

Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten fair verteilen – Hochschulmedizin sichern



I. Bestandsaufnahme

1) Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten:

Die aktuelle Anzahl an Medizinstudienplätzen in Deutschland ist nicht ausreichend und mit ursächlich für den sich verschärfenden Ärztemangel. Die Ausbildungskapazitäten im Bereich des Medizinstudiums sind in der Vergangenheit zurückgefahren worden. So beklagt der Marburger Bund beispielsweise: „Die Anzahl der Studienplätze im Fach Humanmedizin ist unzureichend. Nimmt man den Stand vor der Wiedervereinigung zum Maßstab, müssten heute unter Einbeziehung der medizinischen Fakultäten in den ostdeutschen Bundesländern rechnerisch mindestens 16.000 Plätze zur Verfügung stehen. Stattdessen gibt es gegenwärtig etwa 10.600 pro Jahr (Gesamtzahl der Studienplätze im Sommersemester 2014 und Wintersemester 2014/15).“¹ Dass die Länder ihre Kapazitäten entsprechend verändert haben, erklärt sich leicht anhand der hohen Kosten, die ein Medizinstudium verursacht. So ist der finanzielle Aufwand für einen Studienplatz in Medizin mehr als sechsmal so hoch wie beispielsweise in Jura².

Dabei bietet die Steigerung der Ausbildungskapazitäten die beste Möglichkeit, dem bestehenden und sich verschärfenden Ärztemangel in Deutschland entgegenzuwirken³. „Der Zugang an neuen Ärzten wird im Wesentlichen durch Studenten bzw. Absolventen des Medizinstudiums bestimmt“,⁴ gibt die Deutsche Krankenhausgesellschaft an. Nach einer von ihr in Auftrag gegebenen Studie aus dem Jahr 2010 fehlen in Deutschland allein in den Krankenhäusern im Jahr 2019 37.400 Ärzte. Die Unternehmensberatung Roland Berger prognostiziert, dass bis 2030 allein in Krankenhäusern ca. 111.000 Ärzte fehlen werden⁵.

¹ Positionspapier des Marburger Bundes zur Reform des Medizinstudiums, Februar 2015, S. 4.

² Haushaltsplan des Landes Hessen, EP 15, S. 110.

³ Unberücksichtigt bleiben muss die Frage inwiefern, die Anzahl der ausgebildeten Ärzte, die nicht im Beruf arbeiten, Teil des Problems des Ärztemangels sind.

⁴ Ärztemangel im Krankenhaus – Ausmaß, Ursachen, Gegenmaßnahmen –, Forschungsgutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Oktober 2010, S. 127.

⁵ Vgl. Pressemitteilung: Südwest-Ärztekammern sind sich einig: "Wir müssen mehr Anstrengungen für den Ärztenachwuchs unternehmen!", 9.12.2016.

Der Ersatzbedarf an Ärzten liegt bis 2019 bei 108.000.⁶ Zusätzlich ergibt sich aufgrund des Sofortbedarfs von fehlenden Ärzten, demographischen Fallzahlsteigerungen, also dem zunehmenden Versorgungsbedarf in einer alternden Bevölkerung, und einer Steigerung der Teilzeitquote, resultierend aus der „Feminisierung der Krankenhäuser“⁷, ein Mehrbedarf von knapp 31.000 Ärzten. „Gemäß der aktuellen Drop-Out-Rate [im Medizinstudium] von rund 30% sind bis 2019 101.720 Neuzugänge an Ärzten zu erwarten (Status-Quo-Szenario).“⁸ Diese Anzahl reicht nicht aus, um den Bedarf an 139.000 Ärzten zu decken.⁹ Zusätzlich zu den fehlenden 37.400 Ärzten in den Krankenhäusern müssen ca. 15.000 fehlende Hausärzte bis 2020 sowie Engpässe bei der Versorgung durch niedergelassene Fachärzte berücksichtigt werden. Allein in Hessen werden bis 2020 1.575 Hausärzte altersbedingt ihre Praxis schließen.¹⁰

Die nicht ausreichende Ausbildungsleistung führt zu einer Zuwanderung ausländischer Ärzte nach Deutschland. Diese verursacht in einigen europäischen Ländern bereits große Probleme. So praktiziert ein Großteil der jungen polnischen Ärzte im Ausland und verursacht im polnischen Gesundheitssystem eine Unterversorgung, die nicht geschlossen werden kann.¹¹ Ähnliche Beobachtungen gibt es für weitere osteuropäische Länder.

