

Nachwuchsmangel in der Medizin – warum wir so nicht weiter machen können!

Persönliche Erfahrungen und Einschätzungen

Das Bundesverfassungsgericht hat gerade die Vergabe von Medizinstudiplätze als verfassungswidrig erklärt. Der Numerus clausus (NC) darf demnach nicht als einziges Kriterium gewertet werden. Bereits heute werden zusätzliche Parameter wie Tests, Ausbildung, Wartezeit etc. berücksichtigt, die aber nahezu alle den NC mitbewerben, sodass ein Medizinstudium mit einem Abiturdurchschnitt von 2,5 nahezu aussichtslos wird. Die besten Abiturnoten erreichen statistisch gesehen weibliche Schülerinnen. Die Verweiblichung der Medizin hat zu einem Anstieg an Teilzeitbeschäftigung geführt. Damit werden nicht mehr alle Stellen in den Kliniken und Praxen besetzt, was zu einem erheblichen Fachkräftemangel führt. Schlechte Arbeitsbedingungen durch Zunahme von Bürokratismus, immer neuen gesetzlichen, zum Teil nicht nachvollziehbaren Vorgaben und die zunehmende, zum Teil ungerechtfertigte Inanspruchnahme der Ärzte außerhalb der Regelarbeitszeit führt zur Verschärfung der Situation und fördert die Abwanderung ins Ausland oder in die Teilzeitbeschäftigung. Eine Lösung besteht in der Schaffung von mehr Studienplätzen, Abbau von Verwaltungs- und Bürokratieaufgaben der Ärzte und Entlastung der Notaufnahmen durch eine Notfallgebühr.

Einleitung

Am 19.12.2018 hat das Bundesverfassungsgericht das Auswahlverfahren zum Medizinstudium als verfassungswidrig erklärt, da es gegen die Chancengleichheit der Studierenden verstößt. Die Abiturnote und somit der Numerus clausus darf nicht mehr als alleiniges Zugangskriterium genutzt werden. Der Urteilsspruch wurde landesweit von den Studiendekanen der medizinischen Hochschulen als wegweisend bejubelt. Bund und Länder müssen bis Ende 2019 die Auswahlkriterien neben der Note neu regeln. Aber wird sich damit etwas ändern? Werden wir so unseren

Nachwuchsmangel in den Griff bekommen? Ich denke nicht!

Aktuelle Situation

Zurzeit gibt es in Deutschland inklusive zweier privaten Hochschulen 38 medizinische Fakultäten. Auf die hier zur Verfügung gestellten 9176 Plätze bewerben sich 43 184 Personen und damit knapp 5-mal mehr, als Plätze zur Verfügung stehen. Die Anzahl der Studienplätze hat sich dabei in den letzten Jahren aber nicht geändert, sodass der Numerus clausus (NC) eine wesentliche Bedeutung bei der Vergabe von Studienplätzen einnimmt. Je nach Universität liegt dieser aktuell zwischen 1,0 und maximal 1,2. Ein Abiturdurchschnitt von 1,2 sichert heute keinen Studienplatz mehr.

20% der Plätze werden direkt nach NC vergeben im Wintersemester 17/18 mit den Noten 1,2 und weniger.

20% der Plätze werden über die Wartezeit vergeben. Andere zusätzliche Qualifikationen finden keine Anwendung. Die Wartezeit wird unterbrochen, wenn ein anderes Studium begonnen wird. Eine nicht akademische Ausbildung in der Zeit ist möglich. Im Mittel beträgt die Wartezeit 14 Semester!

