. Dies entspricht einer Zunahme um 4,9% zum Vorjahr.¹ Der Gesundheitssektor hat in Deutschland etwa 5,5 Mio. Beschäftigte. Somit arbeitet jeder sechste Deutsche im Gesundheitswesen.²

Hauptkostentreiber sind vor allem der medizinische Fortschritt und die Ausweitung des Angebots. Daneben spielt die Steigerung von Leistungsmengen und Preisen eine wichtige Rolle. Mit nur 10-20% hat der demographische Wandel nur einen kleinen Anteil am Zuwachs der Ausgaben im deutschen Gesundheitswesen.

Im aktuellen Gesundheitssystem sind spezifische Megatrends zu beobachten. Einerseits wandelt sich das Morbiditätsspektrum. Die Anzahl von chronischen Erkrankungen und von Multimorbidität steigt. Andererseits hat der ärztliche Nachwuchs im Vergleich zur aktuellen Generation andere Erwartungen an den Beruf. Flexible Tätigkeiten, familienfreundliche Arbeitsbedingungen nehmen bei jungen Kolleginnen und Kollegen unabhängig vom wachsenden Frauenanteil in der Ärzteschaft einen bedeutenden Stellenwert bei der Auswahl des Arbeitsplatzes ein.

Unabhängig von der medizinischen Versorgung ist ein geringes Interesse junger Menschen (nicht nur Medizinstudierender) an einer Arbeits- bzw. Lebensperspektive in unterversorgten, ländlichen Regionen zu beobachten. Die Folgen sind eine Entleerung ländlicher Räume, die Alterung, die daraus resultierende infrastrukturelle Schrumpfung und langfristig auch eine gesundheitliche Unterversorgung. Dagegen liegt in Ballungsgebieten eine zunehmende Urbanisierung sowie häufig auch eine Überversorgung vor.

Auch die weltweite Digitalisierung in Form von Big Data und Künstlicher Intelligenz beschleunigt Umstrukturierungen bestehender Arbeitsprozesse. Weitere Trends im Gesundheitswesen stellen darüber hinaus auch die Präzisionsmedizin, die Automatisierung beispielsweise bei der Auswertung von pathologischen und labormedizinischen Proben sowie eine Ambulantisierung dar. OECD Zahlen zeigen zudem, dass in Deutschland überdurchschnittliche Fallzahlen

und Verweildauer bei Behandlungen in Akutkrankenhäusern vorliegen (235 Fallzahl/1000 Einwohner, Verweildauer 7,3).³ Darüber hinaus gibt es Cluster und Variationen in der regionalen Häufung, beispielsweise bei Operationen. Auch die Stationäre Notfallversorgung ist durch die weltweit höchste Anzahl an stationären Aufnahmen (48,6 % der Notfälle) gekennzeichnet.

Studienergebnisse der Gmünder Ersatzkasse aus dem Jahr 2007 zeigen, dass durchschnittlich jeder Einwohner 17,9 Arztkontakte pro Jahr hat, davon sind 7,1 Kontakte in der Allgemeinmedizin. Einem beliebigen Montag verbringen somit fast 8% der Bevölkerung in einer Arztpraxis. Im Bevölkerungsdurchschnitt hat jede Person pro Jahr etwa 9,4 abklärungs-/ behandlungsbedürftige Diagnosen. Grobe Schätzungen weisen darauf hin, dass seit der ersatzlosen Abschaffung der Praxisgebühr in 2013 die Anzahl der Arztkontakte pro Jahr und Einwohner noch weiter gestiegen sind.

Zusammengefasst zeigen diese Zahlen, dass im deutschen Gesundheitssystem sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich überdurchschnittlich viele Arzt-Patienten-Kontakte zu beobachten sind.

Statistische Eckdaten

Betrachtet man die Entwicklung der Zahl der im Studienfach Medizin in Deutschland immatrikulierten Studierenden, so ist ein kontinuierlicher Anstieg von 78.545 im Jahre 2007 auf 92.011 im Jahre 2016 zu beobachten. Dies entspricht einem Zuwachs der bundesweiten Studienplatzkapazitäten um 17%. Somit ist mittlerweile das maximale Niveau der Anzahl der Studienplätze nach der Wiedervereinigung von 93.198 im Jahre 1992, die nach dem Zusammenschluss von alten und neuen Bundesländern zusammen bestanden wieder erreicht. Zudem besteht in der Medizin eine anhaltend niedrige Studienabbruchquote, die sich seit den 1990er Jahren zwischen fünf und zehn Prozent bewegt.⁴

Die Studienplatzkapazitäten der Universitätsmedizin Mainz umfassen 2.874 Studierende und entsprechen 3,1% der bundesweiten Kapazitäten.⁵