Die Zuwanderung reicht zudem nicht aus, um die Lücke in der medizinischen Versorgung zu schließen. Dass beispielsweise Sitze von Haus- und Fachärzten nicht wiederbesetzt werden können, ist im ländlichen Raum bereits jetzt ein großes Problem. Gleiches betrifft die

⁶ Ebd. S. 128.

⁷ Als „Feminisierung“ wird die wachsende Anzahl an Ärztinnen bezeichnet. Diese stellt das Gesundheitssystem insofern vor eine Herausforderung, dass die Lebensarbeitszeit von Frauen im Durchschnitt 80% der Lebensarbeitszeit von Männern beträgt, was vor allem in Gründen wie einer Schwangerschaft, der Elternzeit oder darauf aufbauenden Teilzeitbeschäftigung begründet ist. Vgl. Ergebnisse der Ärztestatistik 2014 und Hauck, Sandra: Ärzteverteilung in Deutschland, Gründe, Nachwuchsmotivation sowie Lösungsansätze und deren Folgen für die Landarztpraxen, Diplomarbeit, 2011, S. 44ff. Zur Lebensarbeitszeit von Frauen vgl. auch: Entgeltungleichheit zwischen Frauen und Männern in Deutschland, hrsg. vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2009, S. 17ff.; vgl. Ärztestatistik 2014 der Bundesärztekammer.

⁸ Ärztemangel im Krankenhaus – Ausmaß, Ursachen, Gegenmaßnahmen –, Forschungsgutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Oktober 2010, S. 128.

⁹ Ebd., S. 127f. Der Ersatzbedarf an Ärzten ergibt sich aus der altersbedingten Berufsaufgabe und Abwanderung ins Ausland. Die Zuwanderung von Ärzten aus dem Ausland wird in der vorliegenden Berechnung nicht berücksichtigt.

¹⁰ Vgl. Ärztestatistik 2014 und Regionaler Gesundheitsreport 2014, Hessisches Ministerium für Soziales und Integration und Kassenärztliche Vereinigung Hessen, S. 23. Zudem verringert sich die Zahl der Fachärzte in Hessen bis 2020 um durchschnittlich ca. 30%.

¹¹ Vgl. Reportage: Polen – Ärztemangel kostet Menschenleben aus dem ARD-Magazin *Weltspiegel* vom 21.04.2013 <http://www.daserste.de/information/politik-weltgeschehen/weltspiegel/sendung/swr/2013/polen-aerzemangel-100.html>.

Situation in Krankenhäusern im ländlichen Raum oder Arztstellen in der öffentlichen Verwaltung. Die Bundesärztekammer sowie der Marburger Bund fordern aus vorgenannten Gründen, die Anzahl der Medizinstudienplätze um mindestens 10% zu erhöhen.¹² Dabei hat das Land Hessen mit drei medizinischen Fakultäten und rund 1,61 Studierenden in Human- und Zahnmedizin pro 1.000 Einwohner eine überdurchschnittliche Ausbildungsleistung im Bereich der Ärztinnen und Ärzte vorzuweisen (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Mediziner Ausbildung an öffentlichen Hochschulen in Deutschland

Bundesland	Studierende Humanmedizin/ 1.000 Einwohner	Studierende Zahnmedizin/ 1.000 Einwohner	Summe Spalte 2+3	Rang
Mecklenburg-V.	2,05	0,43	2,48	1
Saarland	1,95	0,16	2,11	2
Hamburg	1,68	0,27	1,95	3
Hessen	1,32	0,29	1,61	4
Berlin	1,42	0,18	1,61	4
Sachsen-Anhalt	1,48	0,12	1,6	6
Baden-Württemberg	1,23	0,17	1,4	7
Schleswig-Holstein	1,22	0,18	1,4	7
Sachsen	1,12	0,2	1,32	9
Bayern	1,09	0,2	1,29	10
Bundesdurchschnitt			1,26	
Nordrhein-Westfalen	1,03	0,17	1,2	11
Thüringen	0,9	0,17	1,07	12
Rheinland-Pfalz	0,69	0,17	0,86	13
Niedersachsen	0,65	0,14	0,79	14
Brandenburg	–	–	–	16
Bremen	–	–	–	16

Datenbasis: Statistik zu Studierenden des Bundesamtes für Statistik / Bevölkerungszahlen der Statistischen Landesämter

Die Ausbildung in der Human- und Zahnmedizin ist sehr kostenaufwändig. Das Land Hessen gewährt einen Clusterpreis von 25.307€ pro Student an die drei medizinischen Fakultäten. Nach § 1, Absatz 2 der Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO) beträgt die Regelstudienzeit für Medizin im Sinne des § 10 Abs. 2 des Hochschulrahmengesetzes einschließlich der Prüfungszeit für den Dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung nach § 16 Abs. 1 Satz 2

¹² Vgl. Ärztestatistik 2014.

