

Ärztemangel

- Ein Problem der Medizinischen Fakultäten?

Prof. Dr. R. P. Nippert

Ehem. Komm. Geschf. Direktor des Instituts für Ausbildung u. Studienangelegenheiten
der Medizinischen Fakultät, Westfälische Wilhelms-Universität Münster

Ärztekammer Nordrhein, Universität Witten-Herdecke, Ärztekammer Westfalen-Lippe:
Ärztemangel in Nordrhein-Westfalen. Was ist dran? Was ist zu tun?
FEZ Witten - Forschungs- und Entwicklungszentrum, Witten, 10.05.2011

Ärztemangel – Ein Problem der Medizinischen Fakultäten?

Ärzte

Reformer Seehofer krempelt das Medizinstudium um. Es soll weniger und bessere Ärzte geben

Die ärztliche Kunst ist von allen Künsten die hervorragendste", behauptete in vorchristlicher Zeit der Griechen Hippokrates.

Seine Jünger, die dem Eid des Hippokrates noch heute verpflichtet sind, nahmen den Mund genauso voll, „Keine andere Wissenschaft erfordert soviel durchdringenden Menschenverstand“, rührte 1791 der Rostocker Medizinprofessor Samuel Gottlieb von Vogel sein Fach, „soviel Kopf und Genie, soviel Denkkraft und Scharfsinn.“

Aus, vorbei. Jetzt sind Geduld gefragt, Stiftleisch und ein gutes Gedächtnis. Der Bonner Gesundheitsminister Horst Seehofer (CSU), der über die Ärzte gekommen ist wie Jahre über die Hethiter, will nach seiner erfolgreichen „Honarardeckelung“ nun auch noch rück, zuck das Medizinstudium revolutionieren – der Nachwuchs soll abgeschreckt und herausgeprüft werden, damit die Ärzteschwemme das Gesundheitswesen nicht ruiniert.

Derzeit studieren in Deutschland mindestens 100 000 Hochschüler Humanmedizin. In wenigen Jahren werden diese Adepten der Heilkunst das ohnehin kopfstarke Heer der deutschen Ärzte – gegenwärtig 300 000 in Ost und West – nochmals verstärken (siehe Grafik). Davor fürchten sich alle Kostenträger.



Reformen Seehofer: Studiendauer gestreckt

ger, besonders die Krankenkassen. Sie wissen aus langjähriger Erfahrung, daß jeder neu niedergelassene Arzt pro Jahr rund eine Million Mark zusätzlicher Kosten verursacht — der Doktor kassiert ja nicht nur sein Honorar, er verordnet auch Massagen, Bruchbänder, Brillen und reichlich Medikamente.

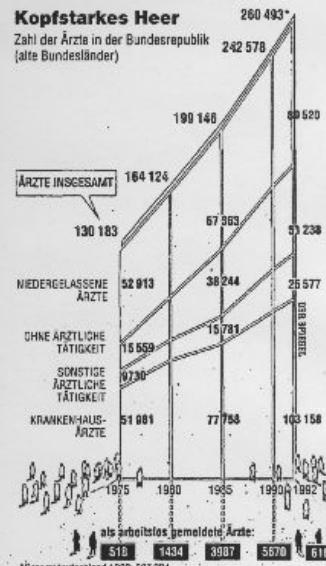
Bundesgesundheitsminister Seehofer hat sich deshalb etwas Besonderes einfallen lassen: Noch in dieser Legislaturperiode soll die Approbationsordnung für Ärzte geändert werden. Die Seehofersche Novelle sieht vor, daß die erfolgreichen Absolventen des Medizinstudiums sich zwar noch „Ärztin“ oder „Ärztin“ nennen dürfen, die Heilkunde auch „eigenerverantwortlich“, aber nicht mehr „selbstständig“ ausüben dürfen. Begründung des Bonner Gesundheitsministeriums: „Angesichts der umfassenden Anforderungen an den Arzt in allen industrialisierten Ländern ist kein Studium ohne anschließende fachärztliche Weiterbildung vorstellbar, die erst zur selbstständigen Tätigkeit befähigt (z. B. als niedergelassener Arzt).“

Dem Deutschen Ärzteblatt blieb in der letzten Woche, als alles rauskam,

der letzten Woche, als unter Auskunfts-
fist die Spucke weg: „Echte Revolution
der ärztlichen Berufsausübung“, stöhnte
die Standeszeitschrift,
eine gelungene „Über-
raschung“ durch den
„Bilderbuchpragmati-
ker Seehofer“.

Wenn der Bonner Minister mit seinen Plänen durchkommt, wird ein Arzt in Deutschland zukünftig nur noch „unter Aufsicht“ eines Facharztes oder eines alten Praktikers arbeiten dürfen. Das sechsjährige Medizinstudium wird so de facto um eine vier- bis sechsjährige Pflicht-, Weiterbildung verlängert. Die „Gesamtbildungsfa-

Mindestens ebenso wichtig aber ist dem durchsetzungsfähigen Gesundheitspolitiker die Fähigkeit, die eigene Gesundheit zu erhalten.



