

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)

Gemeinsames Positionspapier zum Masterplan Medizinstudium 2020

beschlossen am 3. Mai 2016

Der MFT, der VUD, die AWMF und die bvmd e.V. nehmen die aktuellen Entwicklungen im Reformvorhaben der Regierung zum Medizinstudium zum Anlass, eine gemeinsame Stellungnahme zu veröffentlichen. Getrieben wird die derzeitige Debatte zur Reform des Medizinstudiums hauptsächlich von dem vorhersehbaren Mangel an Hausärzten auf dem Land. Es ist nachvollziehbar, dass die Gesundheitspolitik Erwartungen an die teure Mediziner Ausbildung stellt. Studierende über Zwangsmaßnahmen im Medizinstudium für die hausärztliche Versorgung zu begeistern, um ein im Wesentlichen auf fehlenden Anreizen und Perspektiven beruhendes strukturelles Problem zu beheben, halten wir jedoch für einen verfehlten Ansatz und letztlich kontraproduktiv. Dies wurde bereits in vorherigen Stellungnahmen ausführlich dargestellt.¹ Die starke Fokussierung der Diskussion auf den Landarztmangel und die Allgemeinmedizin vernachlässigt darüber hinaus die weiteren essentiellen Punkte des Masterplans:

- Reform des Auswahlverfahrens
- Ausrichtung des Studiums inklusive der Förderung der Praxisnähe
- Wissenschaftlichkeit im Studium

Ergänzend zu den bereits vorliegenden Einzelstellungnahmen nehmen AWMF, bvmd, VUD und MFT daher zu den bisher vernachlässigten Aspekten gemeinsam Stellung.

1. Reform des Auswahlverfahrens

1.1. Kapazitätsverordnung

Die bestehende Kapazitätsverordnung, die auf das Numerus clausus Urteil des Bundesverfassungsgerichts von 1972 zurückgeht, bedarf einer dringenden Überarbeitung. Notwendig ist ein bundesweit einheitliches System zur bedarfsgerechten Kapazitätsberechnung von Studienplätzen an Medizinischen Fakultäten. Damit ließen sich langfristig erhebliche personelle und finanzielle Ressourcen einsparen, die jährlich von den Universitäten aufgewandt werden müssen, um die Klagen Studieninteressierter abzuwehren.

¹ Vgl. AWMF (2015): Stellungnahme der AWMF-Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. zum „Masterplan Medizinstudium 2020“. http://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Forschung_und_Lehre/Stellungnahme_AWMF_Masterplan_Medizinstudium_2020.pdf

Vgl. MFT (2015): Medizinstudium 2020 – Worauf kommt es an. http://www.mft-online.de/files/4_pm_medizinstudium_2020_1.pdf

Vgl. bvmd (2015): bvmd legt Stellungnahme zum Masterplan Medizinstudium 2020 vor. https://www.bvmd.de/fileadmin/redaktion/Pressemitteilungen/2015-08-07_PM-Masterplan_Medizinstudium_2020.pdf

Eine rechtssichere Neuberechnung der Studienplätze soll für den gesamten Verlauf des Studiums gelten und nicht wie bisher für Vorklinik und Klinik getrennt kalkuliert werden. Die damit bislang verbundenen Teilzulassungen führen zu unnötigen und für den Einzelnen höchst belastenden Exmatrikulationen, sowie zu einer Verschwendung von Ressourcen in der Lehre.