(ÄApprO) sechs Jahre und drei Monate.¹³ Somit ergeben sich pro Studienplatz Gesamtkosten in Höhe von rund 160.000€ für das Land Hessen.¹⁴

Werden die Trägerzuschüsse an die Universitätsklinika miteinberechnet, steigt die Summe auf rund 167.000€. Hessen hat für das Jahr 2017 Zuschüsse in Höhe von 66 Mio. € veranschlagt. Umgerechnet auf die Anzahl der Studierenden der Medizin ergibt dies einen Betrag von 6.500€ pro Kopf.¹⁵

Wird die Anzahl der Medizinstudienplätze um die von der Bundesärztekammer und des Marburger Bundes geforderten 10% erhöht, und geht man davon aus, dass die Kosten für einen Medizinstudienplatz ohne die Trägerzuschüsse an die Universitätsklinika in allen Bundesländern etwa den Zahlen ins Hessen entsprechen und ungefähr rund 167.000€ (s.o.) betragen, ergibt sich ein bundesweiter Mehrbedarf von rund 167 Mio. €, um die Lücke der Ausbildungskapazitäten im Bereich der Hochschulmedizin zu schließen. Unter Einbeziehung von weiteren Zuschüssen, etwa für die Infrastruktur an den Universitätsklinika, wächst dieser Bedarf auf rund 200 Millionen € an.¹⁶

2) Ausstattung der Universitätsklinika:

Immer mehr Universitätskliniken können mit ihren Einnahmen ihre Ausgaben nicht decken. 2014 schlossen 19 von 33 Universitätsklinika negativ ab.¹⁷ Insgesamt summierten sich die Defizite in 2015 auf ca. 133 Millionen Euro.¹⁸ Diese ergeben sich insbesondere aus der erhöhten Anzahl an so genannten Extremkostenfällen, die in den Universitätsklinika als Krankenhäuser der Maximalversorgung behandelt werden. Im Gegensatz zu kleineren Krankenhäusern verfügen die Universitätsklinika über Speziallabore, interdisziplinäre Spezialisten und aufwendige Medizintechnik, so dass sie überproportional viele – teure – Spezialfälle zu behandeln haben. Aufgrund der Bezahlung nach Fallpauschalen des DRG-Systems, welches die besonderen Aufgaben der Universitätsklinika nicht ausreichend

¹³ Approbationsordnung der Ärzte (ÄApprO) 2002, §1, Absatz 2.

¹⁴ Rechengrundlage bilden die Clusterzahlen des Haushaltsplanes 2017 des Landes Hessen, S. 142.

¹⁵ Die Anzahl der hessischen Medizinstudenten und –studentinnen beträgt laut Statistischem Landesamt rund 10.000. vgl. Statistische Berichte: Die Studierenden an den Hochschulen in Hessen im Wintersemester 2016/17.

¹⁶ Das Ärzteblatt gibt die Kosten pro Medizinstudienplatz mit fast 200.000€ an. Das entspräche rund 30.000€ pro Studienplatz und Jahr. Mit diesen Zahlen ergäbe sich ein bundesweiter finanzieller Mehrbedarf von 48.000.000€ pro Jahr.

¹⁷ Forschung und Lehre 11|14, S. 876.

¹⁸ Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (VUD) – Politikbrief 1/15.

berücksichtigt, führen diese Spezialfälle zu hohen Mehrkosten. Im Durchschnitt entstehen so Defizite von 3,5 Mio. € pro Universitätsklinik und Jahr.¹⁹

Mit der Behandlung von Spezialfällen erfüllen Universitätsklinika über die Ausbildung hinaus einzigartige Aufgaben. „Weil hochschulmedizinische Einrichtungen Kranke versorgen, forschen und lehren, entsteht erheblicher Abstimmungsaufwand. Neben der medizinischen Versorgung von Patienten müssen sie komplexe Forschungsaufgaben organisieren und die Studentenausbildung in ihre Arbeitsabläufe integrieren.“²⁰ In einem Beschluss vom 18.06.2015 stellte der hessische Landtag auf Antrag der schwarz-grünen Koalition bereits fest: „Die Sonderrolle, welche den Universitätsklinika zukommt, wird bei der Finanzierung bislang nicht ausreichend berücksichtigt. Sie nehmen Aufgaben wahr, die im System der Fallpauschalen zu gering oder gar nicht berücksichtigt werden. Gerade die Behandlung dieser schwierigen und kostenintensiven Extremfälle spiegelt sich nicht in den DRG-Pauschalen wider, die von den Krankenkassen vergütet werden. Auch die Vorhaltung der Notfallambulanzen an den Universitätsklinika und die damit verbundenen Kosten werden nicht miteingerechnet.“²¹

