

Stellungnahme der Fachschaften der humanmedizinischen Fakultäten in Baden-Württemberg und der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. zur Kapazitätserweiterung der Medizinstudienplätze in Baden-Württemberg

Veröffentlicht am 09. Mai. 2019

Inhalt:

1. Kritische Reflexion der Kapazitätserweiterung generell
 - Einführung
 - Politische Ziele einer Kapazitätserweiterung
 - Diskussion
2. Stellungnahme zu verschiedenen Modellen der Kapazitätserweiterung
 - Modell 1: Ausbau der bestehenden Medizinfakultäten
 - Modell 2: Neugründung medizinischer Fakultäten in Stuttgart und Karlsruhe
 - Modell 3: Zweigstandorte für den zweiten Studienabschnitt (“Satellitenmodelle”/“Satellitencampus”)
3. Forderungen

Zusammenfassung:

1. Die Entscheidung über eine Kapazitätserweiterung und einen Ausbau der Medizinstudienplätze muss rational getroffen werden. Es ist zu berücksichtigen, dass die genannten Modelle eine ungleiche Ärzteverteilung nur partiell und erst mit einem zeitlichen Verzug von 12-18 Jahren beheben können.
2. Wir sehen die geplante Erhöhung der Studienplatzzahlen in Baden-Württemberg kritisch. Sollte eine Kapazitätserweiterung dennoch angestrebt werden, sprechen sich die humanmedizinischen Fachschaften Baden-Württembergs und die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V. (bvmd) geschlossen für einen Ausbau der Studienplätze an den bestehenden Fakultäten aus.
3. Die politischen Akteure sollen nicht durch die reine Versorgungspolitik motiviert sein, sondern sich klar zu Lehre und Forschung bekennen.
4. Das Strukturproblem der ländlichen Versorgung kann durch die Erhöhung der Studienplatzzahlen nur maximal ansatzweise symptomatisch angegangen werden und fordert vielmehr strukturelle Maßnahmen und versorgungspolitisches Umdenken.
5. Das Praktische Jahr soll als essenzieller Bestandteil der medizinischen Ausbildung an den Standorten gestärkt werden. Dies ist durch Interprofessionelle Ausbildungsstationen, Steigerung der Attraktivität der ländlichen Umgebung und der kritischen Fachgebiete am Ende des Studiums realisierbar.

1. Kritische Reflektion der Kapazitätserhöhung generell

Einführung

In den letzten Jahren hat in Deutschland eine Debatte Fahrt aufgenommen, die noch vor rund zehn bis zwanzig Jahren nicht denkbar gewesen wäre. Deshalb ein kurzer Blick zurück: Bis Anfang der Jahrtausendwende herrschte in Deutschland eine "Ärztenschwemme", weshalb zahlreiche Medizinabsolvent*innen nicht in die gewünschte Weiterbildung starten konnten oder gezwungen waren, Kompromisse bei den Arbeitsbedingungen einzugehen. Auch Instrumente wie der mittlerweile abgeschaffte "Arzt im Praktikum" wurden in dieser schwierigen Zeit eingesetzt. 2010 sah sich die Universität Lübeck mit einer Schließung ihrer Medizinischen Fakultät und dem Abbau von Studienplätzen konfrontiert, 2013 wurde diese Diskussion ebenfalls an der Universität Halle/Saale geführt. In den vergangenen Jahren/Monaten sind solche Diskussionen undenkbar geworden; die politische Diskussion wird von Schlagworten wie "Ärztmangel", "Praxissterben", "Landarztquote" und infolgedessen von den Begriffen "Studienplatzausbau"/"Kapazitätserweiterung" geprägt.

Diese Diskussion wird mittlerweile in nahezu allen Bundesländern geführt und die Forderung nach mehr Studienplätzen wurde parteiübergreifender Konsens. Die Frage scheint nicht mehr *ob*, sondern nur noch *wie, wo* und *wie schnell* ein Ausbau stattfinden soll.

Im Folgenden werden wir als humanmedizinische Fachschaften des Landes Baden-Württemberg und politische Vertretung der Medizinstudierenden Deutschlands (bvmd) zur Kapazitätserweiterung in Baden-Württemberg, unter Betrachtung einiger Zahlen zu den bestehenden Studienplatzkapazitäten, der Zahl der Ärztinnen und Ärzte in Deutschland sowie der Mobilität und Berufsprädiktoren der Studierenden, Stellung nehmen. Anschließend sollen im zweiten Abschnitt die verschiedenen aktuell in der Politik diskutierten Modelle kritisch beleuchtet und alternative Lösungsansätze skizziert werden.

