

# 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 Nachschub gedrosselt

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

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

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

Aus, vorbei. Jetzt sind Geduld gefragt, Sitzfleisch 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 „Honorardeckelung“ nun auch noch ruck, zuck das Medizinstudium revolutionieren – der Nachwuchs soll abgeschreckt und herausgegriffen werden, damit die Ärzteschwermetalle das Gesundheitswesen nicht ruiniert.

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

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.

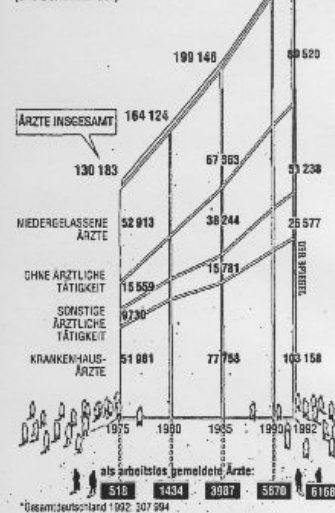
Bundesgesundheitsminister Seehofer hat sich deshalb etwas Besonderes einfallen lassen: Noch in dieser Legislaturperiode soll die Approbationsordnung für Ärzte geändert werden. Die Seehofersche Novelle sieht vor, daß die erfolgreichen Absolventen des Medizinstudiums sich zwar noch „Arzt“ oder „Ärztin“ nennen dürfen, die Heilkunde auch „eigenverantwortlich“, aber nicht mehr „selbständig“ 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 selbständigen Tätigkeit befähigt (z. B. als niedergelassener Arzt).“

Dem Deutschen Ärzteblatt blieb in der letzten Woche, als alles rauskam, fast die Spucke weg: „Echte Revolution der ärztlichen Berufsausübung“, stöhnte die Ständeszeitschrift, eine gelungene „Überschneidung“ durch den „Bilderbuchpragmatiker 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 „Gesamtbildungszeit“ für Heilberuf wird auf mehr als ein Jahrzehnt gestreckt, erst danach beginnt – vielleicht – das richtige Geldverdienen.

## Kopfstärke Heer

Zahl der Ärzte in der Bundesrepublik (alte Bundesländer)



Wer trotz dieser verlängerten Durststrecke Medizin studieren will, der wird überdies schon vom Start weg härter rangenommen. Nachdem der „Medizinische Fakultätentag“ öffentlich bekannt hat, daß die Universitäten, anders als früher, wegen des großen Andrangs und der wissenschaftlichen Fortschritte keine „berufstüchtigen Ärztinnen und Ärzte mehr ausbilden“ können, will Seehofer das ganze Studium umkrempeln: Es soll künftig weniger, aber bessere Ärzte geben.

Die herkömmliche Unterteilung des Studiums in eine „vorklinische Phase“ (wo der Adept fast nur Leichen, aber keine Patienten zu sehen bekommt) und danach die „klinische“ Ausbildung (zusammen 40 Fächer) soll beseitigt werden. Von Anfang an soll künftig patientennah unterrichtet werden. Damit erfüllt der konfliktreiche Oberbayer Seehofer eine von Kritikern der Medizinerausbildung seit langem erhobene Forderung: Die „Zäsur“ zwischen „Vorklinik“ und „Klinik“ soll eingebettet, theoretischer Ballast über Bord gekippt werden – in Zukunft ist „mehr Praxisbezug angesagt“ (Deutsches Ärzteblatt).

Mindestens ebenso wichtig aber ist dem durchsetzungsfähigen Gesundheits-

DER SPIEGEL 25/1993 165



Reformer Seehofer: Studiendauer gestreckt

## WISSENSCHAFT

politiker, daß in Zukunft weniger Medizinstudenten zugelassen werden als bisher. Im letzten Jahr haben in Gesamt-Deutschland noch 12 000 stud. med. an 37 Ausbildungsstätten das begehrte Fach neu belegt, trotz harter Zulassungsbeschränkungen und eines strapaziösen „Medizinerlebens“.