Die Reformgesetze des letzten Jahres haben bislang keine nachhaltigen Verbesserungen für die Universitätsklinika bewirkt. So kalkuliert die deutsche Hochschulmedizin, dass es durch das Krankenhausstrukturgesetz zunächst sogar zusätzliche Belastungen in Größenordnung bis zu 250 Millionen Euro für die Universitätsklinika geben werde.²² Bei dem Gesetzesentwurf wird das Problem der sogenannten Extremkostenfälle überhaupt nicht behandelt.²³

So musste beispielweise das Land Hessen für sein landeseigenes Universitätsklinikum Frankfurt ein Entschuldungsprogramm von 10 Mio. Euro jährlich bis 2025 auflegen²⁴, da bis 2015 ein kumuliertes Defizit von „mehr als 100 Millionen Euro angewachsen“²⁵ ist.

¹⁹ Vgl. Extremkostenbericht des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), März 2016.

²⁰ Krankenversorgung. Forschung. Lehre. Wir leisten mehr, hrsg. von Deutsche Hochschulmedizin e.V., Oktober 2014, S. 7.

²¹ Drs. 19/2024 HLT.

²² Forschung und Lehre 10|15, S. 802.

²³ Ebd.

²⁴ HH, S. 65. Zusätzlich erhält das Universitätsklinikum Friedrichsheim 5 Mio. € jährlich bis einschließlich 2021.

²⁵ FAZ vom 17.1.2015 „Land will Uniklinikum entschulden“.

Zusätzlich zu den bislang aufgeführten kumulierten Defiziten hat der Verband der Universitätsklinika Deutschlands (VUD) einen Sanierungs- und Modernisierungstau mit einer Finanzierungslücke von 12 Mrd. € bis 2025 festgestellt.²⁶ Mit diesem Sanierungs- und Modernisierungstau ist „[e]ine moderne, international wettbewerbsfähige Infrastruktur in den hochschulmedizinischen Einrichtungen und die Finanzierung des medizinischen Fortschritts [...] nicht gesichert“.²⁷ Dies droht langfristig, die hochwertige medizinische Versorgung und die international wettbewerbsfähige Forschung in Deutschland zu gefährden.²⁸ Auch der Wissenschaftsrat betonte jüngst, Maßnahmen zur finanziellen Konsolidierung der Universitätsmedizin seien dringend erforderlich.²⁹

Reform des Medizinstudiums

Auch das Medizinstudium generell sowie die Zulassungskriterien sind dringend reformbedürftig. Die bisherigen Zulassungskriterien beschränken sich auf die Abiturnote und berücksichtigen weder das Persönlichkeitsprofil des Bewerbers bzw. der Bewerberin noch seine bzw. ihre beruflichen Erfahrungen. Das Studium selbst ist wenig praxis- und patientenorientiert. Aktuelle gesellschaftliche Herausforderungen wie der demographische Wandel werden ebenfalls vernachlässigt. Zwar wurde auf Bundesebene unter dem Stichwort „Masterplan Medizinstudium 2020“ eine Reform angekündigt, jedoch halten die letzten Entwürfe hierfür nur wenig konkrete Maßnahmen bereit, eine nachhaltige Reform einzuleiten. Es werden vielmehr symbolpolitische und methodisch schwer zu vertretene Maßnahmen wie beispielsweise eine Quote für Landärzte gefordert.³⁰

²⁶ Beschluss der Kultusministerkonferenz (KMK) vom 11.02.2016: Solide Bauten für leistungsfähige Hochschulen, Wege zum Abbau des Sanierungs- und Modernisierungstaus im Hochschulbereich, S. 9.

²⁷ Deutsche Hochschulmedizin e.V.

²⁸ Ebd.

²⁹ Wissenschaftsrat: Perspektiven der Universitätsmedizin, Drs. 5663-16, Weimar 21.10.2016

³⁰ Vgl. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 114, Heft 1–2, 9. Januar 2017, S. A12 und A14.