WISSENSCHAFT

politischer, daß in Zukunft weniger Medizinstudenten zugelassen werden als bisher. Im letzten Jahr haben in Deutschland noch 12.000 stud. med. an 37 Ausbildungssätzen das begehrte Fach neu beglebt, trotz harter Zulassungsbeschränkungen und eines strapaziösen „Medizinertests“.

Geregt wird die Anfang der Nach-

Recht, in den nächsten Jahren „im Krankenhaussektor abschmelzende Arbeitsplatzapsätze für Ärzte“.

Damit gar nicht erst so viele arbeitsuchende Ärzte die Gesundheitspolitiker in Verlegenheit bringen, soll die Selektion im Vorfeld noch einmal verschärft werden. Den alten Mediziniergrundzustand „Inskribiert und nicht kreipect“ ist pro-

Gezeigt wird die Rüfung der Nachwurtsärzte durch die „Kapazitätsverordnung“. Dies ist immer noch relativ großzügig, sonst kann nur durch die Errichtung der neuen „praxisnahen Ausbildung“ ausgehebelt werden. Möglicherweise, so, daß verhinderte Medizinstudenten sich auch über eine Klage vor den Verwaltungsgerichten keinen Studienplatz mehr erstreiten können.

deit der Bundesanzeiger und als Ehrenvorsitzender des Markgräfler Bum-

Recht, in den nächsten Jahren „im Krankenhaussektor abschmelzende Arbeitsplatzkapazitäten für Ärzte“.

Arzneimittel

Tod aus der Ampulle

Als das neue Schmerzmittel im Januar letzten Jahres auf den deutschen Markt kam, wurde es von der ärztlichen Fachpresse als eine Art Pharmawunder begrüßt: Toralex, hieß es, vertreibe Schmerzen so gründlich wie sonst nur Morphin, löse aber wegen der Suchteeffekte noch Bewußtseinstrübung aus.

Begeistert von Toratex, einem Produkt des amerikanischen Chemieimkerns Syntax, zeigte sich auch Professor Heinrich Hess aus Saarbrücken, der den Schmerztröter in seiner Klinik an 60 frisch operierten Patienten erprobt hatte – mit „überlegentlich Erfolg“, wie der Orthopäde auf einem Syntax-Symposium in schweizerischen Göteborg berichtete. Schädliche Nebenwirkungen hatte Hess, Teamarzt der deutschen Fußballnationalmannschaft, bei dem klinischen Test in keinem Fall beobachtet.

Die ärztlichen Lobes-hymnen auf Toratex - Fir-menwerbung: „Trifft den Schmerz und nicht den Pa-tienten“ - sind inzwischen verstummt. Alarmmeldun-
gen aus aller Welt signali-
sieren, daß der angeblich so
segensreiche Schmerzstiller
ein Pharmaedesaster verur-
sacht hat.

Auf Intensivstationen

A black and white photograph capturing a moment in a hospital room. In the center, a person is lying in a hospital bed, appearing to be in a state of distress or recovery. A medical professional, dressed in a white coat, is leaning over the patient, possibly performing a procedure or providing care. Surrounding the bed are several other individuals, likely family members or additional medical staff, who are observing the scene. The room is filled with the typical equipment and furniture of a hospital ward, including a large wooden cabinet in the background. The overall atmosphere is one of concern and medical attention.

Mediziner-Ausbildung am Krankenbett*: Mehr Praxisnähe statt „Multiple Scheiß“

des Lobbyist der Jungärzte, kommentiert Seehofers Bemühungen einfühlsam: „Der Nachschub von unten soll gedrosselt werden“ – nur so sei die vorhersehbare „Crash-Situation im Bereich des Arbeitsmarktes für Ärzte und Ärztinnen abgemildert, auch im Bereich

Seehofer will nicht nur die Ärzte von der freien Praxis fernhalten; er plant auch, die deutschen Kliniken gesundzuschrumpfen. Der Minister in der letzten Woche: „Die Liegezeiten sind bei uns viel zu lang.“ Bisher saugen die Krankenhäuser wie Schwämme jeweils nahezu alle frisch ausgebildeten Ärzte auf.

gen ersetzt werden – „während des gesamten Studiums und nach Abschluß eines jeden Stoffgebietes“, wie das *Deutsche Ärzteblatt* den Medizinstudenten droht.

Doch die haben mittlerweile ein diktes Fell. Das Pauken sinnloser Fakten gilt als unabänderliches Martyrium auf dem langen Weg zu Stethoskop und weißem Kittel. Der brave Medizinstudent, von seinem Bravo heauffragt, ein Telefonbuch auswändig zu lernen, fragt nicht: "Warum?" Er fragt: "Was ist das?" Und der Professor, der sich mit dem Leben beschäftigt, kann nur sagen, Magen- und Darmgeschwüre, unstillbare Blutungen sowie Asthmafälle bis zum Atemstillstand. Mindestens jeder 10.000 Patient, so schätzen mittlerweile Experten, bezahlt die Tornax-Therapie mit dem Leben.

„Bis wann?“

Ärztemangel – Definition:

„Nachfrage nach ärztlichen Leistungen übersteigt das Angebot“

Ärzteschwemme - Definition:

„Angebot an ärztlichen Leistungen übersteigt die Nachfrage“

Bei 3,6 praktizierenden Ärzten in Deutschland ist
Ärztemangel ein Distributions- und Diversifikationsproblem

Zum Vergleich: Praktizierende Ärzte in ausgewählten OECD-Ländern:

GR= 5,4; NL= 3,9; E= 3,7; I= 3,7; S= 3,6; P= 3,5; F= 3,4; DK= 3,2;
FIN= 3,0; GB= 2,5; PL= 2,2; OECD: 3,1.