1.2. Zulassungsverfahren

Die Abiturnote muss auch weiterhin eine zentrale Rolle im Zulassungsverfahren spielen. Sie gilt als guter Prädiktor für den Studienerfolg, bildet sie doch den allgemeinen Wissensstand über einen Zeitraum von zwei Jahren ab. Die Abiturnote allein ist allerdings kein hinreichendes Kriterium zur tatsächlichen Eignung zum Medizinstudium. Sie bedarf der Ergänzung durch weitere Kriterien. Als weiteres Kriterium sollte ein fachbezogener Studierfähigkeitstest Anwendung finden. Einige Studierfähigkeitstests (z.B. Test für medizinische Studiengänge, HamNat) werden bereits jetzt an Universitäten in das Auswahlverfahren erfolgreich einbezogen. Die Anwendung eines Studierfähigkeitstests soll -im Falle einer primär unzureichenden Durchschnittsnote im Abitur - ein kompensatorisches Mittel darstellen, das prinzipiell allen hochschulzugangsberechtigten Bewerbern eine Chance im Zulassungsverfahren ermöglicht. Als wertvoll bewerten wir auch die Berücksichtigung bereits abgeschlossener Berufsausbildungen und abgeleiteter Freiwilligendienste in einschlägigen Gesundheitsberufen.

Darüber hinaus sollten die Universitäten weitere eigene Auswahlverfahren und Kriterien möglichst evidenzbasiert und rechtssicher ausbauen, um die eigene Schwerpunktsetzung sowie die Berücksichtigung weiterer erforderlicher Kompetenzen einzubeziehen.

Eine konkretere Ausarbeitung zukünftiger Auswahlkriterien und Verfahren wird derzeit durch eine gemeinsame Arbeitsgruppe vom MFT und bvmd erarbeitet.

1.3. Landarztquote

Wir stimmen darin überein, dass eine sogenannte "Landarztquote" bzw. eine Quote zur Sicherstellung der primärärztlichen Versorgung auf dem Land abzulehnen ist. Eine Selektion der Studienplatzbewerber nach von ihnen nicht zu beeinflussenden Kriterien ist ungerecht und aus Sicht der Unterzeichner mit dem Recht auf freie Studien- und Berufswahl in Artikel 12 Absatz 1 des Grundgesetzes unvereinbar. Vermutlich wird sich darüber hinaus ein großer Teil dieser Quote nach dem Studium „freikaufen“.

Es ist darüber hinaus inakzeptabel, von Studienanfängern abzuverlangen, sich vor Anfang eines sechsjährigen Studiums und vor dem damit einhergehenden Reifeprozess auf ihren späteren Beruf eng festzulegen. Zur akuten Sicherung der Versorgungssituation ist eine Änderung des Auswahlverfahrens nicht geeignet, ein potentieller Effekt wäre frühestens 12 Jahre nach Einführung der Reform zu erwarten. Eine Änderung des Auswahlverfahrens ist der falsche Ansatz zur Lösung der unzureichenden primärärztlichen Versorgung auf dem Land. Stattdessen sollten bessere Anreize in den Weiterbildungsstrukturen nach dem Studium geschaffen werden. Die gezielte Steigerung der Attraktivität einer landärztlichen Tätigkeit stellt eine geeignete Maßnahme dar, um Studierende von der Arbeit in der landärztlichen Versorgung zu überzeugen.

1.4. Zahl der Studienplätze

Die Erhöhung der Zahl der Studienplätze im Rahmen der versorgungspolitischen Debatte ist aus Sicht von MFT, VUD, AWMF und bvmd bei nicht ausreichender Finanzierung abzulehnen.

Eine Erhöhung bei gleichbleibend hoher Qualität und gleichbleibendem Betreuungsverhältnis würde zwangsläufig zu höherem Personalbedarf führen. Für diesen wäre eine suffiziente finanzielle Ausstat-

tung unbedingt erforderlich. Eine Verschlechterung des Betreuungsverhältnisses wäre mit den Anforderungen der Approbationsordnung nicht vereinbar, die explizit Unterricht in Klein- und Seminargruppen vorgibt. Zudem werden an den medizinischen Fakultäten, insbesondere auch bei den Modellstudiengängen, derzeit umfangreiche Maßnahmen zur weiteren Erhöhung des Praxisbezugs mit Beginn schon in den ersten Semestern unternommen. Diesen erhöhten Praxisbezug von Beginn an parallel zur Krankenversorgung zu gewährleisten, ist mit hohen Kosten verbunden. Moderne Curricula müssen deshalb nachhaltig finanziert werden. Anstatt die Quantität der Studierenden weiter zu erhöhen, müssen Gelder in die Qualität des Studiums investiert werden. Die bloße Erhöhung der Studienplatzzahl ist daher eine ungenügende Maßnahme, um versorgungspolitischen Gedankenspielen Rechnung zu tragen.