Politische Ziele einer Kapazitätserweiterung

Ziele einer Kapazitätserweiterung und damit einer Steigerung der Absolvent*innenzahl der Medizin sind vielschichtig und je nach Akteur individuell zu beurteilen. Generell lässt sich jedoch feststellen, dass die Diskussionen föderalistisch auf Landesebene jeweils isoliert von den anderen Bundesländern stattzufinden scheinen. Ein nationales Konzept oder eine Koordination der Ausbaubestrebungen der Kapazitäten ist nicht zu erkennen.

Die Bestrebungen der Landespolitik fokussieren sich auf die Versorgungssicherheit der Bevölkerung, insbesondere in ländlichen Regionen und sind folglich eher strukturpolitisch motiviert. Den möglichen neuen Universitätsklinika verspricht die Gründung einer neuen medizinischen Fakultät neben Prestigezugewinn, der leichteren Akquise von Nachwuchs und der Aufwertung der bisherigen Chefärzt*innen/Klinikleitungen zu Ordinarien auch finanziell bessere Abrechnungsmodalitäten, die mit dem Status einer Universitätsklinik verbunden sind (z.B. Hochschulambulanzen). Allerdings fürchten die bestehenden Fakultäten und Universitätsklinika verständlicherweise neue Wettbewerber (Konkurrenz um Patientenzuweisungen, Lehrkrankenhäuser, Landeshaushalt) und möchten die neuen Studienplätze an ihren Standorten entstehen sehen, da dies auch hier mit einem Stellenzuwachs und finanziellen Vorteilen verknüpft wäre.

Das vorwiegende Ziel der Kommunalpolitik, speziell auf dem Land, ist die Versorgungssicherheit der Bevölkerung durch ausgebildete Ärzt*innen, die die Praxen nach

Pensionierung der bisherigen Inhaber*innen übernehmen, sowie die Sicherung der Bestandsgarantie für kommunale Kliniken.

Die Ärztekammern verfolgen im Interesse ihrer Mitglieder die Kapazitätserhöhung, um die Fortführung der Arztpraxen samt Patientenstamm durch Nachfolger*innen gewährleisten zu können und diese Praxen nicht mangels Nachwuchses geschlossen werden müssen.

Diskussion

Zahlreiche niedergelassene Hausärztinnen und Hausärzte werden in den kommenden Jahren in den Ruhestand gehen. Viele Praxen wurden bereits ohne Nachfolge geschlossen und die Frustration über den fehlenden Nachwuchs auf dem Land wächst in der Bevölkerung. Aber nicht nur niedergelassene Praxen finden keine Nachfolge, auch Kliniken abseits der Ballungszentren können teilweise offene Stellen nicht besetzen. Es besteht ein akutes, von Fachgebiet und Region abhängiges, relatives Versorgungsdefizit. Die Erhöhung der Studienplatzkapazitäten als Reaktion darauf ist jedoch eine sehr langfristig wirkende Maßnahme, die spürbare Effekte erst in 12-18 Jahren erzielt, da der Weg vom politischen Beschluss über den Aufbau der neuen Plätze, die Studiendauer und Weiterbildungsdauer nicht schneller zu absolvieren ist. Da das Problem jedoch die momentane Versorgungssituation betrifft, müssen aus unserer Sicht wirkungsvolle Maßnahmen kurzfristiger Art angewendet werden und auf die Studierenden, die aktuell am Ende des Studiums stehen, oder auf Ärzt*innen in der Weiterbildung abzielen. Zudem müssen die politisch dringend benötigten Maßnahmen die konkreten Problembereiche adressieren (z.B. ärztliche Versorgung auf dem Land).