Quelle: OECD, Health at a glance, 2009

These 1:

Ärztemangel ist in Deutschland, vor allem eine politische Kategorie¹⁾, die sich objektiver Feststellung entzieht.

¹⁾ vergleichbar mit „erlebte Versorgungsqualität“,

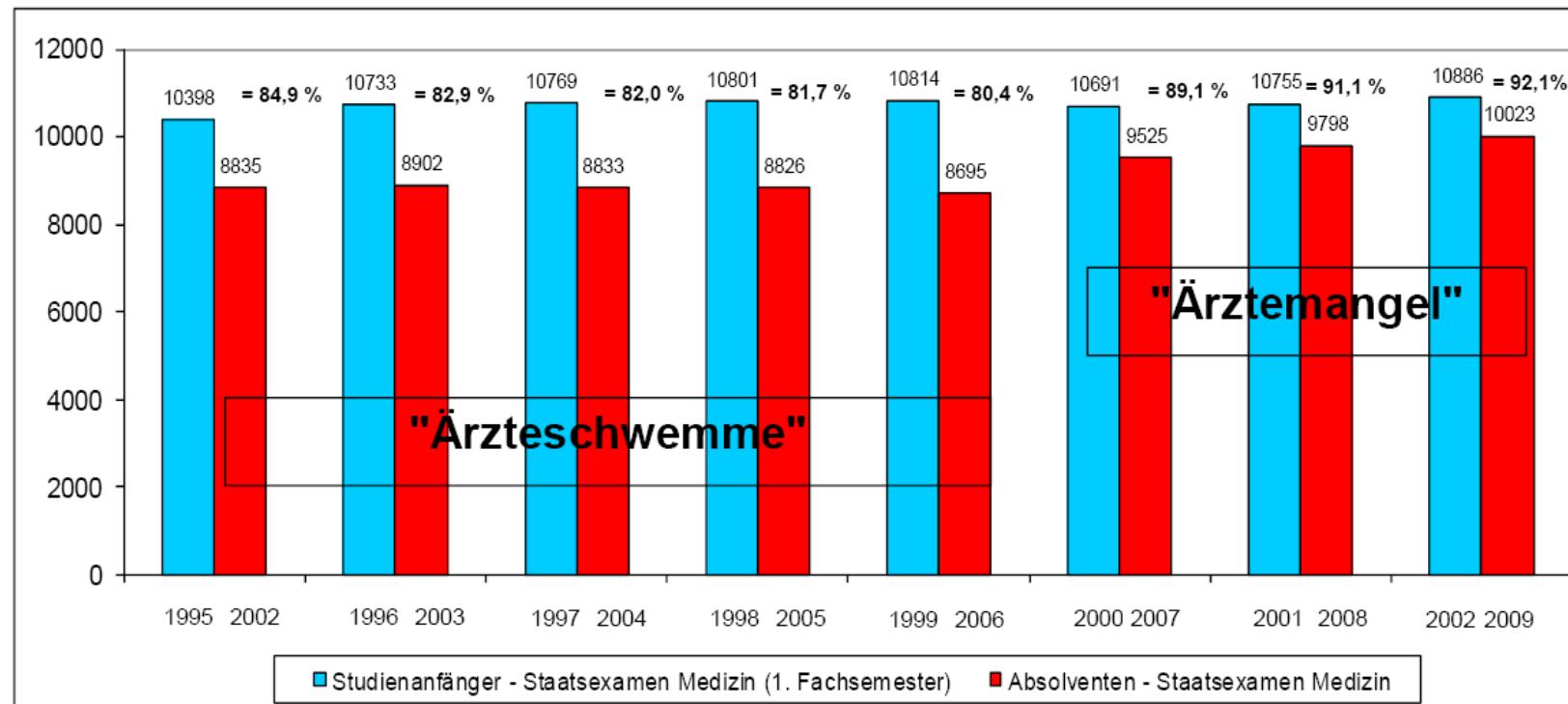
s. Eckpunkte zum Versorgungsgesetz vom 08.04.2011, No. 3, S.21-23

Ärztemangel – Ein Problem der Medizinischen Fakultäten?

MFT

MEDIZINISCHER FAKULTÄTENTAG
der Bundesrepublik Deutschland

Erfolgsquoten des Medizinstudiums insgesamt



Quelle: StBA: Sonderauszählung für den MFT

Quelle: StaRa MFT 2010

These 2:

Durch Erhöhung der Studienplatzzahl ¹⁾ für Humanmedizin oder der Gründung weiterer Medizinischen Fakultäten lässt sich der Mangel an praktizierenden Ärzten nicht beheben.

¹⁾ s. Eckpunkte zum Versorgungsgesetz vom 08.04.2011; No. 2.1, S.17

These 3:

Den Mangel an Ärzten durch Veränderung der Zugangskriterien zum Studium der Humanmedizin zu beheben, unterstellt, dass die bestehenden Zugangskriterien zum Studium der Humanmedizin eine falsche Auswahl begünstigen.