II. Ziele

Aus der im Vorherigen durchgeführten Bestandsaufnahme ergeben sich folgende Ziele:

- 1) Die Bundesländer müssen sich verpflichten, eine ausreichende Anzahl von Studienplätzen in der Medizin zur Verfügung stellen, um dem bestehenden und sich weiter verschärfenden Ärztemangel entgegenzuwirken. Die Gesamtausbildungskapazität muss von derzeit 10.600 auf 11.660 Studienanfänger gesteigert werden.
- 2) Ein fairer Lastenausgleich unter den einzelnen Bundesländern in der Ausbildung sowie eine Beteiligung des Bundes bei der Finanzierung der Universitätsklinika sind zwingend notwendig. Der Bund muss in Form einer Investitionskomponente für den Aufbau von Infrastruktur in die Mitverantwortung zurückkehren, da die Bundesländer dauerhaft nicht in der Lage sind, ihren Investitionsverpflichtungen gegenüber den Universitätsklinika uneingeschränkt nachzukommen.
- 3) Um die hohe Qualität der medizinischen Versorgung in Deutschland einerseits und die Qualität der Forschung und Lehre in diesem Bereich andererseits weiter zu gewährleisten, muss für eine ausreichende Finanzierung der Universitätsklinika gesorgt werden. Hierbei müssen sowohl die Fallpauschalen für Extremkostenfälle als auch die Investitionszuschüsse der Länder berücksichtigt werden. „Die Länder können diesen enormen Finanzierungsbedarf trotz bereits unternommener großer Anstrengungen [jedoch] nicht aus eigener Kraft schultern.“³¹ Die Koalition aus CDU und GRÜNEN hatte in ihrem Koalitionsvertrag bereits verankert, dass sich die Landesregierung auf Bundesebene dafür einsetzen möge, „dass für die Finanzierung der Hochschulmedizin in Hessen über Sondertatbestände zusätzliche Mittel des Bundes zur Verfügung gestellt werden“. Wir GRÜNE halten es für unerlässlich, in diesem Bereich schnellstmöglich Lösungen zu erreichen.
- 4) Sowohl die zusätzliche Investitionsförderung als auch der Defizitabbau im Bereich der Universitätsklinika müssen auch der Verbesserung der Studienbedingungen und der Förderung der medizinischen Forschung dienen. Eine Erhöhung der Studienplätze darf jedoch nicht dazu führen, dass sich die Studienbedingungen für die Studierenden verschlechtern.

³¹ Beschluss der KMK vom 11.02.2016, S. 17.

- 5) Das Medizinstudium und seine Zulassungskriterien sind veraltet und müssen reformiert und an aktuelle gesellschaftliche Entwicklungen angepasst werden. Die Qualität der Lehre muss auch bei Steigerung der Ausbildungszahlen gewährleistet und verbessert werden. Ziel muss mitunter auch die Reduzierung der Drop-out Rate sein.

III. Instrumente

1) Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten

Um die aufgeführten Ziele zu erreichen und eine faire Verteilung der Kosten zu gewährleisten, ist die Medizinerbildung bei den Bund-Länder-Finanzbeziehungen zu berücksichtigen.

Um den Bedarf zu ermitteln, bietet es sich an, die Anzahl der Studienplätze pro Tausend Einwohner als Kenngröße zu verwenden. Die Ausbildungsleistung für Humanmedizin entspricht aktuell 1,08 pro 1.000 Einwohner. Die Einbeziehung der Zahnmedizin erscheint an dieser Stelle sinnvoll, da auch in diesem Bereich ein Mangel droht.³² Zusammen ergibt sich eine Ausbildungsleistung für Human- und Zahnmedizin pro 1.000 Einwohner von 1,26 (siehe Tabelle 1). Mit der Erhöhung der Studienanfänger der Medizin auf 11.660 pro Semester steigt das bundesdurchschnittliche Ausbildungs-Soll auf 1,34 pro 1.000 Einwohner. Anhand dieser Zielgröße ergäbe sich folgendes Ausbildungs-Soll der Länder im Vergleich zu ihrem derzeitigen tatsächlichen Studienangebot:

³² Vgl. Perspektive Zahnmedizin, Gesundheitspolitisches Programm 2013 der Bundeszahnärztekammer, S. 10f und Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayern.