Die Fachschaften in Baden-Württemberg und die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd e.V.) sehen in einer Erhöhung der Studienplatzkapazitäten keine zielgerichtete Lösung für die bereits existierenden Versorgungsengpässe im ländlichen Raum. Unter anderem betont auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, dass die absolute Anzahl der tätigen Ärzt*innen nicht die primäre Ursache der Probleme ist. Seit 1960 steigt diese Anzahl kontinuierlich an, ebenso steigt der Anteil der Ärzt*innen an der Gesamtbevölkerung (3,0 pro 1.000 Einwohner im Jahr 1990 vs. 4,65 pro 1.000 Einwohner im Jahr 2017 (Daten von statista.com)) (1). Auch der Anteil des Nachwuchses an der Gesamtärzteschaft nimmt seit 2005 wieder zu (Quelle: Bundesärztekammer) (2). Gerade im europäischen Vergleich wird deutlich, dass wir gemessen an der Anzahl der Ärzt*innen und den überdurchschnittlich hohen Wochenarbeitsstunden sehr gut aufgestellt sind. Eine Erhöhung der Studienplatzkapazitäten erhöht folglich diese, sich bereits auf einem hohen Niveau befindende, Anzahl an Ärzt*innen, die danach über Jahrzehnte dem Gesundheitssystem erhalten bleiben, auch wenn durch zielführende Maßnahmen der Bedarf bereits ohne Erhöhung gedeckt wäre. Die obenstehenden Zahlen beziehen sich auf die gesamtdeutsche Lage. Einen Einblick speziell in die Situation in Baden-Württemberg bietet das Berufsmonitoring der Medizinstudierenden aus den Jahren 2014 und 2018 (erste Auswertung veröffentlicht im Januar 2019, komplette Auswertung geplant im Juni 2019 - durchgeführt von der Uni Trier, KBV, MFT und bvmd) (3, 4). Ein Großteil der Studierenden bevorzugt laut dieser Befragung von knapp 14.000 Studierenden das Heimatbundesland und die Heimatregion als Studienort und späteren Arbeitsort. Außerdem präferiert eine rückläufige Anzahl an Medizinstudierenden aus Deutschland eine Berufstätigkeit im Ausland (2010: 63,7% vs. 2018 43,6%). Baden-Württemberg ist hierbei eines der attraktivsten Bundesländer für die Studierenden aus anderen Regionen Deutschlands, die sich eine spätere Berufstätigkeit in einem anderen

Bundesland vorstellen können (Tab. 37). Dabei ist zu beachten, dass in Baden-Württemberg bereits heute überdurchschnittlich viele Medizinstudierende ausgebildet werden (Baden-Württemberg: ca. 14 pro 10.000 Einwohner vs. Deutschland gesamt: ca. 11 pro 10.000 Einwohner (Quelle Statista, Statistisches Landesamt Baden-Württemberg)) (5).

Tabelle 37: ATTRAKTIVITÄT VERSCHIEDENER BUNDESLÄNDER UND REGIONEN (NUR LANDESFREMDE STUDENTEN, ANGABEN IN PROZENT)

BUNDESLAND	2014	2010	ATTRAKTIVITÄT DER REGION(EN)
Hamburg	63,2	63,1	
Baden-Württemberg	58,7	55,2	Spitzengruppe 57,4 (56,7)
Bayern	56,7	57,2	
Nordrhein-Westfalen	51,7	50,8	
Berlin	49,0	52,6	Mittelfeld 44,7 (45,2)
Niedersachsen	43,3	45,1	
Hessen	36,6	38,2	
Rheinland-Pfalz	36,3	38,4	
Schleswig-Holstein	34,9	38,7	
Bremen	29,7	32,5	
Sachsen	24,4	23,6	
Mecklenburg-Vorpommern	24,2	27,4	Schlussgruppe 29,0 (30,8)
Brandenburg	21,2	23,1	
Thüringen	20,7	23,3	
Saarland	18,5	20,7	
Sachsen-Anhalt	16,5	16,5	
N	7.020	7.521	

Es stellt sich folglich die Frage, weshalb von vielen Seiten eine Steigerung der Studienplatzkapazitäten gefordert wird und unbestreitbar viele Stellen, vor allem in ambulanten Praxen, nicht wiederbesetzt werden können. Wie bereits eruiert sind wir der Auffassung, dass dies kein Problem eines quantitativen Ärztemangels ist, sondern vielmehr Folge einer ineffizienten Ressourcennutzung und relativen Fehlverteilung. Hierfür lassen sich Anhaltspunkte in den Zahlen zur Nachfrage medizinischer Leistungen finden. Die Fallzahlen stationärer Behandlungen und die durchschnittliche Behandlungsdauer liegen beide teilweise deutlich über denen vergleichbarer Nachbarländer (z.B.: Frankreich, Niederlande, Schweiz) (6, 7). Gleichmaßen bestehen im ambulanten Bereich berechtigte Zweifel an einer am Patientenwohl orientierten, effizienten und regional bedarfsgerechten Versorgung (8–11). So suchen durchschnittlich Menschen in Deutschland fast zwanzig Mal im Jahr Ärzt*innen im ambulanten Sektor auf. Die oben dargestellte Versorgungssituation bezieht sich auf die gesamte Bundesrepublik und alle Fachbereiche. Abhängig von Fachbereich und Region sind in Deutschland starke regionale Gefälle festzustellen, prozentual insbesondere bei den hausarztferneren Fachgebieten (12, 13). Als medizinische Fachschaften Baden-Württembergs und Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland fordern wir daher, die bestehenden Versorgungsprobleme ursächlich anzugehen und Strukturen zu schaffen, in welchen die beruflichen Vorstellungen der bestehenden und zukünftigen Ärzt*innenschaft realisiert werden können. Nur so können wir den aktuellen Entwicklungen adäquat begegnen und langfristig effiziente und attraktive Versorgungskonzepte etablieren. Dies beinhaltet Maßnahmen zur Flexibilisierung der ärztlichen Tätigkeit und zeitgemäße Arbeitsmodelle, zur besseren Versorgung durch alle beteiligten Gesundheitsfachberufe, Aufbau von interprofessionellen integrierten Versorgungsnetzwerken, Stärkung geeigneter