60% der Plätze werden über ergänzende zusätzliche Qualifikationen vergeben, die sich je nach Universität stark unterscheiden. Alle bewerten aber den NC mit. Zusätzlich wird eine medizinische Ausbildung z. B. als Medizinischer Fachangestellter, Rettungssanitäter oder ein Pflegeberuf angerechnet und kann zur Verbesserung des NC um bis zu 0,3 Punkte führen. Ein freiwilliges soziales Jahr verbessert den NC um 0,2. Wenige Universitäten führen Auswahlgespräche durch, die aber wiederum einen Mindest-NC zur Einladung erfordern. In Hamburg wird ein zusätzlicher 2-tägiger naturwissenschaftlicher Medizintest angeboten (HAMNat), zu dem man aber nur eingeladen wird, wenn der NC mind. 1,8 beträgt. Die Testbesten bekommen dann einen Platz in Hamburg. Ein Test für medi-

zinische Studiengänge (TMS), der 1-mal im Jahr an 50 Orten deutschlandweit angeboten wird, ermöglicht den knapp 15 000 Teilnehmern eine weitere Verbesserung der Abiturnote. Zählt man zu den 10% Besten im Test, lässt sich je nach Studienort der NC um 0,4–0,8 Punkte verbessern. Die Teilnahme ist nur ein einziges Mal möglich. Eine gute Vorbereitung hilft das Ergebnis zu verbessern [1].

In Abhängigkeit der jeweiligen Auswahlkriterien, die an den meisten Universitäten unterschiedlich sind, ist es auch in jedem Einzelfall von entscheidender Bedeutung, die Reihenfolge der Studienorte und die Erst- und Zweitpräferenz taktisch richtig anzugeben, um erfolgreich einen Platz zu bekommen. Für einen jungen Schüler, der mit 17 Jahren sein G-8-Abitur absolviert hat, oder die Eltern ist dies ein fast undurchschaubares Unterfangen, sodass sich zwischenzeitlich Firmen etabliert haben, die die Kandidaten professionell beraten und begleiten [2].

Die früher praktizierte Möglichkeit, einen Studienplatz einzuklagen, ist durch Schließung der juristischen Schlupflöcher heutzutage nahezu aussichtslos, auch wenn spezialisierte Rechtsanwaltskanzleien solche Klagen anbieten. Eine Klage gegen eine Universität bedeutet Unkosten von mindestens 1500,-€ pro beklagter Standort, wobei immer mehrere Universitäten beklagt werden sollten.

Die Vergabe von nicht angetretenen Studienplätzen kurz vor Semesterbeginn über ein Losverfahren (Clearingverfahren), ist ebenso nahezu aussichtslos, da die Plätze regelhaft alle belegt werden (siehe auch: MeinLosverfahren.de).

250 Studienplätze werden für Soldaten der Bundeswehr freigehalten, die sich aber 12 Jahre verpflichten müssen. Auch hier zählen die Abiturnote und ein Auswahlgespräch sowie die Bereitschaft, in Kriegsgewebungen eingesetzt zu werden.

Man erkennt aber, dass bei allen deutschen Verfahren die Abiturnote immer einen wichtigen Stellenwert hat. Mit einem Durchschnitt von mehr als 2,5 ist es nahezu unmöglich, Humanmedizin zu studieren.

Unsere 3 Kinder kommen aus einer Mehrgenerationenärzterfamilie und waren schon mit auf der Visite im Krankenhaus, als sie gerade laufen konnten, haben bei den experimentellen Untersuchungen der Eltern geholfen, alle Schulpraktika mit großem Engagement im Krankenhaus und bei sozialen Diensten abgeleistet und in der Schule medizinische Referate gehalten und freiwillige Hausarbeiten verfasst. Allen Kindern war vollkommen klar, dass sie später Medizin studieren wollen. Genutzt hat ihnen dies alles aber nicht.

Der NC von 1,2 hat zwischenzeitlich dazu geführt, dass überwiegend Frauen zum Studium zugelassen werden, da sie über die besseren Abiturnoten verfügen und somit die Studiengänge je nach Ort heute schon zu 55–75% in weiblicher Hand sind.

Perspektive

Viele der fertigen Medizinerinnen teilen sich dann nach ihrer Ausbildung eine Stelle in Teilzeit oder stehen wegen Familiengründung und Kinderbetreuung dann unter Umständen gar nicht mehr in den Krankenhäusern und Praxen zur Verfügung zur Verfügung.