Die Ärztestatistik der Bundesärztekammer⁶ zeigt, dass es aktuell so viele Ärztinnen und Ärzte wie noch nie zuvor in der Bundesrepublik Deutschland gibt. (Berufstätige Ärzte: 1960 92.806; 1980 237.750; 2017: 385.149). Dies entspricht

einem Anstieg von 415% seit 1960 und 162% seit 1990. Der absolute Zuwachs beläuft sich somit auf ein Plus von mehr als 6.000 Ärztinnen und Ärzten pro Jahr. In Rheinland-Pfalz arbeiten 2017 rund 18.162 Ärztinnen und Ärzte. Dies entspricht einem überdurchschnittlichen Zuwachs von 1,9% zum Vorjahr bzw. 23,5% zum Jahr 2006 und einem Anteil von 4,7 % der bundesweiten Ärzteschaft.⁷ Bei 82,5 Mio. Einwohnern im Bundesgebiet und rund 4 Mio. Einwohnern im Bundesland Rheinland-Pfalz (4,7% der Bundesbevölkerung) entspricht dies einer durchschnittlichen Arztdichte von 224 Einwohnern pro berufstätigem Arzt in Rheinland-Pfalz (Vgl. 2017 Bundesgebiet: 214,3 Einwohner pro Arzt; 1990 335,4; 1960 786,3).⁸

Nicht nur die Anzahl der alten Ärztinnen und Ärzte steigt (Ärzte > 65 Jahre: 2006 2,5%; 2017 6,9%), sondern auch der Anteil der unter 35-jährigen Ärztinnen und Ärzte an allen berufstätigen Ärztinnen und Ärzten nimmt seit 2005 kontinuierlich zu (2006 15,9%; 2017 18,9%). Des Weiteren zeigt sich auch ein Anstieg der Facharztanerkennungen von 10.460 im Jahre 2010 auf 12.947 im Jahre 2017 (+23,8%).

Gleichzeitig ist ein akuter Personalmangel sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich zu beobachten. In Deutschland stehen nur 0,9 Ärzte pro 1000 Belegungstage zur Verfügung. Bedingt durch die überdurchschnittlich hohen Fallzahlen in deutschen Krankenhäusern manifestiert sich in Deutschland ein Mangel an Personal im Verhältnis zu den Belegungstagen.

Neben der regionären Fehlverteilung von Ärztinnen und Ärzten lässt sich auch eine Fehlverteilung nach Disziplin beschreiben. Nur 10,9% der 79 Facharztanerkennung sind im hausärztlichen Bereich. Hier ist bereits eine steigende, aber noch immer zu geringe Tendenz zu beobachten.⁶

Zusammengefasst steht das deutsche Gesundheitssystem insbesondere vor einer Fehlverteilung von medizinischem Personal nach Region und Disziplin, keinesfalls aber vor einem Kapazitätsproblem.

Einflussfaktoren auf einen zukünftigen Ärztemangel

In dem Sondergutachten „Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung“ aus dem Jahr 2012 legt der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

sowohl verstärkende als auch verminderte Einflussfaktoren auf einen zukünftigen Ärztemangel vor.⁹

Längere familienbedingte Erwerbsunterbrechungen, die Zunahme der Teilzeitarbeit, das steigende Durchschnittsalter der Ärzteschaft, der Wunsch nach Arbeitszeitreduktion (Work-Life-Balance), neue Arbeitszeitrichtlinien durch den Gesetzgeber und die systematische Arbeitszeiterfassung die Abnahme des Arbeitszeitvolumens erwerbstätiger Ärztinnen und Ärzte zur Konsequenz.

Der Bedarf an Ärztinnen und Ärzten resultiert ferner durch Emigration, durch die Zunahme administrativer und medizinischer Aufgaben sowie durch die fehlenden Möglichkeiten zur Delegation von Aufgaben auf Grundes Fachkräftemangels in anderen Gesundheitsberufen. Auch der demografische Wandel bedingt eine Steigerung des Versorgungsbedarfs in Deutschland. Im OECD-Vergleich liegt Deutschland in Bezug auf die Arztdichte nur im Mittelfeld.

Gleichzeitig sinkt der Bedarf ärztlichen Nachwuchses auszubilden durch die jährliche zunehmende Zahl an Ärztinnen und Ärzten, die Integration qualifizierten Fachpersonals und den trotz Zuwanderung prognostizierten allgemeinen Bevölkerungsrückgang. Daneben tragen die Optimierung und Reduktion von Verwaltungs- und Dokumentationsprozessen, die in Folge der Digitalisierung steigenden Nutzung von neuen Informations- und Technologiesystemen sowie neue Arbeitsverteilungen inklusive der Delegation ärztlicher Leistungen zu einer Entlastung des ärztlichen Nachwuchses bei.