MFT
MEDIZINISCHER
FAKULTÄTENTAG
 der Bundesrepublik
 Deutschland

Auswahlverfahren der Hochschulen (AdH):
 8 von 35 Fakultäten verwenden ausschließlich die Abiturdurchschnittsnote
 27 Fakultäten verwenden von 2 bis zu 5 Kriterien zur Relativierung der Abiturdurchschnittsnote (z. B. Ulm bis Note 2,5)

Kriterien	Bundesland	Universitäten	Abiturnote	Gew. Einzelnoten	TMS*	Beruf	Leist. Außerschulisch	Gespräch	Wettbewerb**	FSJ***
1	Hessen	Marburg U	1							
	NRW	Aachen U	1							
	NRW	Bonn U	1							
	NRW	Düsseldorf U	1							
	NRW	Köln U	1							
	NRW	Münster U	1							
	Saarland	Saarbrücken U	1							
	Sachsen-Anhalt	Magdeburg U	1							
2	Bayern	Erlangen U	1		1					
	Bayern	München U	1		1					
	Bayern	Regensburg U	1		1					
	Niedersachsen	Göttingen U	1				1			
	NRW	Bochum U	1	1						
	NRW	Essen U	1				1			
	Rheinland-Pfalz	Mainz U	1	1						
	Schlesw.-Holst	Kiel U	1	1						
3	Bayern	Würzburg U	1	1	1					
	Berlin	Charité U	1	1					1	
	Hamburg	Hamburg U	1		1				1	
	Hessen	Frankfurt/M U	1	1	1					
	Hessen	Gießen U	1	1	1					
	Meck.-Pomm	Rostock U	1	1					1	
	Niedersachsen	Hann. MedH	1				1	1		
	Sachsen	Leipzig U	1		1	1				
4	Sachsen-Anhalt	Halle U	1	1		1				
	Thüringen	Jena U	1	1		1				
	BW	Tübingen U	1		1	1				1
	BW	Ulm U	1		1	1		1		
	Meck.-Pomm	Greifswald U	1	1		1			1	
5	NRW	Witten-Herdecke	1			1	1	1		
	Schlesw.-Holst	Lübeck U	1		1	1			1	
	BW	Freiburg U	1		1	1			1	1
	BW	Heidelberg U	1		1	1			1	1
	BW	Heidelb/Mannh	1		1	1			1	1
	Sachsen	Dresden TU	1	1		1	1	1	1	
	Summen:		35	10	10	18	4	10	4	3

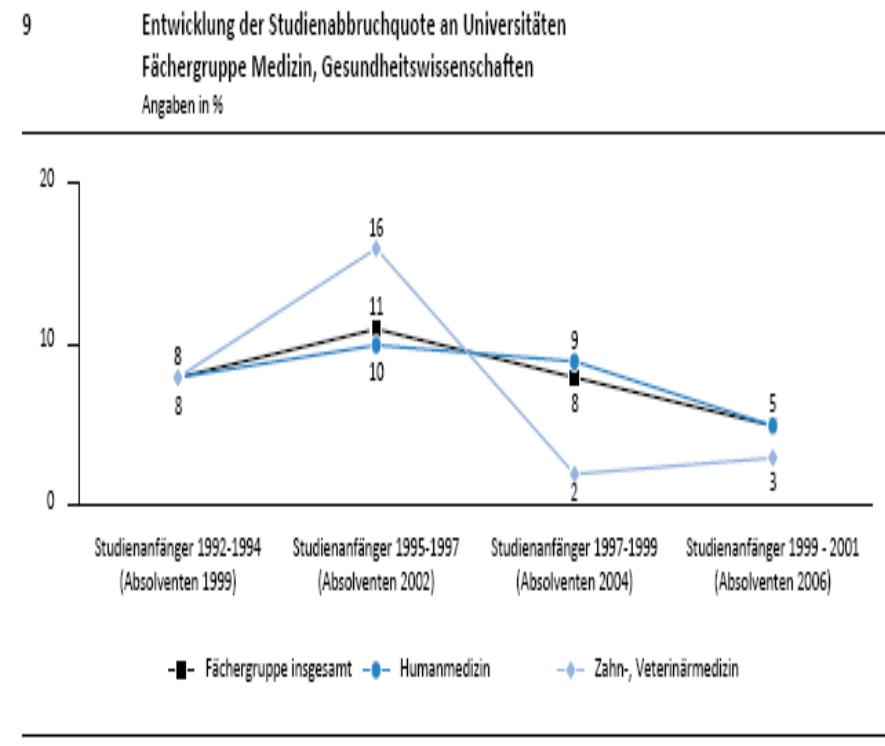
Ärztemangel – Ein Problem der Medizinischen Fakultäten?