Die Folge ist ein dramatischer Mangel im Gesundheitswesen. Zum einen sind die jungen Kollegen heute völlig zu Recht nicht mehr gewillt, so viel zu arbeiten wie ihre Vorgesetzten, die noch zu Zeiten des Arztes im Praktikums 60 und mehr Stunden pro Woche in den Kliniken für ein Monatsgehalt zwischen 1500–1800,-€ tätig waren. Zum anderen sind sie zu Recht genervt von zunehmendem Bürokratismus und einer immens wachsenden Anzahl nicht kranker Patienten, die außerhalb der regulären Arbeitszeiten nachts und am Wochenende zunehmend aggressiver in den Klinikambulanzen auftauchen und das „rund herum sorglos gib mir alles sofort Versorgungspaket“ in Anspruch nehmen wollen.

Unsere fertigen Medizinstudenten sind gut ausgebildet und anspruchsvoll und nicht mehr bereit, viele anstrengende Dienste zu machen, und wünschen sich eine gesetzeskonforme Arbeitszeit und eine gute Ausbildung. Ist dies nicht gewährleistet, gehen sie ins Ausland. So sind im Jahr 2016 nach einer Statistik der Bundesärztekammer 2050 junge Mediziner ins Ausland überwiegend in die Schweiz und nach Österreich ausgewandert, dies entspricht mehr als 20% bezogen auf einen Abschluss-Jahrgang im Studium (<http://www.bundesaerztekammer.de/ueberuns/aerztestatistik/aerztestatistik-2016/abwanderung-von-aerzten-ins-ausland/>).

Konsequenz

Die Konsequenz aus vielen Teilzeitstellen, Familiengründung und Abwanderungen ist, dass in den Kliniken viele Stellen nicht mit gut ausgebildeten Studenten unserer Hochschulen besetzt werden können. Trotz einer klar strukturierten Ausbildung, vielen Operationen für die Assistenten und einer der besten Ausbildungskonzepte nach den Empfehlungen des Bundes deutscher Chirurgen im Internetportal chirurgie-suche.de haben sich bei voller Weiterbildungsermächtigung der Klinik für das Fach Unfallchirurgie/Orthopädie keine deutschen Bewerber auf mehrere Weiterbildungsstellen beworben.

Auch die Situation der Haus- und Fachärzte spitzt sich dramatisch zu. So hat sich die Zahl der Hausärzte im Landkreis Böblingen durch Erreichen der Altersgrenze von 2004 bis 2017 halbiert. Bundesweit gehen 50 000 Ärzte in den nächsten 4 Jahren in Ruhestand, ohne dass ausreichend Ersatz vorhanden ist. Über die Hälfte aller in den Praxen neu arbeitender Ärzte im Kammergebiet Stuttgart und Umgebung waren nicht mehr Unternehmer, sondern nur noch angestellt in Teilzeit.

Der Mangel und die Belastung bei den niedergelassenen Ärzten werden also zunehmen oder sie werden aufgrund der Budgetdeckelung die Patienten in die Krankenhäuser überweisen. Diese Situation wird sich mindestens 12 Jahre nicht ändern, denn solange benötigt ein Mediziner mindestens von Beginn des Studiums bis zur Facharztausbildung.

Was ist zu tun?

Das aktuelle Urteil des Bundesverfassungsgerichts wird zu keiner Verbesserung der Situation führen. Es wird kein Mediziner mehr ausgebildet, sondern lediglich weitere Vergabekriterien für Studienplätze etabliert werden, die im Grunde genommen bereits jetzt schon vorhanden sind.

Eine Lösung kann daher nur darin bestehen, die Anzahl der Studienplätze zu erhöhen, das Vergabeverfahren durchsichtiger zu gestalten und die persönliche Eignung und das soziale Engagement der Kandidaten mehr zu berücksichtigen. Dazu sind an allen Universitäten die gleichen einheitlichen und transparenten Kriterien erforderlich.