Tabelle 2: Erforderliche Mediziner Ausbildung in Deutschland

Bundesland	Soll-Studienplätze 1,34 x 1.000 Einwohner	Ist-Studienplätze	Δ Soll-Studienplätze/ Ist-Studienplätze
Mecklenburg-Vorp.	2.143	3.963	+ 1.820
Saarland	1.325	2.087	+ 762
Hamburg	2.362	3.445	+ 1.083
Hessen	8.166	9.820	+ 1.654
Berlin	4.650	5.614	+964
Sachsen-Anhalt	2.996	3.552	+ 556
Ba.-Wü.	14.360	15.024	+664
Schleswig-Holst.	3.793	3.954	+ 161
Sachsen	5.434	5.377	- 57
Bayern ³³	17.007	16.405	- 602
NRW	23.635	21.529	- 2.108
Thüringen	2.890	2.317	- 573
Rheinland-Pfalz	5.376	3.464	- 1.912
Niedersachsen	10.488	6.296	- 4.192
Brandenburg	3.293	0	- 3.293
Bremen	887	0	- 887

Die Steigerung der Ausbildungskapazität deutschlandweit macht folglich ein Nachjustieren der Ausbildungsleistung der einzelnen Länder bzw. einen fairen Ausgleich für den Aufwand hierfür noch drängender.

Um den Universitätsklinika und medizinischen Fakultäten die Schaffung neuer Kapazitäten und denjenigen Bundesländern, die unter Bedarf ausbilden, eine solide Finanzplanung zu ermöglichen, erscheint nur eine stufenweise Erhöhung der Studienplätze bis 2021 und eine enge Abstimmung zwischen und Bund und Ländern empfehlenswert.³⁴

³³ Die Neugründung in Augsburg ist nicht berücksichtigt.

³⁴ Vgl. Gemeinsames Positionspapier zum Masterplan Medizinstudium 2020 des Medizinischer Fakultätentag e.V. (MFT), Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (VUD), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF), Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd) vom 03.05.2016.

Unabhängig davon, wie die neu zu errichtenden Studienplätze verteilt werden, zeigt Tabelle 2 sehr deutlich, dass es eines Eingreifens benötigt, um diejenigen Länder zu entlasten, die für den Bedarf der anderen Länder mit ausbilden und sich dieser neuen Herausforderung stellen. Dies kann auf unterschiedliche Weise erreicht werden:

Echter Finanzausgleich

Ein Bonus/Malus-System der Bundesländer könnte einen Ausgleich schaffen, indem diejenigen Länder, die Medizinstudierende unter Bedarf ausbilden, die Differenz zwischen dem, was sie statistisch zu leisten hätten und was sie tatsächlich zur Mediziner Ausbildung beitragen, in den Finanzausgleich zahlen müssen. Umgekehrt erhalten diejenigen Länder, die Medizinstudierende über Bedarf ausbilden, aus dem Finanzausgleich die Differenz zwischen dem Ausbildungs-Soll und ihrem Ausbildungs-Ist.

Beispiel: Das Land Hessen bildet derzeit auch im Vergleich zur neuen Zielgröße etwa über 1600 Studierende mehr aus. Diese Mehrleistung würde aus dem Finanzausgleichssystem dem Land ausgeglichen. Das Land Rheinland-Pfalz hingegen unterschreitet den Zielwert um 1900 Studierende und müsste für diese Minderleistung in das Finanzausgleichssystem einzahlen.

So lange die Ausbildungsleistung der Länder unterhalb der um 10% gesteigerten Studierendenzahl liegt, ist die Summe der Einzahlungen höher als die Summe der Auszahlungen. Der Differenzbetrag kann für den Aufbau neuer Ausbildungsangebote verwendet werden.

Der Vorteil dieses Vorschlages ist, dass diejenigen Länder, die derzeit unter Bedarf ausbilden nicht nur mit Ausgleichszahlungen angehalten werden, ihren Beitrag zu erhöhen, sondern auch Unterstützung erhalten, diese Fehlentwicklung zu korrigieren. Nachteilig ist hingegen, dass dies vor allem finanzschwächere Bundesländer schnell überfordern kann und grundsätzlich davon auszugehen ist, dass die Länder für das Vorhalten der Hochschulmedizin dringend der Unterstützung des Bundes bedürfen (siehe oben).

Zuweisung durch den Bund

Alternativ zu einem echten Finanzausgleichssystem der Länder könnte der Bund die vorgenannten Ausgleichszahlungen sowohl für den Aufbau des 10%-Aufwuchses an Studienplätzen finanzieren als auch für den Ausgleich der Länder, die über Bedarf ausbilden, aufkommen.

Zurückkommend auf unser Beispiel erhielte das Land Hessen eine Bundeszuweisung für die 1600 über Bedarf ausgebildeten Studierenden. Das Land Rheinland Pfalz müsste keinen Ausgleich für seine Minderleistung zahlen; es könnte aber in den Genuss von Bundeszuweisungen kommen, wenn es seine Ausbildungsleistung ausbauen würde.