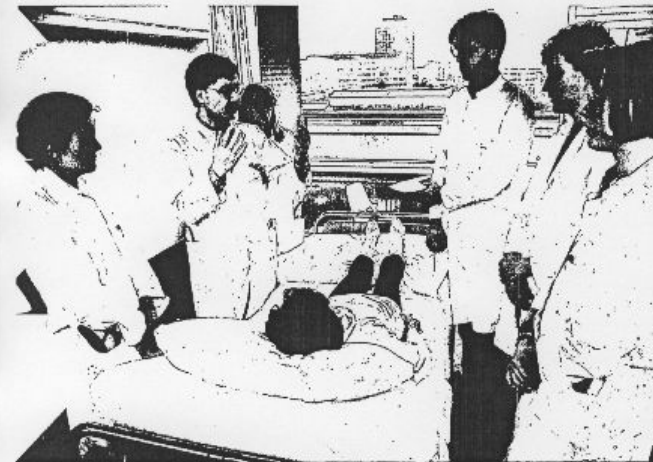
Geregelt wird der Andrang der Nachwuchsärzte durch die „Kapazitätsverordnung“. Die ist immer noch relativ großzügig, soll nun aber durch die Einrichtung der neuen „praxisnahen Ausbildung“ ausgehebelt werden. Möglichst so, daß verminderte Medizinstudenten sich auch über eine Klage vor den Verwaltungsgerichten keinen Studienplatz mehr erstreiten können.

Jörg-Dietrich Hoppe, 52, Vizepräsident der Bundesärztekammer und als Ehrenvorsitzender des Marburger Bun-

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

Damit gar nicht erst so viele arbeitssuchende Ärzte die Gesundheitspolitik in Verlegenheit bringen, soll die Selektion im Vorfeld noch einmal verschärft werden. Den alten Medizinergrundsatz „Inskribiert und nicht kripiert ist promoviert“ haben die Studienlenker zwar schon seit einem Jahrzehnt außer Kraft gesetzt. Statt nur eines mündlichen Staatsexamens gibt es für Nachwuchsärzte mittlerweile drei – bunt kombiniert jeweils mündlich, schriftlich, praktisch und als „Multiple Choice“ gegen den Computer.

Die als „Multiple Scheiß“ verspottete Abfragerlei soll in Zukunft ein wenig zurückgedrängt und durch ein immerwilligeres Potpourri begleitender Prüfun-



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

des Lobbyist der Jungärzte, kommentiert Seehofers Bemühungen einflusslos: „Der Nachschub von unten soll gedrosselt werden“ – nur so sei die vorhersehbare „Crash-Situation im Bereich des Arbeitsmarktes für Ärztinnen und Ärzte“ überhaupt noch zu dämpfen.

Seehofer will nicht nur die Ärzte von der freien Praxis fernhalten; er plant auch, die deutschen Kliniken gesundzuschumpfen. 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. Lobbyist Hoppe fürchtet, wohl zu

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 dickes Fell. Das Pauken sinnloser Fakten gilt als unabänderliches Martyrium auf dem langen Weg zu Stethoskop und weißem Kittel. Der brave Medizinstudent, von seinem Professor beauftragt, ein Telefonbuch auswendig zu lernen, fragt nicht: „Warum?“ Er fragt: „Bis wann?“

In der Medizinischen Hochschule Hannover.

## Arzneimittel

## Tod aus der Ampulle

Neuer Pharmaskandal: Ein angeblich schonendes Schmerzmittel brachte Tausende von Patienten ums Leben.

Als das neue Schmerzmittel im Januar letzten Jahres auf den deutschen Markt kam, wurde es von der ärztlichen Fachpresse als eine Art Pharmawunder begrüßt: Toratec, hieß es, vertreibe Schmerzen so gründlich wie sonst nur Morphium, löse aber weder die Suchteffekte noch Bewußtseinsstörungen aus.

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

Die ärztlichen Lobeshymnen auf Toratec – Firmenwerbung: „Trifft den Schmerz und nicht den Patienten“ – sind inzwischen verstummt. Alarmmeldungen aus aller Welt signalisieren, daß der angeblich so segensreiche Schmerzmittel ein Pharmadesaster verursacht hat.

Auf Intensivstationen chirurgischer Kliniken registrieren die Mediziner eine furchterregende Fülle schwerer Komplikationen, die im Zusammenhang mit einer Toratec-Behandlung auftraten, darunter Lungenentzündungen und Schockzustände, Nieren- und Leberversagen, Magen- und Darmgeschwüre, unstillbare Blutungen sowie Asthmaanfälle bis zum Atemstillstand. Mindestens jeder 10 000. Patient, so schätzen mittlerweile Experten, bezahle die Toratec-Therapie mit dem Leben.

Am 10. Juni teilte das Berliner Bundesgesundheitsamt (BGA) der deutschen Syntex-Niederlassung in Aachen mit, es beabsichtige, dem Präparat in allen Darreichungsformen die Marktzug-

### 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 Kategorie<sup>1)</sup>, die sich objektiver Feststellung entzieht.