digitaler Technologien, Anbindungsmöglichkeiten an Forschungszentren und Universitäten, inhaltliche Anpassungen im Studium und nicht zuletzt ein chancenorientierter, konstruktiver, öffentlicher Diskurs über die Bedürfnisse einer neuen Ärzt*innengeneration. In diesen Maßnahmen sehen wir wirkungsvolle, wenngleich auch in der Öffentlichkeit weniger schillernde Lösungen, als die aktuell diskutierten Ideen der Studienplatzerrhöhung. Diese von uns vorgeschlagenen Konzepte werden einerseits die ärztliche Tätigkeit in der Primärversorgung und in ländlichen Regionen attraktiver gestalten und andererseits langfristig in Kombination mit weiteren Strategien zu Primärprävention und Gesundheitskompetenz auch den übermäßigen Bedarf an Ärzt*innen reduzieren. Die Landarztquote lehnen wir vehement ab. Eine solche symbolpolitische Maßnahme verpflichtet Studierende ohne Gegenleistung zu einer weitreichenden Entscheidung. Zudem zu einem Zeitpunkt, an dem die Fachorientierung aufgrund von Präferenzen und persönlichen Erfahrungen noch gar nicht getroffen werden kann. Statt Interessierte und Motivierte zu fördern und die Bedingungen zu verbessern, ist die Landarztquote eine ungezielte und ungerichtete Maßnahme ohne wissenschaftliche Evidenz und Zielkraft (14). Weitere Details zu den Lösungsvorschlägen sind in unserem Positionspapier zur "Zukunft der Primärversorgung" aufgeführt.

https://www.bvmd.de/fileadmin/redaktion/Grundsatzentscheidung_2018-06_Zukunft_der_Prim%C3%A4rversorgung_-_Land%C3%A4rztemangel.pdf

2. Stellungnahme zu verschiedenen Modellen der Kapazitätserweiterung

Im Folgenden werden wir die drei aktuell in Baden-Württemberg diskutierten Modelle der Kapazitätserweiterung kritisch reflektieren und auf positive sowie negative Konsequenzen aus studentischer Perspektive eingehen.

Modell 1: Ausbau der bestehenden Medizinfakultäten Mannheim, Heidelberg, Ulm, Tübingen und Freiburg

Das erste Modell thematisiert die Erhöhung der Studienplätze an den bereits bestehenden fünf baden-württembergischen Medizinfakultäten. Dies ist mit Sicherheit das am einfachsten und schnellsten umzusetzende der vorgestellten Modelle. Jedoch gibt es trotzdem einige Hürden, die hierbei zu beachten sind:

Viele Kurse stoßen bereits zum jetzigen Zeitpunkt an ihre kapazitären Grenzen und eine weitere Erhöhung der Teilnehmenden wäre nicht mehr mit der ärztlichen Approbationsordnung konform. Zudem mangelt es an Räumlichkeiten, besonders solchen mit medizinspezifischer Ausstattung, und auch ausreichend Lehrpersonal. Exemplarisch ist hier der Präpariersaal zu nennen, der hohe Anforderungen erfüllen muss, aber auch der lehrintensive Stationsunterricht oder SkillsLabs sind bereits jetzt oftmals überbelegt.

Vorteilhaft ist bei diesem Modell, dass die Lehr-, Forschungs- und Verwaltungsinfrastruktur bereits vorhanden und die Kooperationen der Fakultäten mit den Universitätskliniken jahrzehntelang etabliert sind. Des Weiteren befindet sich bereits in Lehre und Forschung geschultes Personal vor Ort, sodass der Ausbau der bestehenden Fakultäten mit dem geringsten Planungsaufwand realisierbar wäre.