Eine Männerquote, um den Anteil der männlichen Ärzte zu erhöhen, wird ebenso scheitern wie die aktuelle Forderung der Landarztquote mit Zusicherung eines Studienplatzes bei Verpflichtung, für Jahre als niedergelassener Landarzt zu arbeiten, weil sie ebenfalls verfassungswidrig sein dürfte (<http://www.faz.net/aktuell/berufchance/campus/zuviel-feminismus-brauchen-aerzte-eine-maennerquote-14906675.html>).

In den Kliniken muss ein Abbau der Bürokratie mit immer neuen und komplizierteren Vorschriften durchgesetzt werden (Gerätemanagement, Entlassmanagement, Hygienevorgaben, Dokumentationsverpflichtungen, etc.). In meiner eigenen Klinik habe ich inzwischen mehr Beauftragte als Mitarbeiter.

Die defizitären Notfallambulanzen müssen dringend entlastet werden, da sie zur Hauptbelastung des medizinischen Personals und ein Hauptgrund für eine Abwendung vom Beruf werden. Die für mich einzige sinnvolle Maßnahme ist hier die Einführung einer Notfallgebühr, die direkt in der Klinik verbleibt und zur Finanzierung mitgenutzt wird.

2004 bis 2012 war diese Gebühr als Kassenbeitrag bereits eingeführt und wurde dann von der CDU wieder abgeschafft. Nach Wegfall dieser Gebühr konnte ein sprunghafter Anstieg der Patientenzahlen in den Notaufnahmen gesehen werden.

Eine Praxisgebühr z.B. 10,-€ tags und 20,-€ nachts ist sicher angemessen. Eine ähnliche Gebühr wird bereits anstandslos in jeder Apotheke gezahlt. Bei einer echten Notfallbehandlung sind dem Patienten diese Kosten zumutbar. Friedrich Merz, ehemaliger Stellvertreter der CDU-Bundestagsfraktion verlautbarte dazu: „Wer Geld für den Skiurlaub hat, muss auch Geld für einen Gips haben“.

Bei einer Podiumsdiskussion mit der Staatssekretärin im Gesundheitsministerium Frau Widmann-Mauz am 29.02.2016 in Böblingen wurde von ihr eine Wiedereinführung der Notfallgebühr mit der aktuellen Regierung abgelehnt. Inzwischen wird dies vonseiten der Kassen und Versicherer und des Marburger Bundes ebenfalls gefordert (<https://www.marburgerbund.de/landesverbaende/baden-wuerttemberg/artikel/allgemein/2016/mit-abgebrochenem-kuenstlichen-fingernagel-die-notaufnahme>). Eventuell keimt das

Thema bei der neuen Regierungsbildung 2018 wieder auf.

FAZIT

Neue Mediziner braucht das Land! Dazu müssen die Vergabekriterien für Medizinstudienplätze an die persönlichen Eignungen der Kandidaten angepasst und mehr Studienplätze zur Verfügung gestellt werden. Ein Effekt wird dann frühestens nach 6 Jahren zu erwarten sein. Die Überbelastung der Ambulanzen zu Dienstzeiten muss durch Einführung von Notfallgebühren reguliert und die Ärzte müssen von Bürokratie entlastet werden. Politisch ist dies aktuell nicht gewünscht. Eine wesentliche Änderung der Situation in den nächsten Jahren ist demnach nicht zu erwarten, wodurch sie weiter eskalieren wird.

Literatur

- [1] ITB Consulting. Test für medizinische Studiengänge. 6. Aufl. Göttingen; Hogrefe; 2016
- [2] Murray P. Erfolgreich zum Medizinstudium. 2. überarb. Aufl. Göttingen: Hogrefe; 2016

A. Prokop, Sindelfingen

M. Prokop, Ulm

J. Prokop, Jena