Ein wichtiger Faktor stellt vor allem die unmittelbare Erhöhung des Arbeitsvolumens bereits ausgebildeter erwerbstätiger Ärztinnen und Ärzte dar. Eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf, leichtere Wiedereinstiegsmöglichkeiten nach familienbedingten Erwerbsunterbrechungen und die Steigerung der Attraktivität der kurativen Tätigkeit beispielsweise durch flache Hierarchien und flexible Dienstmodelle sind hier exemplarisch zu nennen.

Unter Berücksichtigung aller Faktoren des Gesundheitswesens bildet jedoch der Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung die größte und bedeutendste Herausforderung. Die Reduktion von Fehlverteilungen und Krankenhausbetten sowie die Veränderung der Versorgungsstrukturen. Es bedarf eines Abbaus von Doppelstrukturen, einer Optimierung der Notfallversorgung in Deutschland sowie eine bessere Integration von stationärer und ambulanter Versorgung.

Gefahren, Herausforderungen und Konsequenzen einer Erhöhung der Studienplatzkapazitäten

Im folgenden Abschnitt legt die bvmd Gefahren, Herausforderungen und Konsequenzen einer nicht bedarfsgerechten Erhöhung der Studienplatzkapazitäten im Fach Humanmedizin vor:

Verschlechterung der Ausbildungsqualität

Gerade im Rahmen der nun anstehenden Umsetzung der Maßnahmen des Masterplans Medizinstudium 2020 und der Änderung der ärztlichen Approbationsordnung stehen gravierende Umstrukturierungen an allen Universitätsstandorten an. Zusätzliche Studierende stellen hierbei eine Mehrbelastung für die medizinischen Fakultäten dar, die gleichzeitig die Neuausrichtung des Medizinstudiums in Richtung einer wissenschaftlich fundierten, teils interprofessionellen und kompetenzorientierten Medizinischen Ausbildung zu bewältigen haben. Es besteht die Gefahr, dass unmittelbar mit der erhöhten Zahl an Studienplätzen eine Verschlechterung der Ausbildungsqualität einhergeht. Eine Erhöhung bei gleichbleibend hoher Qualität wäre mit hohen Kosten verbunden.

Abnahme des Betreuungsverhältnisses

Für eine gute medizinische Ausbildung ist ein intensives Betreuungsverhältnis zwischen Studierenden und Lehrenden notwendig. Die Ausbildung muss durch für die Lehre qualifizierte Lehrende erfolgen und die Qualität der Ausbildung muss an allen Fakultäten vergleichbar sein. Eine Verschlechterung des Betreuungsverhältnisses wäre mit den Anforderungen der Approbationsordnung nicht vereinbar, die explizit Unterricht in Klein- und Seminargruppen vorgibt (ÄAppO §2 (3) Satz 9 und (4) Satz 4).¹⁰

Eine Studienplatzzahlerhöhung würde somit bei gleichbleibendem Betreuungsverhältnis zwangsläufig zu höherem Personalbedarf führen, für den eine suffiziente finanzielle Ausstattung und somit bedeutende Mehrkosten unbedingt erforderlich sind.

Mangelnde infrastrukturelle und persönliche Ressourcen an den Universitäten

Es ist außerdem zu befürchten, dass alternative innovative Lehr- und Prüfungsformen (wie u.a. im Masterplan Medizinstudium 2020¹¹ gefordert) mit einer größeren Anzahl von Studierenden nur noch schwer durchführbar wären, weil weder Personal in ausreichender Anzahl zur Verfügung stünde, noch die entsprechende Infrastruktur, in Form von Hörsälen, Seminarräumen, Praktikumsplätzen usw. gegeben wäre.

Dezentralisierung der Arztausbildung

Die bvmd begrüßt ausdrücklich Initiativen, die Studierenden freiwillig eine Rotation oder auch Ableistung ganzer Studienabschnitte in ländlichen Regionen und Ausbildungskrankenhäusern ermöglichen und bestehende Kapazitäten zur Ausbildung von Medizinstudierenden effektiv auszuschöpfen. Wir haben keinen Zweifel an der Qualität der Ausbildung und Krankenversorgung von ländlichen Ausbildungskliniken, da alle Kliniken die gleichen Anforderungen erfüllen müssen. Die Dezentralisierung einer medizinischen Fakultät darf ebenfalls nicht zur Schwächung des jeweiligen Forschungsstandortes führen. Eine derartige Schwächung würde sich nicht mit den Forderungen des Wissenschaftsrates zur Stärkung wissenschaftlicher Kompetenzen im Medizinstudium decken.