Da der Aufbau von Doppelstrukturen vermieden wird und Skaleneffekte zum Tragen kommen werden, ist dieses Modell mit entsprechendem zeitlichem Vorlauf vermutlich auch am kosteneffizientesten und somit aufgrund der ohnehin enormen Kosten des Medizinstudiums

gesamtgesellschaftlich und volkswirtschaftlich am besten vertretbar. Auch ein flexibleres Anpassen bzw. ein Rückbau der Studienplätze im Bedarfsfall ist hier realisierbar.

Wir warnen eindringlich davor, dass Studienplatzerhöhungen ohne langfristig geplante Gegenfinanzierung der entstehenden Kosten für Räumlichkeiten, Ausstattung oder Personal einen negativen Einfluss auf die Qualität der Lehre ausüben können.

Modell 2: Neugründung medizinischer Fakultäten in Stuttgart und Karlsruhe

Dieses Modell sieht die Neugründung von Medizinischen Fakultäten an der Universität Stuttgart und dem Karlsruher Institut für Technologie (KIT), gemeinsam mit einem Ausbau der bisher städtischen Kliniken Stuttgart und Karlsruhe zu Universitätskliniken und einem Trägerwechsel dieser Kliniken, vor. Ein solches Modell wird aktuell beispielsweise in Augsburg umgesetzt. Die Planungsphase bis zur Einschreibung der ersten Studierenden umfasste hier mehrere Jahre (2013-2019) und forderte Investitionen von ca. 730 Mio. EUR (15).

Auch wenn eine universitäre Infrastruktur an den Standorten Stuttgart und Karlsruhe bereits vorhanden ist, ist der Neuaufbau von ganzen Fakultäten mit einem hohen Aufwand verbunden. Neue Lehr- und Forschungsgebäude, vor allem in der Vorklinik, müssten in deutlich größerem Umfang als in Modell 1 geplant und gebaut werden, was jedoch bei ausreichend zur Verfügung gestellten Finanzmitteln durchaus realisierbar wäre. Ob die bestehenden Biologie-/Chemiefachrichtungen aufgrund ihrer technischen Schwerpunkte in das Studium integriert werden können, ist fraglich. Ein Aspekt, der weiterhin wichtig ist, ist das Thema der Governance: Bisher haben die städtischen Kliniken als Auftrag lediglich die Krankenversorgung und nicht die Umsetzung von Lehre und Forschung. Auch die Gremien (Aufsichtsrat, Vorstand sowie Abteilungsleitungen) sind dementsprechend anders besetzt. Es stellt sich die Frage, ob habilitierte Forscher*innen auf neu geschaffene Professuren berufen werden oder die bisherigen - teilweise nicht habilitierten - Chefärzt*innen der peripheren Krankenhäuser diese Rollen übernehmen werden. Transparente Berufungsverfahren mit Einbindung von Studierenden werden hier notwendig sein.

Das ärztliche Personal, das für die klinische Ausbildung in deutlich stärkerem Maße zuständig sein wird als es bisher im Status "Lehrkrankenhaus" der Fall war, hat sich in der Regel bewusst für eine Karriere an einem nicht-universitären Haus entschieden. Gerade die Forschung (Grundlagenforschung, klinische Studien) mit wissenschaftlichem Personal müsste deutlich ausgebaut werden, um die im Masterplan Medizinstudium 2020 geforderte Verknüpfung und Integration wissenschaftlicher Fertigkeiten zu ermöglichen. Auch Promotionsprojekte müssen für die Studierenden an den neuen Fakultäten verfügbar sein.

Einen weiteren Vorteil neu aufzubauender Fakultäten bietet die Ausrichtung der Ausbildungsinhalte und -strukturen an den Masterplan Medizinstudium 2020, der eine Verzahnung von vorklinischen mit klinischen Fächern vorsieht ("integriertes Z-Curriculum"). Bei Fakultätsneugründungen könnten diese Veränderungen antizipiert werden, inwiefern dies hier geplant ist, ist uns jedoch nicht bekannt (vgl. Modell 3).

Das in der bereits aufgezeigten Diskussion vorherrschende Thema der Unterversorgung ländlicher Regionen wird sich durch neue Fakultäten in Stuttgart und Karlsruhe als die beiden größten Städte in Baden-Württemberg ebenfalls nicht verbessern. Wir stehen daher der Neugründung von Fakultäten in den Metropolregionen Stuttgart und Karlsruhe skeptisch gegenüber, da teure Doppelstrukturen geschaffen werden und deren Finanzierung vermutlich langfristig auch zu Lasten der bestehenden fünf baden-württembergischen Fakultäten und folglich der Qualität der medizinischen Ausbildung an allen Fakultäten des Landes gehen wird.