Der Vorteil dieses Systems liegt darin, dass finanzschwächere Länder nicht überfordert werden. Zudem folgt es dem Gedanken, dass die Länder durch das System der derzeitigen Finanzierung der Hochschulmedizin benachteiligt sind und hier dringender Änderungsbedarf besteht. Nachteilig wirken könnte hingegen, dass es zu wenig Anreize gibt, die Ausbildungsleistung zu erhöhen.

Mischformen

Verschiedene Mischformen beider Varianten sind auch denkbar. Beispielsweise, dass nur der zusätzliche Aufwuchs durch Bundesmittel finanziert würde, es aber trotzdem einen Ausgleich auf Länderseite gibt.

2) Medizinstudium und Zulassung reformieren

Der „Masterplan Medizinstudium“ darf nicht zu einem Potpourri von oberflächlichen und symbolischen Maßnahmen reduziert werden, sondern muss, wie ursprünglich auch vorgesehen, eine inhaltliche und praxistaugliche Ausrichtung des Studiums gewährleisten. Um dieses Ziel zu erreichen, ist es notwendig, alle Stakeholder aktiv am Prozess des Masterplans zu beteiligen. Dies fordern auch eine Vielzahl der medizinischen Verbände³⁵.

³⁵ Vgl. Stellungnahme der Verbände der Medizinstudierenden und jungen Ärztinnen und Ärzte zum Masterplan, vom 15.11.2016, URL: <http://www.marburger-bund.de/sites/default/files/artikel/downloads/2016/studieninhalte-und-lehrbedingungen-im-medizinstudium->

Auch die Auswahlkriterien, die zu einem Medizinstudium berechtigen, sollten reformiert werden. Die Bundesärztekammer sowie die Ärztekammern im Südwesten von Deutschland weisen außerdem darauf hin, dass die Abiturnote als alleiniges Kriterium für die Aufnahme eines Medizinstudiums nicht ausreichend und eine Reform der Auswahlkriterien notwendig ist. Eine Möglichkeit die Zulassungschancen Studierender mit einer schlechteren Abiturnote zu verbessern, bietet der Test für Medizinische Studiengänge (TMS)³⁶.

3) Dritte Säule in der Krankenhausfinanzierung: Systemzuschlag für Universitätsklinika und Investitionszuschüsse des Bundes:

Weil das DRG-System für die besonderen Aufgaben der Universitätsklinika keine entsprechende Vergütung bereithält, muss der Bundesgesetzgeber eine dritte Finanzierungssäule schaffen, die so ausgestattet wird, dass sich die Universitätsklinika selbst tragen können. Zudem braucht es eine dauerhafte Mitverantwortung des Bundes bei den hohen Investitionsbedarfen im Bereich der Universitätskliniken.

Der Systemzuschlag als dritte Säule der Krankenhausfinanzierung ist zusätzlich aus allgemeinen Steuermitteln des Bundes zu bestücken, da die bisherige Regelung einen doppelten Fehlanreiz für die Länder darstellt: Indem die Kosten sowohl für die Behandlung seltener und schwerer Erkrankungen als auch für die Infrastruktur für die Ausbildung des Mangelberufs der Medizinerinnen und Mediziner letztlich zu Lasten der Landeshaushalte geht, ist es für diese attraktiv, ihre Kapazitäten in beiden Fragen zu reduzieren. Dadurch entsteht eine negative Konkurrenzsituation, die nur durch einen direkten Finanzierungsbeitrag des Gesamtstaates aufgelöst werden kann.

Zudem ist der derzeitige Zustand in dem ein Teil der Krankenbehandlung, nämlich die seltenen und schweren Erkrankungen faktisch durch die auf Bundesebene geregelten Krankenkassen nicht ausreichend übernommen werden, systemfremd: Die Länder können

[von-grund-auf-modernisieren/gemeinsame-stellungnahme-verbaende-masterplan-15112016.pdf](#) [19.1.2017]; vgl. Stellungnahme von der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd), der Arbeitsgemeinschaft der Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), der Medizinische Fakultätentag (MFT) und der Verband der Universitätskliniken in Deutschland (VUD) äußern sich gemeinsam zum geplanten Masterplan Medizinstudium 2020, URL: http://www.mft-online.de/files/pm_masterplan_mft_bvmd_awmf_vud.pdf [19.1.2017].