Erfahrungen der Ruhr-Universität Bochum, die seit dem Wintersemester 2016/2017 jährlich 60 Medizinstudierende nach dem sechsten Semester in Bochum ihren weiteren klinischen Studienabschnitt in Kliniken in Minden, Herford, Lübbecke-Rahden und Bad

Oeynhausener absolvieren lässt, zeigen, sofern es nicht genügend freiwillige Wechsler gibt, dass unter allen Studierenden gelost werden muss. Dies führt zu einem verpflichtenden Wechsel des Studienortes während des Studiums aus. Medizinstudierende, die ihr Studium an einem Studienstandort begonnen haben, können ihr Studium an diesem nicht beenden und müssen gegen ihren Willen den Studienort wechseln, um ihr Studium abschließen zu können. Damit gehen eine eingeschränkte Planungssicherheit sowie räumliche Hürden für die Fortführung bereits begonnener Forschungsarbeiten und Promotionen einher. In jedem Fall entsteht eine nicht akzeptable Ungleichbehandlung der Studierenden

der gleichen Fakultät. Diese Ungleichbehandlung schließt auch finanzielle Aspekte ein, da Studienbeitragsmittel, welche zur Förderung der studentischen Selbstverwirklichung und Erwerb von Schlüsselqualifikation für den beruflichen Alltag eingesetzt werden, zum größten Teil nur für Studierende des Hauptstudienortes zugänglich sind.

Die beschriebenen Missstände aus dem Satellitenstandort in Bochum müssen in Rheinland-Pfalz an möglichen Partnerkrankenhäusern der Universitätsmedizin Mainz wie beispielsweise Trier und Koblenz in jedem Falle verhindert werden. Die bvmd ist davon überzeugt, dass dann eine Ausbildung an zwei Standorten gelingen kann, wenn ein transparentes Verfahren angestrebt wird, das die Freiwilligkeit der Studienplatzwahl schon vor Beginn des Studiums durch eine separate Bewerbung sicherstellt.

Neugründung der medizinischen Fakultäten in Augsburg und Bielefeld

Mit dem Beginn des Wintersemesters 2019/2020 startet der erste Jahrgang an der neu gegründeten medizinischen Fakultät in Augsburg. In Augsburg sind insgesamt 1500 neue Studienplätze geplant. Dies entspricht einer Steigerung der Studienplatzkapazitäten um 15% in Bayern.¹² Mit der medizinischen Fakultät in Bielefeld, deren Start zum Wintersemester 2021/22 erfolgt, ist noch ein weiterer Studienstandort geplant.¹³ Es bedarf zunächst die Ausfinanzierung der bereits geschaffenen Studienplätze sowie die Sicherstellung der geplanten Universitäten in Bielefeld und Augsburg bevor unbedacht Studienplatzkapazitäten an anderen Standorten erhöht werden.

Kooperationen zwischen ausländische Fakultäten und deutschen Krankenhäusern

Die Diskussion um die Erhöhung der Studienplattzahl der Medizin hat zu einigen Kooperationen zwischen deutschen Krankenhäusern und medizinischen Fakultäten im Ausland geführt. Dabei sind die Studierenden formal an einer ausländischen Universität eingeschrieben, absolvieren aber einen Großteil ihrer Ausbildung - insbesondere praktische Anteile wie das Praktische Jahr (PJ) - in Deutschland. Die deutschen Kliniken profitieren von diesen Kooperationen finanziell, während gleichzeitig weniger Plätze für die praktische Ausbildung für

die Studierenden deutscher Fakultäten bleiben.

Die bvmd sieht solche Kooperationen ausländischer Universitäten mit deutschen Krankenhäusern sehr kritisch. Die so vermehrt durchgesetzten Studienkonzepte führen durch hohe Studiengebühren auf Dauer zu sozialer Selektion und wirken sich auch auf die Qualität der Ausbildung von in Deutschland immatrikulierten Medizinstudierenden staatlicher Fakultäten negativ aus.

Zudem sieht die bvmd die Gefahr, dass zwischen privaten und staatlichen Fakultäten eine Konkurrenz um Lehrkrankenhäuser erwächst, wodurch weniger Kapazitäten für Studierende staatlicher Fakultäten zur Verfügung stünden. Es ist nicht zielführend, wenn einzelne akademische Lehrkrankenhäuser sich dieser Ausbildungsverantwortung entziehen. Wenn sich Kliniken durch monetäre Anreize für eine Kooperation mit ausländischen Fakultäten entscheiden, wird dies langfristig dazu führen, dass Lehrkrankenhäuser nicht mehr für alle, sondern nur für bestimmte Studierende zu Verfügung stehen.