Modell 3: Zweigstandorte für den zweiten Studienabschnitt ("Satellitenmodelle"/"Satellitencampus")

Dieses Modell vereinigt Aspekte von Modell 1 und Modell 2 in vielen Punkten, ist jedoch gesondert zu betrachten und zu analysieren: Periphere Häuser sollen im Rahmen dieses Modells den klinischen Teil der Ausbildung (auch 2. Studienabschnitt) übernehmen; die Vorklinik (auch 1. Studienabschnitt) findet weiter an den bereits etablierten Fakultäten des Landes statt. Die Studierenden bleiben während des gesamten Studiums an der etablierten Fakultät eingeschrieben. Durch dieses Modell erleben die Studierenden bereits im Studium ländliche Regionen, was zum Beispiel in Erlangen/Bayreuth oder Bochum/Minden aktuell pilotiert wird. Die Hoffnung ist hierbei, dass eine langfristige regionale Bindung der Absolvent*innen resultiert.

Nach unserer Auffassung darf es bei diesem Modell ausschließlich eine freiwillige Wahl eines Studiums an einem Satellitencampus geben. Ein Auslösen oder auf anderen Kriterien basierte Verteilungen der Studierenden nach dem 1. Studienabschnitt auf die anderen Standorte, sowie einen damit verbundenen verpflichtenden Studienortwechsel lehnen wir konsequent ab. In anderen Bundesländern (Bochum/Minden) hat diese Form der Zuteilung außerdem bereits zu Rechtsstreitigkeiten geführt. Bei der Festlegung der Auswahlkriterien müssen die lokalen Studierendenvertretungen deshalb eingebunden werden.

Unser großer und zentraler Kritikpunkt an Modell 3 ist die Tatsache, dass in den vorliegenden Konzepten der bevorstehende Masterplan Medizinstudium 2020 (vgl. Expertengutachten des Wissenschaftsrates (16)) keine Berücksichtigung findet. Dieser bringt - wie bereits bei Modell 2 erwähnt - aller Voraussicht und Empfehlung nach ein integriertes Z-Curriculum. Dies bedeutet, dass theoretische (bisher vorklinische) Inhalte auch zu späteren Zeitpunkten im Studium und klinisch-praktische Medizin dafür bereits ab dem ersten Semester gelehrt werden. Dies ist mit den bisherigen Konzepten der Satellitenmodelle nicht umsetzbar, da entsprechende Fachdisziplinen wie Anatomie, Physiologie oder Pharmakologie nicht an den peripheren Häusern angesiedelt würden und ein ständiges Pendeln von Studierenden und Lehrpersonal notwendig wäre. Dies ist nach unserer Auffassung weder umsetzbar noch zumutbar.

Da Lehre für Studierende an den peripheren Häusern zudem bisher nur eine geringe Rolle spielt, muss diese unserer Meinung nach von ausgebildetem Fachpersonal (z.B. mit dem berufsbegleitenden Weiterbildungsmaster "Master of Medical Education") koordiniert werden. Es bietet sich hier andererseits die positiv zu sehende Chance, einen intra-universitären "Wettbewerb" um das beste Lehrkonzept zu schaffen. Es ist für uns nicht ersichtlich wie wissenschaftliches Arbeiten, das im Rahmen des Masterplan gestärkt wird, am Satellitencampus möglich sein wird (z. B. experimentelle Grundlagenforschung). Da in der Medizin aktuell rund 60% der Absolvent*innen eine Promotion abschließen, werden Studierende am Satellitencampus hier einen Nachteil gegenüber den Studierenden an der Heimatfakultät erfahren. Der Track "Wissenschaftskompetenz", der auch durch den Masterplan vorgesehen ist, wird schwer integrierbar sein. Auch das Thema "Governance" (vgl. Modell 2) ist hier zu diskutieren: Die bisherigen Gremien der peripheren Häuser haben in der Regel keine bis wenig Erfahrung mit dem Thema Zusammenwirken zwischen Klinikum und Universität. Die Frage bezüglich der Berufungen der Lehrstuhlinhaber stellt sich äquivalent wie bei Modell 2.

Ein Aspekt, der bei Modell 3 jedoch zusätzlich auftaucht, ist die Frage der Partizipation der Studierenden an den universitären "Rahmenbedingungen": An den peripheren Standorten gibt es teilweise keine Studierendenwohnheime, keine studentische Mensa und auch vom Semesterticket, das die Studierenden mitfinanzieren, kann im Zweifel nicht profitiert werden.