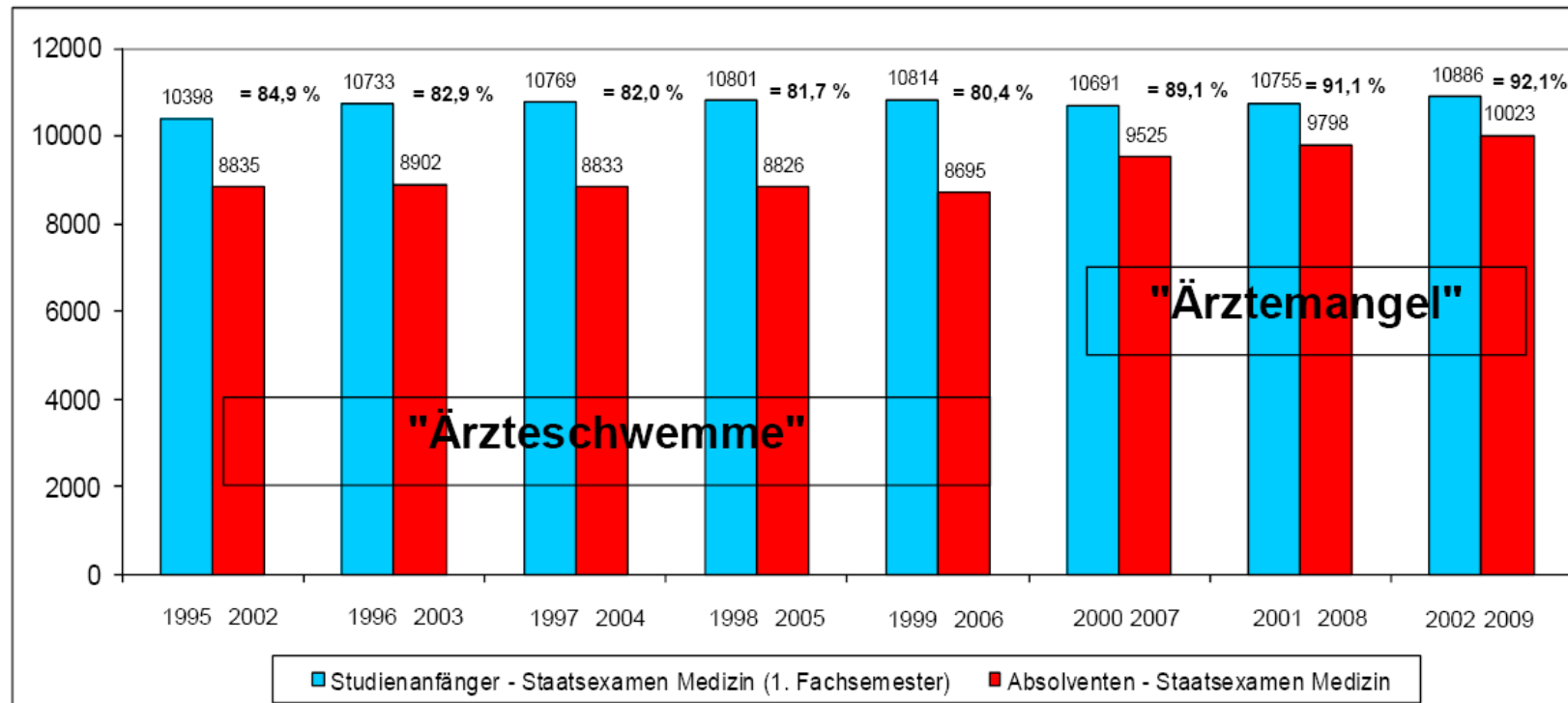
<sup>1)</sup> vergleichbar mit „erlebte Versorgungsqualität“,

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

## MFT

MEDIZINISCHER FAKULTÄTENTAG  
der Bundesrepublik Deutschland

### Erfolgsquoten des Medizinstudiums insgesamt



Quelle: StBA: Sonderauszählung für den MFT

Quelle: StBA MFT 2010

## These 2:

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

<sup>1)</sup> 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	Abitur	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				
	Sachsen-Anhalt	Halle U	1	1		1				
	Thüringen	Jena U	1	1		1				
4	BW	Tübingen U	1		1	1			1	
	BW	Ulm U	1		1	1	1			
	Meck-Pomm	Greifswald U	1	1		1		1		
	NRW	Witten-Herdecke	1			1	1	1		
	Schlesw-Holst	Lübeck U	1		1	1		1		
5	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		
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