Auch die Möglichkeit, durch eine Verpflichtung zu Beginn des Studiums die Facharzt Ausbildung in definierten Krankenhäusern anzutreten und deswegen die Studiengebühren erlassen zu bekommen, betrachtet die bvmd als starken Einschnitt in die Selbstbestimmung der Studierenden.

Sicherstellung der Finanzierung

Durch eine Erhöhung der Kapazitäten ist eine qualitativ hochwertige medizinische Ausbildung gerade in Modellstudiengängen und im Rahmen der Umsetzung des Masterplan Medizinstudium 2020 nicht mehr gegeben, wenn keine ausreichende Finanzierung zur Verfügung gestellt wird. Nur eine dauerhafte vollständige strukturelle und finanzielle Ausstattung von Studienplätzen im Fach Medizin ermöglicht ausreichend Medizinerinnen und Mediziner für eine Aufrechterhaltung der Grundversorgung auszubilden. Laut Hochschulbarometer vom Oktober 2013 bewerten 45% der Hochschulrektoren die Finanzsituation ihrer Hochschule negativ. Dabei fehle schon jetzt Geld für Bau- und Sanierungsmaßnahmen, sowie beim Personal.¹⁴ Bei dieser Ausgangslage und einer zusätzlichen Erhöhung der Kapazitäten besteht aus Sicht der Studierenden eine akute existenzielle Bedrohung der bestehenden Studienstandorte. Der Staat darf sich nicht dieser Aufgabe entziehen. Private Hochschulen stellen keine Option dar.

Da das Medizinstudium das teuerste Studium in Deutschland ist, ist eine gesellschaftliche Entscheidung zur Allokation von Steuergeldern erforderlich. Mehr Medizinstudienplätze stehen kompetitiv zu anderen Bildungsausgaben und Staatsausgaben wie beispielsweise für Kultur und innere Sicherheit.

Keine kurzfristige Lösung des Landarztmangels

Des Weiteren führt eine Erhöhung der Studienplätze aus Sicht der bvmd auch keineswegs zu einer unmittelbar verbesserten Versorgungssituation in ländlichen Regionen. Im günstigsten Fall stünden frühestens in zwölf Jahren, nach abgeschlossenem Studium und notwendiger Facharztausbildung, die ersten zusätzlichen Absolventinnen und Absolventen zur Verfügung, um Engpässe zu beheben. Daher ist eine Erhöhung der Studienplätze in keinsten Weise geeignet, um kurzfristig neues Personal zu rekrutieren.

Lösungskonzepte, um einen Landarztmangel zu entgegen

In der aktuellen Debatte um einen relativen oder absoluten Ärztemangel werden von verschiedenen Akteuren unterschiedliche Ideen und Modelle genannt, um diesem entschieden und wirkungsvoll zu begegnen. Insbesondere ländliche und strukturschwache Regionen sind in Zukunft von einer drohenden Unterversorgung an medizinischem Personal betroffen. Es liegt somit vor allem im Interesse der ländlichen Bevölkerung die medizinische Versorgung adäquat sicherzustellen.

Eine umfangreiche Analyse der WHO¹⁵ betont deutlich die Notwendigkeit mehrerer ineinandergreifender und evaluierter Maßnahmen zur Verbesserung der medizinischen Versorgung in ländlichen und abgelegenen Regionen. Auch die bvmd hat in der Vergangenheit kritisch und konstruktiv ihren Beitrag dazu geleistet. Im Folgenden gehen wir auf eine Auswahl an Konzepten ein, die das Ziel haben, ursächlich den Herausforderungen der Versorgungsstrukturen im deutschen Gesundheitssystem zu begegnen:

Stärkung der Aus- und Weiterbildung in der Allgemeinmedizin

Um mehr Ärzte für die Versorgung in strukturschwachen Regionen zu begeistern, ist eine Stärkung der Attraktivität der Tätigkeit als Landarzt und seiner Weiterbildungsmöglichkeiten unabdingbar.¹⁵ Die bvmd fordert deshalb, dass die Allgemeinmedizin sowie weiterer grundversorgende Fachgebiete und die Tätigkeit im hausärztlichen Umfeld so attraktiv zu machen, dass sie anderen Fächern in nichts nachsteht. Lehrstühle und Institute für Allgemeinmedizin an den medizinischen Fakultäten sind wichtig, um das Fach in Forschung und Lehre zu stärken. Das erst im Dezember 2015 gegründete Zentrum für Allgemeinmedizin und Geriatrie in Mainz ist hierfür ein erster wichtiger Schritt, um qualitativ hochwertigen allgemeinmedizinischen Unterricht im Medizinstudium anzubieten.¹⁶ Nun müssen noch weitere folgen, denn die bvmd ist überzeugt, dass ein guter Unterricht die Studierenden für Fachrichtungen begeistern kann. Weiter schließt sich die bvmd der Forderung der Jungen Allgemeinmedizin Deutschland (JADE e.V.) nach Weiterbildungsverbänden und Koordinationsstellen an, um eine gut strukturierte Weiterbildung in der Allgemeinmedizin zu ermöglichen.¹⁷