Auch weitere Angebote, wie SkillsLabs, Sprachkurse im Sprachenzentrum, Unisport und natürlich Universitätsbibliotheken können nicht adäquat in Anspruch genommen werden. Ein kompletter Aufbau desselben Angebots an peripheren Kliniken halten wir für nicht realisierbar. Zusammengefasst sehen wir bei diesem Modell die mangelhafte Umsetzbarkeit des Konzepts und zahlreiche Nachteile für die zukünftig betroffenen Studierenden. Dieses Modell lehnen wir als Maßnahme zur Steigerung der Niederlassung in ländlichen Gebieten kategorisch ab, da es sich - wie dargelegt - jeder wissenschaftlicher und ökonomischer Vernunft entzieht.

3. Forderungen:

Unsere Forderungen für Baden-Württemberg:

Die humanmedizinischen Fachschaften Baden-Württembergs und die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V. sprechen sich – sollte die Diskussion keine Abkehr von der Studienplatzerhöhung ergeben - geschlossen für einen Ausbau der Studienplätze an den bereits bestehenden Fakultäten aus. Die finanziellen Mittel sollen für die bestehenden Studienplätze und einen moderaten Ausbau der Fakultäten eingesetzt werden, aber insbesondere für die Umsetzung des Masterplan Medizinstudium 2020 und die Verbesserung der Ausbildung im Praktischen Jahr in ganz Baden-Württemberg. Neben dieser allgemeinen Stärkung der medizinischen Ausbildung befürworten wir die gezielte Förderung der Allgemeinmedizin im ländlichen Raum ohne die Implementation einer Landarztquote. Hierfür müssen ausreichend lehrverantwortliche Ärzt*innen in der ländlichen Primärversorgung didaktisch qualifiziert werden.

Ein Ausbau von Zweigstandorten zur Steigerung der Absolvent*innen auf dem Land entzieht sich jeder wissenschaftlichen und ökonomischen Vernunft. Daher lehnen wir die Etablierung von Zweigstandorten für den zweiten Studienabschnitt (“Satellitenmodelle”/ “Satellitencampus”) entschieden ab.

Qualitätssicherung

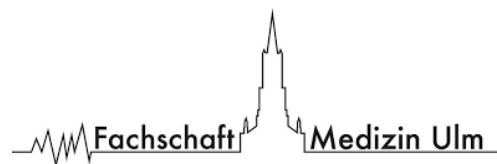
1. Bei allen genannten Modellen muss zu jedem Zeitpunkt sichergestellt sein, dass der hohe Standard der bisherigen Lehre und Forschung sichergestellt und weiter optimiert wird. Auch ein Ausbau der Studienplätze bestehender Fakultäten benötigt mindestens ein Jahr Vorlaufzeit.
2. Die Bedingungen im Praktischen Jahr sollen verbessert werden, an den Lehrkrankenhäusern und den Uniklinika. Dabei ist auch eine Verbesserung der Lehre anzustreben.
3. In allen Prozessen muss die studentische Mitsprache gesichert sein, was beispielsweise durch die Mitwirkung in Berufungskommissionen erzielt werden kann.
4. Bei der Etablierung von möglichen Zweigfakultäten sind die Zulassungsverfahren transparent zu gestalten.

Finanzierung

1. Die Finanzierung der vorgeschlagenen Modelle muss unabhängig von den bisherigen Mitteln zur Verfügung gestellt werden. Die bestehenden Fakultäten sollen neue Modelle nicht quersubventionieren müssen, da dies zwangsläufig zu Lasten der bisherigen Lehrqualität geht.
2. Für die Absolvierung des Praktischen Jahres in ländlichen Regionen müssen ausreichend finanzielle Mittel für beispielsweise Wohnungen und Fahrtkosten zur Verfügung gestellt werden, wie dies auch im Masterplan Medizinstudium 2020 für das Praktische Jahr auf dem Land zugesichert wurde. Die Kosten der Rekrutierung und Qualifizierung der Ausbildungspraxen müssen getragen werden.

Forderungen auf nationaler Ebene

Die Diskussionen um eine Kapazitätserweiterung und einer damit verbundenen Steigerung der Absolvent*innenzahl der Medizin sollte auf nationaler Ebene fortgeführt und die angestrebten Ausbaubestrebungen zwischen den einzelnen Bundesländern koordiniert werden. Zudem müssen übergreifende Lösungen für die adressierte parallel bestehende Über-, Unter- und Fehlversorgung national angegangen werden, um die regionalen und fachspezifischen Defizite auszugleichen.