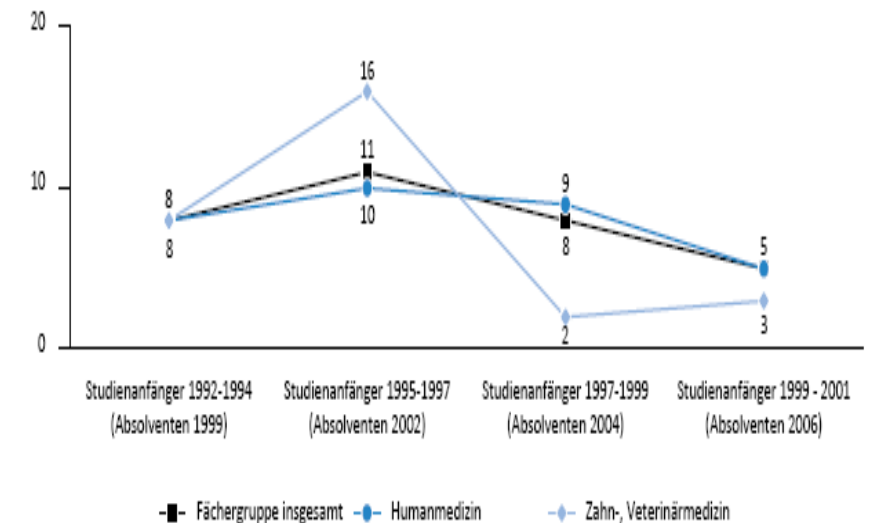
Studium über die Studieninhalte, die beruflichen Möglichkeiten und die eigenen Leistungsfähigkeiten scheinen sich in Grenzen zu halten. (Hervorh. von mir)

9

Entwicklung der Studienabbruchquote an Universitäten

Fächergruppe Medizin, Gesundheitswissenschaften

Angaben in %



HIS-Studienabbruchuntersuchung 2008

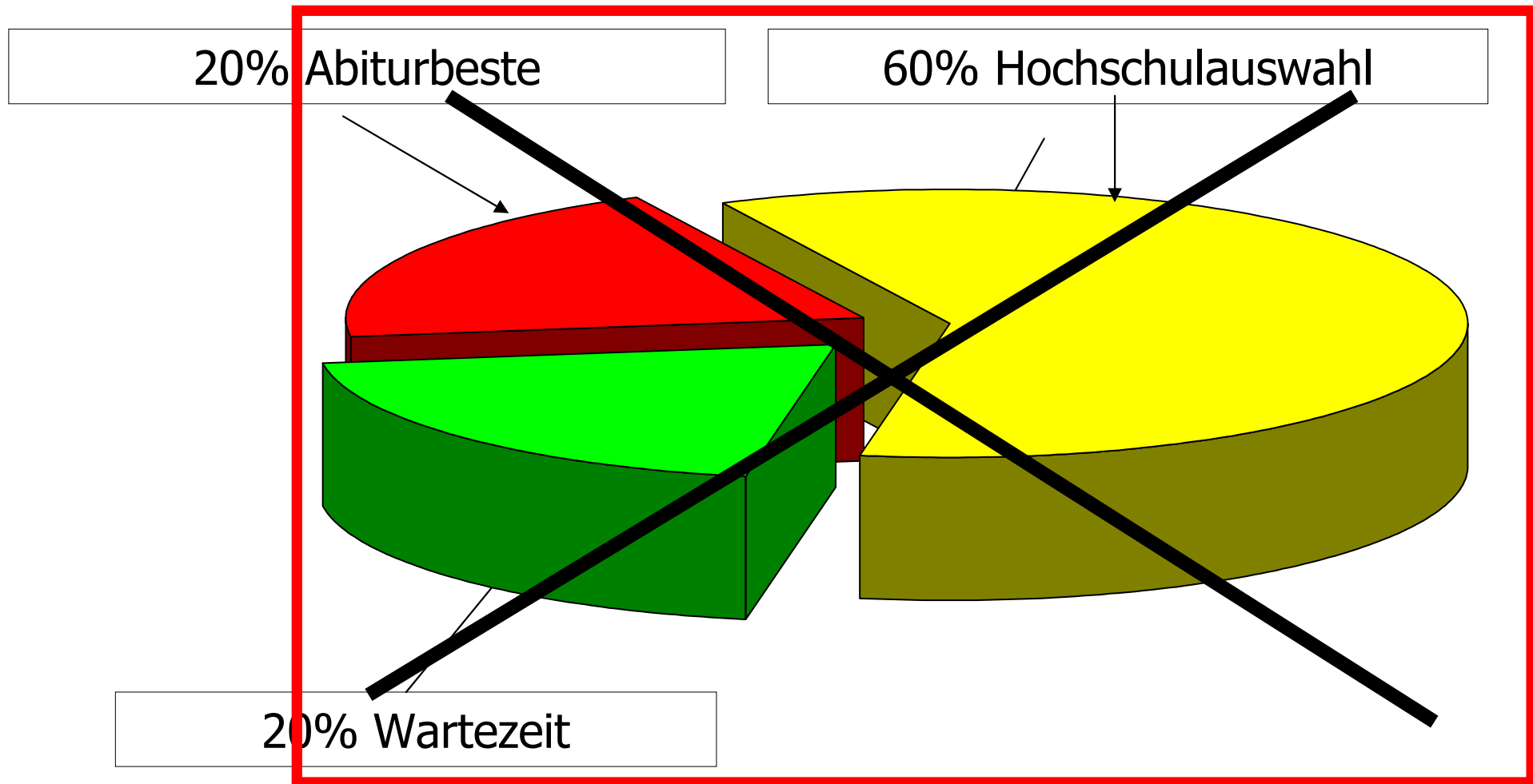
Quelle: U Heublein/ R Schmelzer/ D Sommer: Die Entwicklung der Studienabbruchquote an den deutschen Hochschulen: HIS Projektbericht, Februar 2008