Stärkung der Attraktivität des Standortes

Die bvmd fordert die Entscheidungsträger dazu auf, mit geeigneten Mitteln dafür Sorge zu tragen, dass sich Absolventinnen und Absolventen für die klinische Medizin im Inland entscheiden, um ihre Region als Standort für Ärztinnen und Ärzte begehrenswert zu gestalten. Der Berufsmonitor der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2014¹⁸ zeigte, dass in Bezug auf die Attraktivität unter landesfremden Studierenden Rheinland-Pfalz im Bundesvergleich einen Platz im Mittelfeld belegt. Eine Pilotstudie unter Medizinstudenten der Universität Mainz untersuchte zudem eine räumliche Differenzierung innerhalb des Bundeslandes. Die Ergebnisse wiesen darauf hin, dass es große Unterschiede bei der Attraktivität verschiedener Regionen in Rheinland-Pfalz als Arbeitsorte gibt. Am beliebtesten ist die im Land am stärksten urbanisierte Region Rheinhessen, in der auch die Universität Mainz liegt. Die entlang des Rheins urbanisierte Region Pfalz und die Flussregionen Rhein-Mosel-Saar-Lahn folgen im Mittelfeld. Die Mittelgebirge Eifel, Hunsrück und Westerwald sind dagegen wenig beliebt.

Andererseits gehen die Mehrheit der Absolventinnen und Absolventen auch nicht ins Ausland. Ergebnisse der Absolventenstudie *MediBAP¹⁹* des Kompetenznetzwerks Medizinlehre in Bayern aus dem Zeitraum 10/2014 bis 09/2015 (n=479 Humanmediziner) zeigen, dass die Mehrheit der Absolventinnen und Absolventen (78%) anderthalb Jahre nach dem Abschluss bereits in Deutschland berufstätig sind. Hiervon sind mehr als 96% im klinischen Bereich tätig ist und nur 0,5% in anderen Bereichen. Während im Studium etwa zwei Drittel einen Auslandsaufenthalt absolvieren, arbeiten zu diesem Zeitpunkt nur 6% der Befragten im Ausland. Somit geben diese Studienergebnisse klare Hinweise darauf, dass nur ein geringfügiger Teil der Absolventinnen und Absolventen nicht in der Krankenversorgung tätig ist und dass die Auswanderung von deutschen Ärztinnen und Ärzten äußerst gering ist.

Stärkung der Attraktivität der Arbeitsbedingungen

In diesem Zusammenhang bestehen aus Sicht der bvmd im Bereich der Arbeitsbedingungen immense Optimierungsmöglichkeiten. Ergebnisse von Medizinstudierendenbefragungen¹⁸ zeigen, dass Studierenden vor allem die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, sowie eine flexible Arbeitszeitgestaltung wichtig ist. Gegen eine Niederlassung scheinen vor allem ein hohes finanzielles Risiko, eine unangemessene Honorierung und ein hohes Maß an medizinfremden Tätigkeiten und Bürokratie zu sprechen.

Außerdem sind das wissenschaftliche Umfeld, die Weiterbildungsmöglichkeiten, die Arbeitszeit, eine kollegiale Atmosphäre, ein kooperatives und nicht zu hierarchisches Betriebsklima und die Minimierung nicht-ärztlicher Verwaltungstätigkeiten von besonderer Bedeutung. Auch die finanzielle Attraktivität spielt eine Rolle, steht aber nicht an vorderster Stelle.

Die bvmd fordert die verantwortlichen politischen Stellen auf, an diesen Punkten zu arbeiten, um die ambulante Tätigkeit sowie die Arbeit in ländlichen Regionen für Medizinstudierende attraktiver zu machen.

Ein Beispiel aus Schleswig-Holstein

Gezielte Bestrebungen der Gemeinde Büsum zeigen bereits einen Erfolg bei der Sicherstellung ärztlicher Versorgung. Das 2015 gegründete Ärztezentrum in

Büsum ermöglicht dem ärztlichen Personal die Fokussierung auf die medizinische Tätigkeit, geregelte Arbeitszeiten und eine Entgeltung entsprechend der stationären Tarifverträge.²⁰

Diese modernen Formen und Modelle der ärztlichen ambulanten Tätigkeit gilt es einerseits dem ärztlichen Nachwuchs vorzustellen, andererseits sind Kommunen bei Investitionen zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung von Landeseite zu unterstützen.