Literatur

1. Statista. Entwicklung der Anzahl berufstätiger Ärzte in Deutschland im Zeitraum von 1960 bis 2017; 2018. Verfügbar unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/6704/umfrage/anzahl-der-berufstaetigen-aerzte-in-deutschland-seit-1960/> [Stand: 25.06.2017].
2. Gerlach F. (K)Ein Blick in die Glaskugel:Entwicklungen im Gesundheitswesen und ärztlicher Fachkräftebedarf. Mainz; 2018 [Stand: 19.03.2019]. Verfügbar unter: https://medizinische-fakultaeten.de/wp-content/uploads/2018/06/Gerlach_Entwicklungen-im-Gesundheitswesen_und_Arztzahlprognosen_31.05.2018_Mainz.pdf.
3. Jacob R, Kopp J, Schultz S. Berufsmonitoring Medizinstudenten 2014: Ergebnisse einer bundesweiten Befragung; 2014. Verfügbar unter: http://www.kbv.de/media/sp/2015_04_08_Berufsmonitoring_2014_web.pdf.
4. Jacob R, Kopp J. Berufsmonitoring Medizinstudierende 2018; 2018 [Stand: 19.03.2019]. Verfügbar unter: <https://www.kbv.de/html/5724.php>.
5. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Hrsg. Studierende an Universitäten und Hochschulen für Angewandte Wissenschaften in Baden-Württemberg im Wintersemester 2017/18 nach Fächergruppen; 2018. Verfügbar unter: <https://www.statistik-bw.de/BildungKultur/Hochschulen/StudFaecherg.jsp> [Stand: 09.05.2019].
6. OECD. Health at a Glance 2017: OECD Publishing; 2017.
7. Herr D, Hohmann A, Varabyova Y, Schreyögg J. Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit in der stationären Versorgung. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J, Hrsg. Krankenhaus-Report: Schwerpunkt: Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit. Stuttgart: Schattauer; 2018. S. 23–38 (Krankenhaus-Report; vol. 2018). Verfügbar unter: https://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_krankenhaus/krankenhaus-report/wido_kra_khr2018_kapitel02_0318.pdf.
8. Klose J, Rehbein I. Ärzteatlas 2016: Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten: Wissenschaftliches Institut der AOK; 2016. Verfügbar unter: https://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_ambulaten_versorg/wido_amb_pub-aerzteatlas2016_0716.pdf.
9. Arentz C. Regionale Verteilung von Ärzten in Deutschland und anderen ausgewählten OECD-Ländern: WIP-Diskussionspapier: Wissenschaftliches Institut der PKV; 2017. Verfügbar unter: http://www.wip-pkv.de/fileadmin/user_upload/Regionale_Verteilung_von_Aerzten_in_Deutschland.pdf.
10. Bock C, Osterkamp N, Schulte C. Fachärztliche Versorgung auf dem Land - Mangel oder fehlender Komfort? In: Böcken J, Braun B, Reipschläger U, Hrsg. Gesundheitsmonitor 2012. Guetersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung; 2013. S. 160–81.
11. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechte Versorgung - Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche: Kurzfassung; 2014. Verfügbar unter: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Aktuelles/2014/SVR-Gutachten_2014_Kurzfassung_01.pdf.
12. Ozegowski S, Sundmacher L. Wie „bedarfsgerecht“ ist die Bedarfsplanung? Eine Analyse der regionalen Verteilung der vertragsärztlichen Versorgung. Gesundheitswesen 2012; 74(10):618–26. doi: 10.1055/s-0032-1321748.
13. Ozegowski S. Regionale Unterschiede in der ambulanten Versorgung: Ausmaß, Ursachen und Reformbedarf einer fehlenden Bedarfsgerechtigkeit der Ärzteverteilung [Dissertationsschrift]. Berlin: Technischen Universität Berlin; 2013.
14. 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.
15. Frey C. Studie: Uniklinik Augsburg bringt der Region 6500 Arbeitsplätze. Augsburg: Allgemeine 31.01.2018 [Stand: 09.05.2019]. Verfügbar unter: <https://www.augsburger-allgemeine.de/augsburg/Studie-Uniklinik-Augsburg-bringt-der-Region-6500-Arbeitsplaetze-id44038026.html>.
16. Wissenschaftsrat, Hrsg. Neustrukturierung des Medizinstudiums und Änderung der Approbationsordnung für Ärzte: Empfehlungen der Expertenkommission zum Masterplan Medizinstudium 2020. Köln; 2018 [Stand: 09.05.2019]. Verfügbar unter: <https://www.wissenschaftsrat.de/index.php?id=1448&L=>.