2. Ausrichtung des Studiums

Um den Fakultäten und den Studierenden mehr Freiraum in der Gestaltung ihrer Ausbildung zu ermöglichen, schlagen wir vor, die bisher geltende Verteilung der Stundenzahl in der äAppO zu überdenken. Um die Qualitätssicherung der Lehre auch weiterhin zu gewährleisten, sollten flexiblere Stellschrauben implementiert, sowie ausreichend finanzielle Mittel bereitgestellt werden, um den Fakultäten eine evidenzbasierte, kontinuierliche Studienreform zu ermöglichen. Die Rahmenbedingungen von 5500 Stunden nach EU-Richtlinie sind von unseren Forderungen ausgeschlossen.

2.1. Verknüpfung von Theorie und Praxis während des gesamten Studiums

Die Unterzeichner unterstützen Curricula mit einer integrierten Struktur, bei denen bereits früh im Studium klinisches Wissen vermittelt und Patientenkontakt ermöglicht wird. Allerdings darf eine Verknüpfung von vorklinischen und klinischen Inhalten nicht zur Überfrachtung des vorklinischen Abschnitts führen. Vielmehr muss die Verknüpfung von vorklinischen und klinischen Inhalten über das gesamte Studium hinweg erfolgen. Dabei muss die Schaffung einer ausreichenden theoretischen Grundlage in der Vorklinik gewährleistet werden. Im klinischen Studienabschnitt muss auch den klinisch-theoretischen Fächern (z.B. Klinische Chemie, Mikrobiologie, Pathologie, Pathophysiologie, Pharmakologie) genügend Raum für die systematische Lehre gegeben werden. AWMF, MFT, VUD und bvmd sprechen sich für eine Umverteilung der theoretischen Inhalte innerhalb des Medizinstudiums aus und sehen die Notwendigkeit, Freiräume für die wissenschaftliche Arbeit der Studierenden, die individuelle Schwerpunktsetzung und die Selbstreflexion zu schaffen. Entsprechende Vorschläge des Wissenschaftsrats zur Schaffung eines Wahlpflichtbereichs von 20% werden daher begrüßt.

2.2. Kompetenzorientierte Ausrichtung

Der enorme Erkenntniszuwachs in der Medizin und die zunehmende Spezialisierung der einzelnen medizinischen Fachrichtungen lassen sich nicht mehr kontinuierlich im Studium abbilden, an das sich in der Regel eine Weiterbildung anschließt. Die Fakultäten sollten daher die in der Umsetzung befindliche kompetenzorientierte Ausrichtung des Studiums vor Ort und im Dialog mit den Studierenden weiterentwickeln. Der NKLM bzw. der NKLZ geben hierfür gute Leitlinien zur Vermittlung sowohl der kommunikativen und sozialen, sowie auch der wissenschaftlichen Kompetenzen vor.

2.3. Interprofessionelle Ausbildung mit den Gesundheitsfachberufen

Es müssen bundesweite Standards für alle Ausbildungen in Berufen der Patientenversorgung, sowie eine adäquate Qualitätssicherung für die Kompetenzverteilung festgelegt werden. Es ist erforderlich, dass schon in der Ausbildung das Verständnis für die anderen Professionen gefördert wird und curriculäre Inhalte sowie die damit verbundenen Kompetenzen aufeinander abgestimmt werden. Um interprofessionelle Lehrveranstaltungen curriculär verankern zu können, müssen zunächst klare rechtliche Rahmenbedingungen geschaffen werden. Das Kapazitätsrecht in seiner jetzigen Form stellt auch

hier eine juristische Hürde dar, die die Universitäten hindern, ein umfangreiches Angebot interprofessioneller Ausbildung anzubieten.