Keine Zwangsverpflichtungen vor Beginn des Studiums

Die bvmd ist davon überzeugt, dass es gerade auf dem Land motivierte und hochqualifizierte Ärztinnen und Ärzte braucht, die diese Tätigkeit bewusst und aus freien Stücken gewählt haben, um eine gute Versorgung sicherzustellen. Die bvmd spricht sich deshalb vehement gegen die Einführung einer Quote, nach der ein bestimmter Anteil der Medizinstudienplätze für Bewerber zurückgehalten wird, die sich zu einer späteren Tätigkeit in einer unterversorgten Region verpflichten, bei der Zulassung zum Medizinstudium als Versuch, einen Hausärztemangel in ländlichen Regionen zu lösen, aus.

Angehende Medizinstudierende, die diese Verpflichtung eingingen, mussten sich, rechnet man die Zeit der Facharztausbildung bis zur möglichen Niederlassung ein, mehr als elf Jahre im Vorhinein auf eine bestimmte Spezialisierung bzw. einen bestimmten späteren Lebensort verpflichten. Dies hält die bvmd für eine zu starke Einschränkung der freien Entfaltung und persönlichen Entwicklung. Wenn jemand während des Studiums ein bestimmtes Fach für sich entdeckt, dann sollte er diese Fachrichtung auch ergreifen dürfen.

Aus einer Landarztquote resultierende Folgen

Mit einer Landarztquote ist nicht garantiert, dass die so Zugelassenen später auch tatsächlich in dem politisch gewünschten Bereich tätig werden, da es immer Möglichkeiten geben wird, sich der Verpflichtung zu entziehen, und sei es unter Inkaufnahme einer Konventionalstrafe. Auch andere medizinische Versorgungsbereiche leiden unter Nachwuchsmangel. Diese könnten ebenso die Forderung nach einer Quotenregelung stellen, was aus unserer Sicht genauso wenig akzeptabel wäre.

Durch den durch eine sehr weitgehende Verpflichtung "erkauften" Zugang zum Studium, wären Medizin Interessierte zunehmend gedrängt, sich in einer Richtung festzulegen, die möglicherweise gar nicht ihrem originären Fachinteresse entspricht.

Zudem besteht die Gefahr, dass der Ruf der schon jetzt zu wenig nachgefragten Tätigkeit noch mehr leidet, wenn die Verpflichtung dazu diejenigen trifft, die den Zugang zu den „offenen Plätzen“ nicht geschafft haben.

Fazit

Die bvmd begrüßt den Prozess der Überprüfung der Anzahl der Medizinstudienplätze in Rheinland-Pfalz. Es braucht offene Diskussionen und kreative Lösungsansätze, um eine flächendeckende, dauerhafte medizinische ärztliche Versorgung der Bevölkerung in Zukunft sicherzustellen. Insgesamt betont die bvmd, dass das Problem der mangelnden Anreize einer Tätigkeit in unterversorgten Regionen nicht über die Erhöhung der Gesamtzahl an verfügbaren Ärzten angegangen werden sollte.

Aus den oben beschriebenen Überlegungen resultieren diverse gesundheitspolitische Konsequenzen: Eine Sektorenübergreifende integrierte Vernetzung, der Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung sowie von ineffizienten Prozessen, eine zunehmende bedarfs- und nicht angebotsinduzierte Orientierung des Gesundheitswesens, eine Steuerung der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen, eine Beendigung mengensteigernder Fehlanreize sowie gezielte Investitionen in unterversorgten Regionen und Gebieten führen gezielter zu einer besseren Versorgung durch die verfügbaren Ärztinnen und Ärzte.

Es bedarf der gesellschaftlichen Entscheidung, zuerst die Strukturprobleme im Gesundheitswesen wie Fehlverteilung und Fehlanreize anzugehen und die stillen Reserven von Wiedereinsteigenden und Älteren zu mobilisieren. Mehr Ärzte und die Einführung einer "Landarztquote", sind dagegen keine kausalen Lösungen, um auch in Zukunft flächendeckend die hausärztliche Versorgung in Rheinland-Pfalz sicherzustellen. Die Gesellschaft und die Politik darf sich nicht nur die Frage stellen, wie wir mehr ärztlichen Nachwuchs auf das Land bringen. Sie muss sich auch die Frage stellen, wie wir effizientere Versorgungsstrukturen schaffen, um eine flächendeckende Gesundheitsversorgung auch in Zukunft gewährleisten

können. Hierzu gibt es diverse erfolgversprechende Beispiele aus dem Ausland. Maßnahmen, welche gezielt die landärztliche Primärversorgung in Aus- und Weiterbildung auf freiwilliger Basis stärken, begrüßen wir sehr. Eine einzelne Maßnahme wird allerdings nicht zum gewünschten Erfolg führen. Mehr Ärzte und die Einführung einer "Landarztquote", sind dagegen keine kausalen Lösungen, um auch in Zukunft flächendeckend die hausärztliche Versorgung in Rheinland-Pfalz sicherzustellen. Nur ein konzertiertes und nachhaltiges Gesamtkonzept kann erfolgreich sein.

