

26. Juni 2018

Stellungnahme

der Deutschen Hochschulmedizin:

Satellitencampus-Konzepte zur universitären Ärzteausbildung

Zur Erhöhung der Zahl der Medizinstudienplätze entwickeln eine Reihe von Medizinischen Fakultäten derzeit im Auftrag ihrer Wissenschaftsministerien Konzepte zur Ärzteausbildung an Zweitstandorten. Die klinisch-praktische Studierendenausbildung an einem oder mehreren akademischen Lehrkrankenhäusern soll deren patientenbezogene Ausbildungskapazität für den klinischen Studienabschnitt nutzbar machen, wobei die Medizinische Fakultät die universitären Qualitätsstandards sicherstellen soll.

Eine wesentliche Zielvorgabe der Ministerien ist dabei, dem akuten Landärztemangel im Umland des Satellitencampus entgegenzuwirken. Allerdings werden Campusaufbau und Ausbildung der ersten Kohorten fünf bis zehn Jahre benötigen (hinzukommen weitere fünf bis acht Jahre für die Facharztausbildung der Absolventen), ohne dass absehbar ist, ob sich der zukünftige Ärztenachwuchs tatsächlich in der Nähe des Ausbildungsortes niederlassen wird.

Herausforderungen:

Konstitutives Instrument der universitären Qualitätssicherung ist die ordnungsgemäße Berufung von Professorinnen und Professoren, die in ihrem jeweiligen Fachgebiet neben der Krankenversorgung auch Lehre und Forschung auf höchstem Niveau verantworten. Auch wenn leitende Krankenhausärztinnen und -ärzte bereits über eine *Venia Legendi* verfügen, sollte ihre Berufungsfähigkeit in einem transparenten Verfahren überprüft werden. In Fachgebieten ohne habilitierte Vertreter müssen ergänzende Professuren eingerichtet sowie deren Zusammenarbeit mit den für die Patientenversorgung verantwortlichen Chefärztinnen und -ärzten geregelt werden.

An den Universitätsklinika existieren vielfältige Strukturen und Verfahren, um die Belange der Patientenversorgung mit den Anforderungen der universitären Lehre und Forschung bei strategischen Entscheidungen, bei Berufungen und im Krankenhausalltag abzustimmen. Für einen Satellitencampus müssen dazu geeignete Governancestrukturen vertraglich vereinbart werden, die zum einen dem akademischen Selbstverwaltungsanspruch und der Freiheit der Wissenschaft, zum anderen dem Versorgungsauftrag des Krankenhauses und den Trägerinteressen gerecht werden. Unabhängig davon, ob habilitierte Chefärztinnen und -ärzte von ihren Versorgungsaufgaben entlastet oder klinische Professuren extern besetzt werden, müssen die

Personalkapazitäten für die Studierendenausbildung durch Neueinstellungen hoch qualifizierter Ärztinnen und Ärzten geschaffen werden.

Schließlich sollten die Satellitenstandorte um ihre Studierenden mit attraktiven Studienbedingungen, speziellen Ausbildungsangeboten für ärztliche Tätigkeiten außerhalb von Ballungsräumen und dazu passenden Promotionsmöglichkeiten werben. Eine zwangsweise Entsendung von Studierenden an eine – auch nur vermeintlich – zweitklassige Ausbildungseinrichtung schadet sowohl dem Zweit- als auch dem Hauptstandort. Die Satellitenstandorte benötigen dazu hinreichend eigenständige Curricula, ohne dass die Unterschiede zum Hauptstandort das Schließen von Lücken mit standortübergreifenden Lehrangeboten gänzlich ausschließen. Solange bzw. soweit an einem Satellitencampus ein adäquates Lehrangebot in den klinisch-theoretischen Fächern nicht zur Verfügung steht, kann nur ein Teil des klinischen Studienabschnitts dort absolviert werden.

Im Rahmen des Masterplans Medizinstudium 2020 werden eine Reihe von Reformen zur Aufhebung getrennter Studienabschnitte, zur Abschaffung von Teilstudienplätzen, der weiteren Integration theoretischer und praktischer Inhalte, der interprofessionellen Ausbildung sowie zur umfangreichen Vermittlung wissenschaftlicher Kompetenzen und deren projektförmiger Leistungsnachweis angestrebt. Die Umsetzung all dieser integrierenden Maßnahmen an den Zweitstandorten erfordert sorgfältig ausgearbeitete und geprüfte Konzepte, um die räumliche Entfernung zum Hauptstandort und damit zu den theoretischen Fachgebieten zu überbrücken.

Vielfach verfügen die Satellitenstandorte über Universitäten, denen häufig aber ein lebenswissenschaftlicher Lehr- und Forschungsschwerpunkt fehlt. Dessen Auf- bzw. Ausbau sollte trotz begrenztem Budget des jeweiligen Wissenschaftsministeriums zusätzlich zum Medizincampus finanziert werden, was die Projekte an beiden Fakultäten nicht gefährden bzw. erheblich verzögern darf.