MFT MEDIZINISCHER FAKULTÄTENTAG

der Bundesrepublik Deutschland

HIS, 2008 Vergleich der Fächer für deutsche Absolventen

Eine hohe Studienerfolgsrate ist nach wie vor in der Fächergruppe Medizin festzustellen. Der Studienabbruch, der schon unter den Studienanfängerjahrgängen der neunziger Jahre sehr gering ausgefallen ist, hat sich noch weiter vermindert. **Lediglich 5 von 100 Studienanfängern schaffen keinen akademischen Abschluss** (vgl. Abb. 9). Offensichtlich tragen in dieser Fächergruppe **Zulassungsbeschränkungen, transparente Studienstrukturen, hohe Studienmotivation und klare Berufsvorstellungen dazu bei, dass es nur selten zur Studienaufgabe kommt**. Enttäuschungen im Studium über die Studieninhalte, die beruflichen Möglichkeiten und die eigenen Leistungsfähigkeiten scheinen sich in Grenzen zu halten. (Hervorh. von mir)



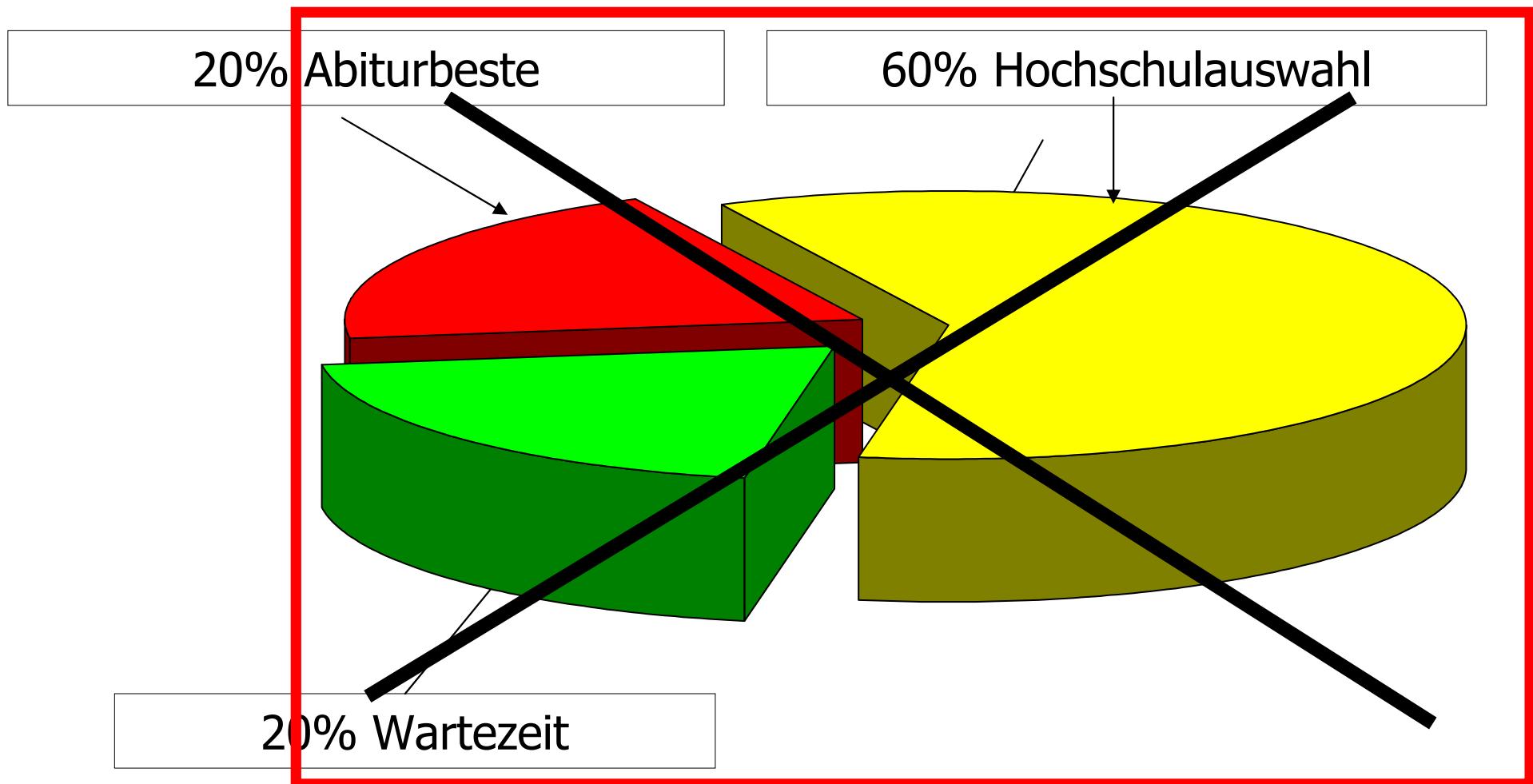
Quelle: U Heublein/ R Schmelzer/ D Sommer: Die Entwicklung der Studienabbruchquote an den deutschen Hochschulen: HIS Projektbericht, Februar 2008

These 4:

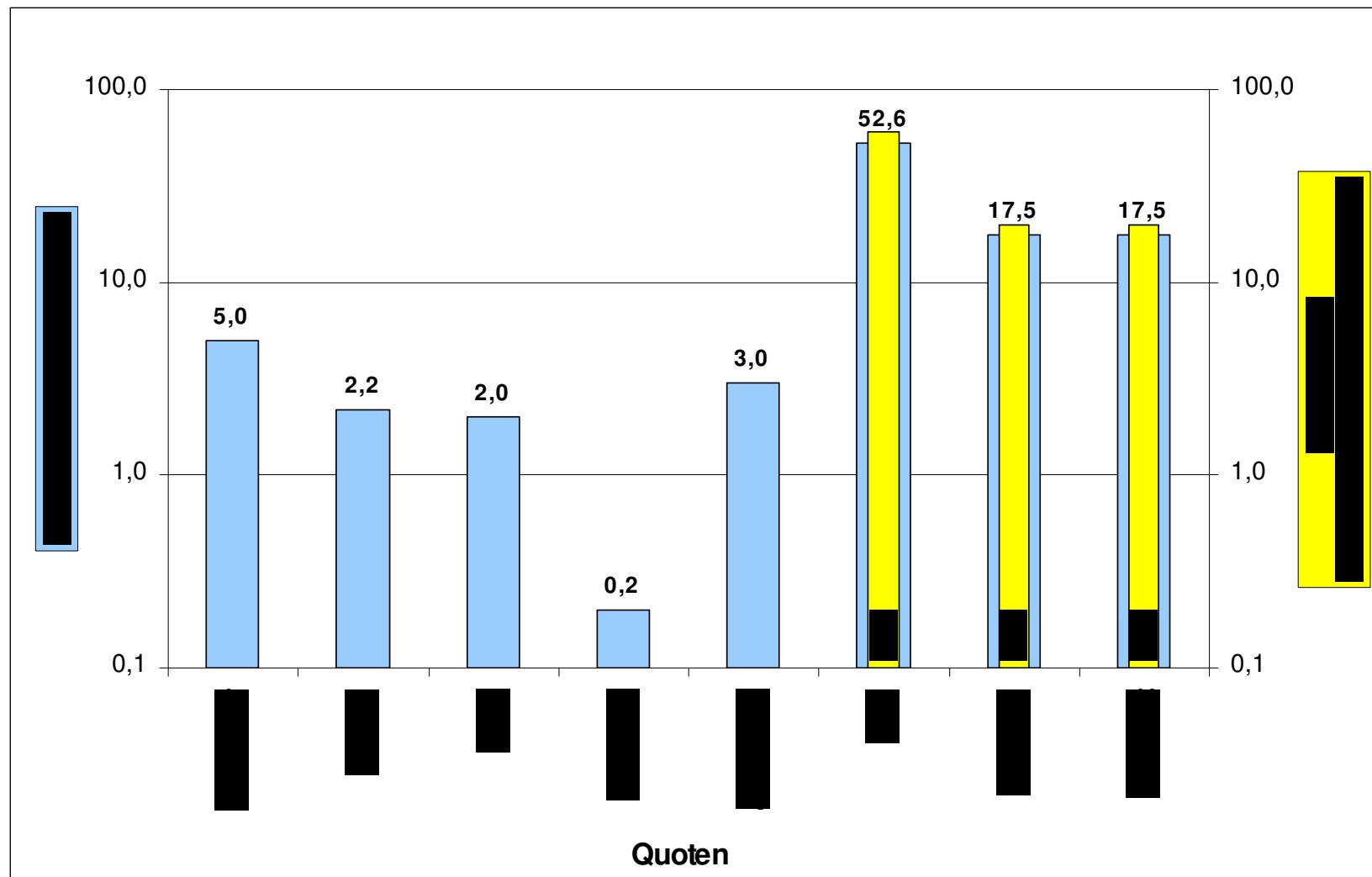
Auch die Modifikation der Zugangskriterien zum Medizinstudium durch Auswahlverfahren der Hochschulen (AdH)¹⁾ kann den Mangel an Ärzten nicht beheben.

¹⁾ Eckpunkte zum Versorgungsgesetz vom 08.04.2011; No. 2.2, S.17-18

Bundesweites Auswahlverfahren



Ärztemangel – Ein Problem der Medizinischen Fakultäten?



Quelle: Dr. iur. utr. Ulf Bade, Stiftung für Hochschulzulassung, Dortmund

These 5:

Mit der Veränderung von Auswahlkriterien¹⁾ zum Studium verbindet sich die Erwartung, dass durch modifizierte Aufnahmekriterien Bewerbern Zugang zum Studium ermöglicht wird, die ihre spätere Berufstätigkeit ausschließlich nach ideell-altruistischen Kriterien ausrichten und ihre Tätigkeit unbeeinflusst von den jeweilig existierenden Rahmenbedingungen der ärztlichen Berufswirklichkeit ausüben.

¹⁾ Eckpunkte zum Versorgungsgesetz vom 08.04.2011; No. 2.2, S.17

These 6:

„Ärztemangel“ ist ein populärer Ausdruck für regionale Unterversorgung.

Unterversorgung ist aber ein Distributionsphänomen. Das sich nicht mit qualitativen und/oder quantitativen Veränderungen der Zugangskriterien zum Studium modifizieren lässt.¹⁾

1) So schließen aktuell die deutschen Medizinstudierenden „ländliche Gemeinden (> 5000 Einw.) als zukünftige Arbeitsstätten von vornherein ausgeschlossen.
s. R. Jacob, A. Heinz Berufsmonitoring: Medizinstudenten: 2010 Universität Trier

These 7:

Räumliche Verteilungsdisparitäten von ärztlichen Leistungsanbietern lassen sich nur durch Anreizsysteme beeinflussen, die sich an approbierte Ärztinnen und Ärzte richten.