Gerne bringt sich die bvmd weiterhin in die Diskussion, um eine sinnvolle und bedarfsgerechte Erweiterung der Zulassung zum Medizinstudium und in die Diskussion der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung ein.

Über die bvmd

Die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd) ist die legitimierte Vertretung der mehr als 90.000 Medizinstudierenden in Deutschland. Sie ist der Zusammenschluss der Studierendenvertretungen der bundesweit 38 medizinischen Fakultäten und Fachbereiche.

Quellenangaben

1 <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Tabellen/Ausgabentraeger.html;jsessionid%3D37D02733852DAEB5FB01D12594F841B4.InternetLive2&sa=D&ust=1528713616911000&usg=AFQjCNH5a> (letzter Zugriff am 08.06.2018)

2 <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Gesundheitspersonal/Tabellen/Einrichtungen.html> (letzter Zugriff am 08.06.2018)

3 <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/GDKrankenhaeuserJahreOhne100000.html> (letzter Zugriff am 08.06.2018)

4 Heublein U, Ebert J, Hutzsch C, Isleib S, König R, Richter J, Woisch A. Zwischen Studierenerwartungen und Studienwirklichkeit. *Ursachen des Studienabbruchs, beruflicher Verbleib der Studienabbrecherinnen und Studienabbrecher und Entwicklung der Studienabbruchquote an deutschen Hochschulen*. In: Forum Hochschule. Hannover: DZHW; 2017 (1): 107.

5 <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Indikatoren/LangeReihen/Bildung/Irbil05.html> (letzter Zugriff am 08.06.2018)

6 http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2017/Stat17AbbTab.pdf (letzter Zugriff am 08.06.2018)

7 http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Aerztestatistik2006.pdf (letzter Zugriff am 08.06.2018)

8 <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/71085/umfrage/verteilung-der-einwohnerzahl-nach-bundeslaendern/> (letzter Zugriff am 08.06.2018)

-
- 9 Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Sondergutachten 2012. *Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung*; 2012.
- 10 https://www.gesetze-im-internet.de/_appro_2002/BJNR240500002.html (letzter Zugriff am 08.06.2018)
- 11 https://www.bmbf.de/files/2017-03-31_Masterplan%20Beschlusstext.pdf (letzter Zugriff am 08.06.2018)
- 12 <https://www.uni-augsburg.de/projekte/medizin/faq/> (letzter Zugriff am 08.06.2018)
- 13 https://ekvv.uni-bielefeld.de/blog/uniaktuell/entry/medizinische_fakult%C3%A4t_startet_im_innovationszentrum (letzter Zugriff am 08.06.2018)
- 14 Hetz P. Mostovova E. Hochschul-Barometer. *Wie Hochschulen mit Unternehmen kooperieren*. Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft; 2013. Verfügbar unter: <http://www.hochschul-barometer.de/download/file/fid/3> (letzter Zugriff am 08.06.2018)
- 15 World Health Organization. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: Global policy recommendations. Geneva: World Health Organization; 2010. Verfügbar unter: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44369/9789241564014_eng.pdf?sequence=1. (letzter Zugriff am 08.06.2018)
- 16 <http://www.unimedizin-mainz.de/allgemeinmedizin/allgemeinmedizin/uebersicht.html> (letzter Zugriff am 08.06.2018)
- 17 Junge Allgemeinmedizin Deutschland. Positionspapier zu Kompetenzzentren Weiterbildung; 2017. Verfügbar unter: https://drive.google.com/file/d/1d3hXp6x6zSKH_J2S8GMpSwxaa6rv7Acu/view (letzter Zugriff am 08.06.2018)
- 18 Jacob RJ. Kopp J. Schultz S. Berufsmonitoring Medizinstudenten 2014. *Ergebnisse einer bundesweiten Befragung*. Berlin: Kassenärztliche Bundesvereinigung; 2015.
- 19 http://www.klinikum.uni-muenchen.de/Institut-fuer-Didaktik-und-Ausbildungsforschung-in-der-Medizin/de/forschung/projekte_abgeschlossen/medi-bap.html (letzter Zugriff am 08.06.2018)
- 20 https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/gp_specials/aerzte_fuer_deutschland/article/893417/aerztehaus-buesum-vorzeigeobjekt-nordseestrand.html (letzter Zugriff am 08.06.2018)