### These 4:

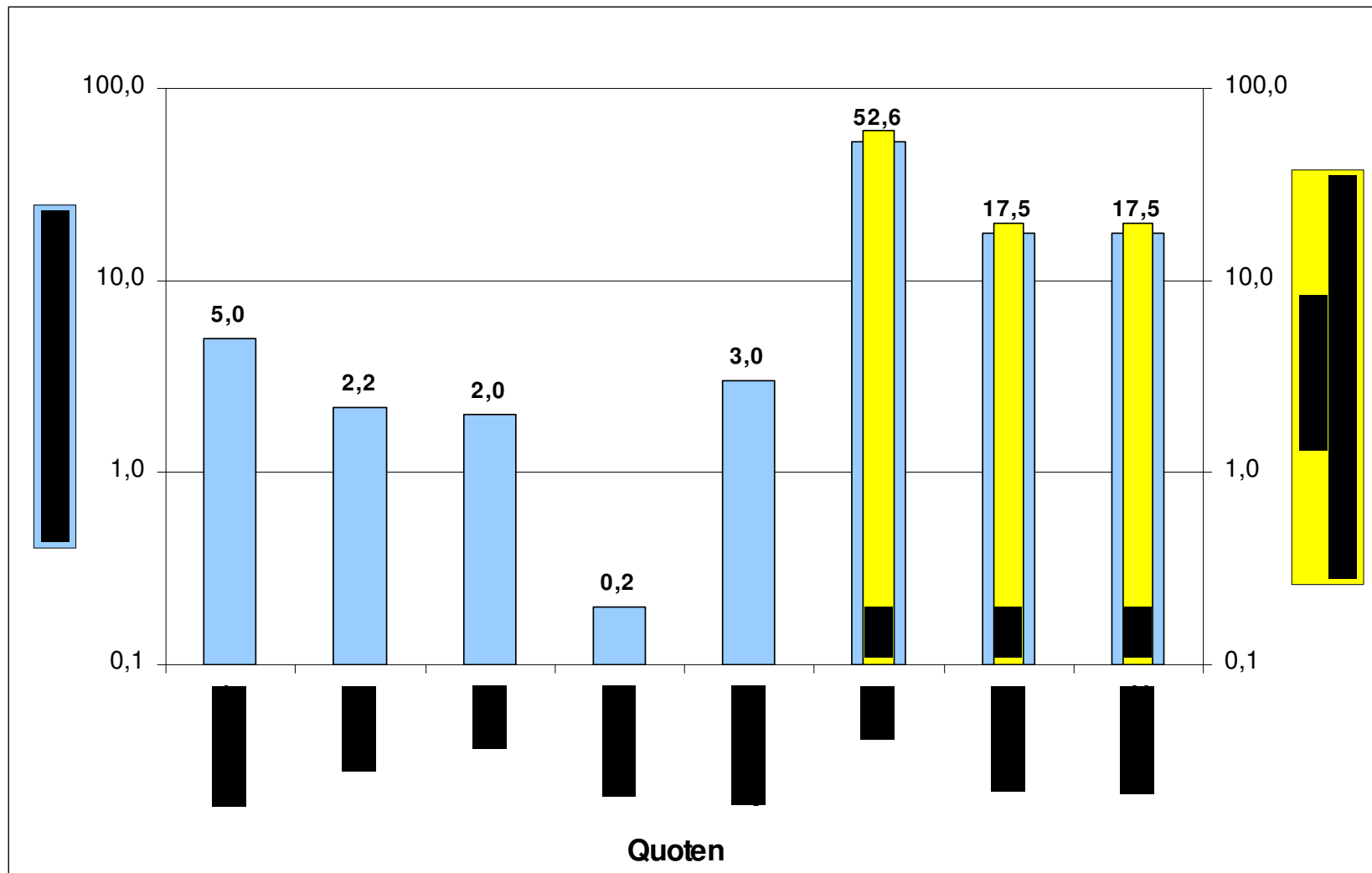
Auch die Modifikation der Zugangskriterien zum Medizinstudium durch Auswahlverfahren der Hochschulen (AdH)<sup>1)</sup> kann den Mangel an Ärzten nicht beheben.