These 8:

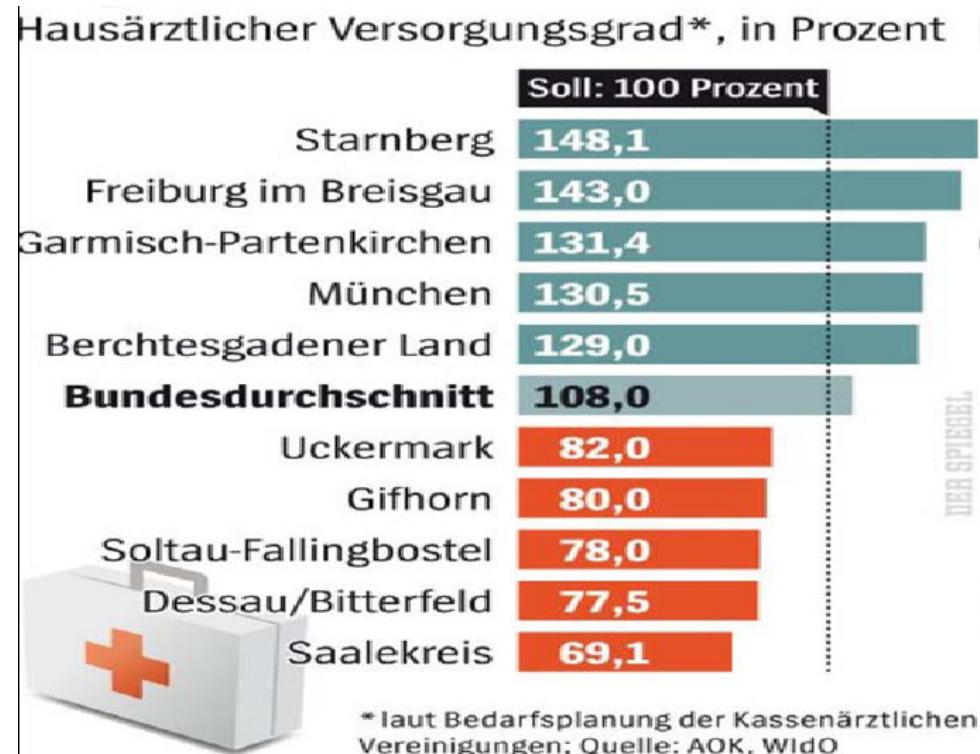
Solche Anreize müssen ein Bündel unterschiedlicher Bedingungen umfassen und Kombinationen materieller und ideeller Art beinhalten; z. B.: Einkommensgarantien, Arbeitszeitobergrenzen, Positionsangebote, Kooperationsmöglichkeiten, Weiterbildungsofferten, Wohnoptionen, Praxis- /MVZ- Bereitstellungen und soziale Maßnahmen z.B. akzeptable Schul- und Kita-Angebote, etc..

These 9:

Verteilungsdisparitäten von praktizierenden Ärzten sind Spiegelungen disparater Lebensbedingungen; diese Verteilungen bleiben unter der Bedingung von Niederlassungsfreiheit bestehen.

Solche Unterschiede lassen sich nur tendenziell und nur durch übergroßen Einsatz von finanziellen Mitteln verringern, da sich die Lebensverhältnisse in „besser“ versorgten Regionen hinsichtlich ihrer Attraktivitäts- und Gratifikationsstrukturen stets schneller weiterentwickeln und somit ihre Anziehungskraft behalten und weiter ausbauen.

Ärztemangel – Ein Problem der Medizinischen Fakultäten?



DER SPIEGEL 18/21011

These 10:

Die Ungleichheit der Lebensbedingungen und deren Beharrungstendenz lassen es zweifelhaft erscheinen, dass regionale Verteilungsdisparitäten von ärztlichen Leistungsanbietern durch erleichterte Anerkennung ausländischer ärztlicher Ausbildungen und entsprechenden Zuzug ausländischer Ärzte und Ärztinnen dauerhaft behoben werden kann.

Fazit:

Die Medizinischen Fakultäten in Deutschland sind an der Entstehung und Entwicklung von regionalen Versorgungsdisparitäten nicht beteiligt.

Die bisher stabile Absolventenzahl von ca. 10.000 p.a. wird voraussichtlich ab 2017/18 bis 2021/22 jeweils ca. 11.000 p.a. betragen.¹⁾

Es gilt, bis dahin die Rahmenbedingungen für praktizierende Ärztinnen und Ärzte in den regional unversorgten Gebieten so zu verändern, dass die ärztliche Tätigkeit dort wesentlich attraktiver gestaltet wird, als sie es zur Zeit ist

¹⁾ s. Vereinbarung zum Ausbau der Medizinstudienplätze in NRW von 2011 bis 2015 um 935 Studienanfängerinnen und -anfänger. Unterzeichnung vom 05.05.2011

**Ich danke Ihnen für Ihre Geduld und
Aufmerksamkeit!**

Ärztemangel – Ein Problem der Medizinischen Fakultäten?