³⁶ Vgl. Ärztestatistik 2015 und Pressemitteilung: Südwest-Ärztekammern sind sich einig: „Wir müssen mehr Anstrengungen für den Ärztenachwuchs unternehmen!“, 9.12.2016.

sich nicht dagegen wehren, dass sie für einen Teil der Finanzierung der Krankenversorgung aufkommen müssen, da die Festlegung darüber, was von den Krankenkassen finanziert wird, nicht von ihnen zu entscheiden ist.

Hessen hat für das Jahr 2016 Trägerzuschüsse in Höhe von rund 60 Millionen € veranschlagt. Ausgehend von den Studierendenzahlen der Länder ergibt sich in der Projektion ein Bedarf von rund 770 Millionen € bundesweit. Hinzu kommen in Hessen noch Investitionen in Höhe von 50 Millionen €. ³⁷ Schätzungen des Verbands der Universitätsklinika gehen daher von einem zusätzlich zu deckenden Finanzbedarf von bis zu 1,6 Mrd. € bundesweit aus. ³⁸

Daran ist leicht zu erkennen: die Bundesländer können die Mittel für Defizitausgleich und Investitionen in diesem Bereich kaum dauerhaft aus eigener Kraft leisten. Wenn man weitere Einschnitte in der Hochschulmedizin verhindern will, müssen die Länderhaushalte durch eine direkte Förderung nach §91b GG entlastet werden, die sich wiederum an Ausbildungsleistung der jeweiligen Länder orientieren muss.

Eine Alternative bestünde dahingehend, dass die Universitätsklinika in die Investitionskostenbezuschung nach dem Krankenhausgesetz aufgenommen werden und eine bessere Berücksichtigung der seltenen und schweren Erkrankungen im DRG-System stattfindet.

Während Plankrankenhäuser erhebliche Investitionen aus den allgemeinen Gesundheitskassen erhalten, sind die Universitätsklinika hier nicht berücksichtigt. Die Investitionen dort müssen anstatt dessen aus dem Haushalt des Wissenschaftsministeriums gefördert werden. Damit werden die Investitionen in den Universitätsklinika nicht auf die Gesundheitskassen umgelegt, obwohl die Investitionen hierin ebenso der Gesundheitsversorgung zu Gute kommen. Dies würde aber zu Einschnitten auf Seiten der Plankrankenhäuser führen, da diese mit den Universitätsklinika um die gleichen Mittel konkurrieren würden. Ebenso verhält es sich mit den Änderungen im DRG-System. Um diese Konkurrenzsituation nicht eintreten zu lassen, plädieren wir – wie oben beschrieben – für eine eigene zusätzliche Finanzierungssäule für die Universitätsklinika.

³⁷ Haushalt des Landes Hessen, EP 18, S. 40.

³⁸ Vortrag von Prof. Dr. M. Albrecht, Vorsitzender des VUD auf dem VUD Herbstforum 2013.

Sowohl direkte Investitionskostenzuschüsse als auch der Systemzuschlag verbessern nicht nur die Krankenversorgung, sondern stärken auch die medizinische Forschung und die Studienbedingungen für die Medizinstudierenden.

IV. Zusammenfassung:

Deutschland bildet zu wenig Ärztinnen und Ärzte aus. Dies führt bereits jetzt zu regionalen Problemen. Die aktuelle Akquisepraxis von ausländischen Ärzten ist unsolidarisch und führt zu Mängeln in der Gesundheitsversorgung der Herkunftsländer. Insgesamt muss die Anzahl der Studienplätze in der Medizin um mindestens zehn Prozent erhöht werden.

Die Ausbildungsleistung der Länder ist sehr unterschiedlich und es bedarf eines fairen Ausgleichs zwischen ihnen.

Die derzeit diskutierte Reform des Medizinstudiums darf sich nicht auf wenige Symbolpunkte reduzieren, sondern muss die Mediziner Ausbildung ganzheitlich modernisieren. Die Verbesserung der Infrastruktur der Hochschulmedizin (s.o.) soll auch die Lern- und Arbeitsbedingungen der Medizinstudierenden steigern.

Die Universitätskliniken sind im Vergleich zu ihren Leistungen derzeit im Gesundheitssystem nicht ausreichend durch das Gesundheitssystem finanziert. Es bedarf hier einer zusätzlichen Finanzierungssäule, welche die besonderen Leistungen abbildet. Die Unterversorgung in diesem Bereich muss unbedingt abgestellt werden, um die medizinische Forschung und Lehre sowie die hochspezialisierte Krankenversorgung zu sichern.