<sup>1)</sup> 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 Auswahlkriterien<sup>1)</sup> 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.

<sup>1)</sup> 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.<sup>1)</sup>

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..

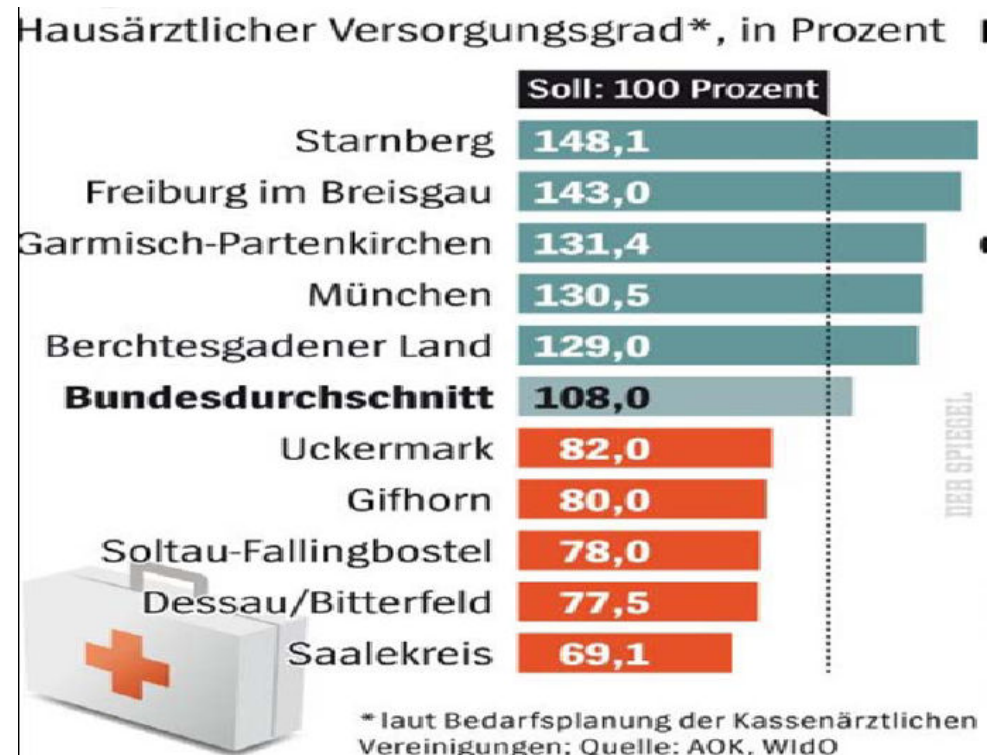
## These 9:

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.<sup>1)</sup>

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

<sup>1)</sup> 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!**

Nachfolgend Anregungen zur Diskussion:

- Probleme: Altersverteilung der niedergelassenen Ärzte  $\sim 1/4$  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“<sup>1)</sup> 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 <sup>2)</sup> ist sicher zu fragen, wieso sich mit solchen Kriterien die Vorhersage auf ein dauerhaftes Interesse an der kurativen Tätigkeit verbinden soll!
- <sup>1)</sup> Eckpunkte zum Versorgungsgesetz vom 08.04.2011, No. 2.2 Auswahlverfahren für die Zulassung zum Medizinstudium S. 17-18
- <sup>2)</sup> Eckpunkte zum Versorgungsgesetz vom 08.04.2011; No. 2.2, S.18