Nachfolgend Anregungen zur Diskussion:

”

- Probleme: Altersverteilung der niedergelassenen Ärzte $\sim \frac{1}{4}$ wird aus Altersgründen in den nächsten 5-7 Jahren ausscheiden, in den 10 Jahren danach erfolgt eine weitere Ausscheidewelle von $\sim 40\%$ der zur Zeit bestehenden niedergelassenen Allgemein-/Praktischen Arztpraxen.
- Interessen der Medizinstudierenden: **Genderspezifische** Arbeitsbedingungen in Krankenhaus und Niederlassung fordern und schaffen: Dabei müssen **lebenszyklische** Entwicklungen bezüglich der Weiterbildung und die Bedingungen des **Wiedereinstiegs** besonders im Auge behalten werden.

”

- Veränderung von Zulassungskriterien zum Medizinstudium zu Gunsten von vor dem Studium bestehenden „Motivationen für die kurative Tätigkeit“¹⁾ vorzunehmen, verkennt die Möglichkeit der zu diesem Zeitpunkt möglichen Motivationsanalyse. (s. Verfahren zur Durchführung von Zulassungsgesprächen von 3er-4 Kandidaten vor ca. 10 Jahren) Es gibt keine validen Voraussagen dafür, ob ein besonderes Interesse an der ärztlichen Versorgung besteht. Auch die Vorstellung, dass 60% der Studienplätze nach Hochschulkriterien vergeben werden ist nicht zutreffend (s. Vortrag U. Bade, Stiftg Hochschulzulassung) wenn neben dem Abitur auch andere Parameter den Zugang zum Studium ermöglichen sollen: einschlägige Berufsausbildungen, Freiwilliges Soziales Jahr, Test für Medizinische Studiengänge ²⁾ ist sicher zu fragen, wieso sich mit solchen Kriterien die Vorhersage auf ein dauerhaftes Interesse an der kurativen Tätigkeit verbinden soll!
- ¹⁾ Eckpunkte zum Versorgungsgesetz vom 08.04.2011, No. 2.2 Auswahlverfahren für die Zulassung zum Medizinstudium S. 17-18
- ²⁾ Eckpunkte zum Versorgungsgesetz vom 08.04.2011; No. 2.2, S.18

”

- Die Landärzteförderung³⁾, die aufgrund von 3-5% Vorabquoten vorgenommen werden soll, zu denen Bewerber nach einer vor Beginn des Studiums einzugehenden Verpflichtung nach Beendigung des Studiums und der Weiterbildung in unversorgten Gebieten ambulant tätig zu werden, ist was die erforderliche Kriterienkonkretisierung betrifft, völlig unklar. Entscheidend bleibt, dass eine Verpflichtung, vor Beginn des Studiums eingegangen werden soll, die vermutlich vor allem Studienbewerber anspricht, die mit langen Wartezeiten rechnen müssen und diese i. d. R. mit Berufsausbildungen verbinden, sie medizinnah sind. Die in Aussicht genommene Stipendienvergabe für diese Bewerber durch die KVen ist in der tatsächlichen Realisierung ebenfalls unklar.
- ³⁾ Eckpunkte zum Versorgungsgesetz vom 08.04.2011; No. 2.2, S.18-19

„Ärztemangel“ – Worum handelt es sich? - Diskussionsanregungen

- Die Stärkung der Allgemeinmedizin⁴⁾ in der Ausbildung ist ein Dauerthema, das keineswegs durch Schaffung von Lehrstühlen für Allgemeinmedizin, die Beteiligung geeigneter Praxen, etc. oder durch Festschreibung von Blockpraktika in Allg. Med. bewältigt werden kann. Die Gründe für die geringe Attraktivität dieses Faches liegen in den Strukturen des Gesundheitswesens, die in Deutschland als präferentiell Fachärztliche Versorgungsstrukturen zu kennzeichnen sind. Die Möglichkeiten, sowohl Blockpraktika und vor allem Famulaturen und das PJ in Allgemeinmedizin durchzuführen, existieren bereits, dazu braucht die AAppO nicht geändert zu werden.
- Erlebte Versorgungsrealität? Was bedeutet das? (s. die Verringerung des Pflegesektors) die Versorgungsqualität ist abhängig von den regionalen Strukturbedingungen s.o.
- Es muss diskutiert werden, ob die Einkommensunterschiede zwischen in der Lehre tätigen Medizinern in theoretischen Fächern TVL und den aus klinischen Fächern TVÄ den tatsächlichen Gegebenheiten für eine gute Ausbildung von Studierenden gerecht werden.
- 4) Eckpunkte zum Versorgungsgesetz vom 08.04.2011; No. 2.2, S.19-20

Ärztemangel ein Problem der Medizinischen Fakultäten?



Ärztemangel ein Problem der Medizinischen Fakultäten?



„Ärztemangel“ – Worum es sich dabei handelt

- **John K. Iglehart** is the founding editor of Health Affairs. National correspondent of The New England Journal of Medicine. [1] for 27 years.[2]
- Iglehart is an elected member of the National Academy of Social Insurance and serves on the advisory board of the National Institute For Health Care Management.[1] He was an elected member in the Institute of Medicine of the United States National Academy of Sciences
- He was also the board member of the American Board of Medical Specialties, the Educational Commission for Foreign Medical Graduates and AcademyHealth.[1]
- In 2006, Iglehart was awarded the Academy Health Chair Award.[1]