Voraussetzungen:

Eine Ärzteausbildung an einem Satellitencampus nach den etablierten akademischen Standards kann nur gelingen, wenn die erforderlichen Voraussetzungen insbesondere durch das jeweilige Wissenschaftsministerium geschaffen werden.

Auch in den klinischen Fächern muss die Lehre von habilitierten und berufenen Professorinnen und Professoren verantwortet werden. Das wissenschaftlich-ärztliche Personal muss neben der Krankenversorgung über ausreichende zeitliche Kapazitäten sowohl für die Studierendenausbildung als auch für die Beteiligung an der fachspezifischen Forschung verfügen und sollte medizindidaktisch qualifiziert sein bzw. werden.

Die Zweitstandorte brauchen eine moderne Lehr- und Lerninfrastruktur, wie sie an den Hauptstandorten der Medizinischen Fakultäten üblich ist. Auch die Forschungsinfrastruktur für die klinischen Wissenschaftler sollte vor Ort bereitgestellt werden. Kooperationen mit dem Hauptstandort der Medizinischen Fakultät und den benachbarten Hochschulen können diese in ein attraktives Forschungsumfeld einbinden.

Laufende Ausbildungskosten und erforderliche Investitionen am Satellitencampus müssen von den Wissenschaftsministerien vollständig finanziert werden. Querfinanzierungen aus dem Budget der Medizinischen Fakultät für den Hauptstandort sind

ebenso auszuschließen wie aus den Versorgungsentgelten und Investitionszuschüssen der beteiligten Krankenhäuser.

Anders als Universitätsklinika stehen die an einem Satellitencampus beteiligten Krankenhäuser nicht in der Trägerschaft des jeweiligen Landes und verfügen auch nicht über eine herausgehobene – aus dem Wissenschaftsetat finanzierte – Stellung im Landeskrankenhausplan. Sie dürfen daher auch nicht als Universitätsklinika bezeichnet werden. Dies schließt die Hervorhebung ihres besonderen Engagements in der Ärzteausbildung gegenüber Patientinnen, Patienten und Öffentlichkeit mit anderen – weniger missverständlichen – Begriffen selbstverständlich nicht aus.

Vor einer politischen Entscheidung ist das jeweilige Satellitencampus-Konzept durch unabhängige Experten zu evaluieren. Dabei sollten Nutzen, Kosten und Zeitbedarf des Aufbaus eines Zweitcampus auch mit einer Erweiterung der Ausbildungskapazitäten am Hauptstandort verglichen werden.

Alternativen:

Der Aufbau von Zweitstandorten kann zumindest kurzfristig nicht zum Schließen drohender ärztlicher Versorgungslücken außerhalb der Ballungszentren beitragen. Kurz- bis mittelfristig zielführender sind:

- i) Stärkung des ambulanten Sektors und der Allgemeinmedizin zum Beispiel durch universitäre Portalpraxen,
 - ii) Implementation der digitalen Medizin und Telemedizin,
 - iii) Stärkung der Interprofessionalität und Kooperation im Gesundheitswesen mit neuer Aufgaben- und Rollenverteilung u.a. durch die Akademisierung der Gesundheitsfachberufe und die Ausbildung und Beschäftigung von Arztassistentinnen und -assistenten sowie durch
 - iv) Netzwerke zwischen den Maximalversorgern und regionalen Krankenhäusern.
- Diese Maßnahmen würden sowohl die regionale Krankenversorgung unmittelbar stärken, als auch neue ambulante Lehrstrukturen für das Humanmedizinstudium außerhalb der etablierten Standorte der Universitätsmedizin bieten.

Fazit:

Der Aufbau einer universitären Ärzteausbildung in der vollen Breite der von der Approbationsordnung für Ärztinnen und Ärzte geforderten klinischen Fachdisziplinen außerhalb der etablierten Universitätsklinika stellt Medizinische Fakultäten und kooperierende Krankenhäuser vor erhebliche Herausforderungen. Derzeit ist weder absehbar, unter welchen Bedingungen sich der zukünftige Ärztenachwuchs tatsächlich im Umland der Ausbildungsorte niederlassen wird, noch welche zusätzlichen Ausbildungskapazitäten dauerhaft erforderlich sein werden (vgl. oMFT: Zukünftiger Ärztebedarf und Entwicklung der universitären Ausbildungskapazitäten, Mainz 06/2018). Die Ärzteausbildung an Zweitstandorten sollte bis zur Vorlage dieser Analyse nur in ausgewählten Pilotprojekten erprobt und ihre Effekte auf die regionale Ärzteversorgung überprüft werden. Unabhängig davon bleiben Gesundheitsministerien, Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen in der Pflicht, finanzielle Anreize und attraktivere Rahmenbedingungen für eine ärztliche Tätigkeit außerhalb der Ballungsräume zu schaffen.

Der MFT rät außerdem dringend dazu, die in der Maßnahme 13 des Masterplans Medizinstudium 2020 vorgesehene Arbeitsgruppe zur Ermittlung des zukünftigen bundesweiten Studienplatzbedarfs einzusetzen und so eine sorgfältige Analyse und Projektion zu erarbeiten. Die Medizinischen Fakultäten bieten dazu gern ihre Expertise und Unterstützung an.