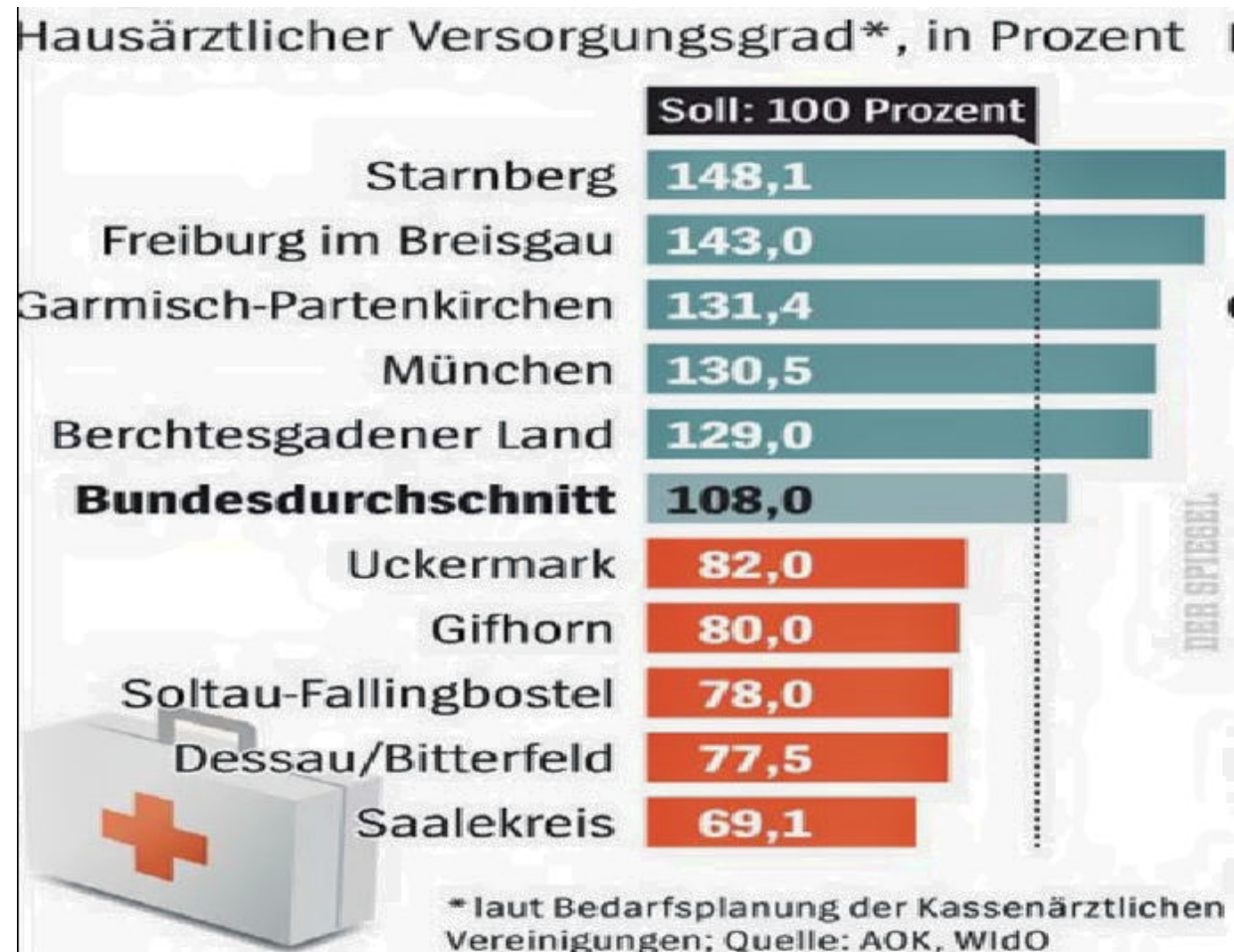
- Die Landärzteförderung<sup>3)</sup>, die aufgrund von 3-5% Vorabquoten vorgenommen werden soll, zu denen Bewerber nach einer vor Beginn des Studiums einzugehenden Verpflichtung nach Beendigung des Studiums und der Weiterbildung in unterversorgten Gebieten ambulant tätig zu werden, ist was die erforderliche 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.
- <sup>3)</sup> Eckpunkte zum Versorgungsgesetz vom 08.04.2011; No. 2.2, S.18-19

## „Ärztemangel“ – Worum handelt es sich? - Diskussionsanregungen

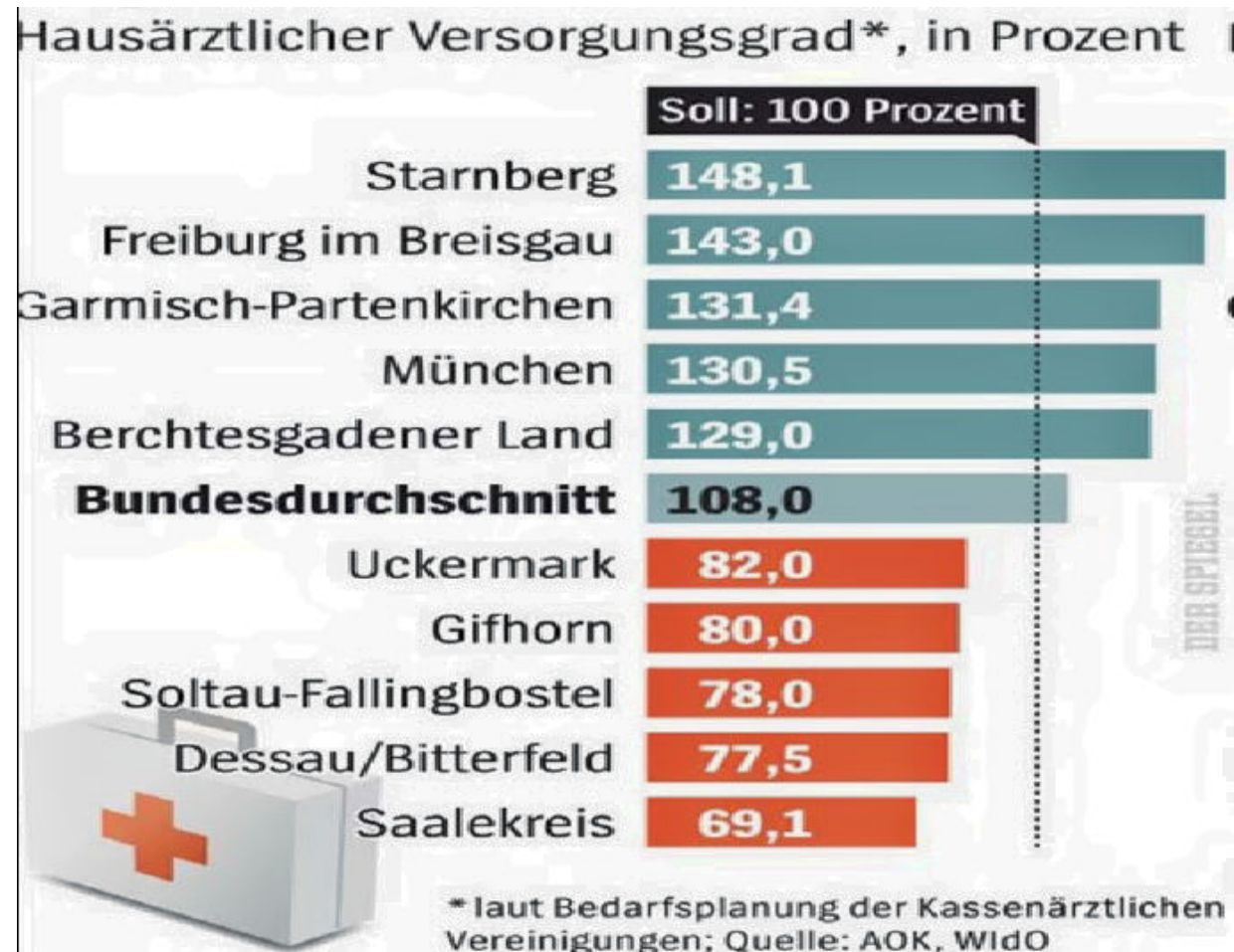
- Die Stärkung der Allgemeinmedizin<sup>4)</sup> in der Ausbildung ist ein Dauerthema, das keineswegs durch Schaffung von Lehrstühlen für Allgemeinmedizin, die Beteiligung geeigneter Praxen, etc. oder durch Festschreibung von Blockpraktika in Allg. .Med. bewältigt werden kann. Die Gründe für die geringe 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 Medizinerinnen in theoretischen Fächern TVL und den aus klinischen Fächern TVÄ den tatsächlichen Gegebenheiten für eine gute Ausbildung von Studierenden gerecht werden.
- <sup>4)</sup> Eckpunkte zum Versorgungsgesetz vom 08.04.2011; No. 2.2, S.19-20



## Ärztemangel ein Problem der Medizinischen Fakultäten?



## Ärztlemangel 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]