2.4. Prüfungen

Eine erste, landesweit einheitliche und vom IMPP organisierte Überprüfung des erworbenen Wissens (entsprechend dem M1) sollte frühzeitig erfolgen, um eine frühe Mobilität der Studierenden während des Studiums zu ermöglichen. Ein geeigneter Zeitpunkt dafür wäre z.B. nach dem 4. Semester vorstellbar. Darüber hinaus sollte dies eine ausreichende Grundlage für eine anschließende Vertiefung insbesondere auch für einen wissenschaftlichen Schwerpunktrack bilden.

Auch die Art der Prüfung hat einen großen Einfluss auf die Art und Weise, wie Studierende lernen. In diesem Sinne empfehlen bvmd, VUD, MFT und AWMF eine kontinuierliche Anpassung der Lehr- und Prüfkultur an den Fakultäten und beim IMPP, um dem Trend zur Kompetenzorientierung des Studiums Rechnung zu tragen. Prüfungen sollten generell immer ein konstruktives, individuelles Feedback an die Lehrenden und Studierenden enthalten, damit diese um ihre Stärken wissen und gezielt an ihren Schwächen arbeiten können. Der Lehr- und Lernprozess kann so fachspezifisch und individuell beeinflusst und gesteuert werden.

Hier ist vor allem das IMPP dazu aufgerufen, neue Prüfungsformate zu erforschen und zusammen mit den Fakultäten zu erproben. Dazu müssen allerdings die personellen und teilweise auch räumlichen Voraussetzungen für die Erprobung und Umsetzung neuer Prüfungsformate geschaffen werden, sowie die finanziellen und organisatorischen Möglichkeiten der Fakultäten berücksichtigt werden.

2.5. Neustrukturierung des Praktischen Jahrs

Zu einem weiteren, thematisch enggeführten Pflichtabschnitt haben sich alle drei Verbände bereits in früheren Stellungnahmen kritisch geäußert und sollte im Sinne der Wahlfreiheit der Studierenden nicht eingeführt werden².

Sollte die im politischen Raum diskutierte Umstellung des PJ auf eine Quartalsstruktur erfolgen, sollte von der vom Wissenschaftsrat vorgeschlagenen Möglichkeit Gebrauch gemacht werden, optional zwei Quartale zusammen in einem Fach absolvieren zu können, um in einem Fach eine angemessene, von den Studierenden zu wählende Vertiefung zu ermöglichen³. Es ist darauf zu achten, dass dies in der Umsetzung durch die Fakultäten organisierbar sowie finanzierbar bleibt.

2.6. Abbildung des ambulanten Versorgungsbereichs in der ärztlichen Ausbildung

Die ärztliche Ausbildung sollte alle Bereiche der ärztlichen Tätigkeit umfassen, das heißt auch die ambulante und primärärztliche Versorgung. Die Ausbildung sollte daher in angemessenem Umfang auch in den Hochschulambulanzen der Universitäten und in qualitätsgesicherten Praxisnetzen stattfinden. Diese gilt es daher auszubauen und für die Lehre zu sichern.

² Vgl. AWMF (2015): Stellungnahme der AWMF-Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. zum „Masterplan Medizinstudium 2020“. http://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/For-schung_und_Lehre/Stellungnahme_AWMF_Masterplan_Medizinstudium_2020.pdf

Vgl. MFT (2015): Medizinstudium 2020 – Worauf kommt es an. http://www.mft-online.de/files/4_pm_medizinstudium_2020_1.pdf
Vgl. bvmd (2015): bvmd legt Stellungnahme zum Masterplan Medizinstudium 2020 vor. https://www.bvmd.de/fileadmin/redaktion/Presse-mitteilungen/2015-08-07_PM-Masterplan_Medizinstudium_2020.pdf

³ Vgl. Wissenschaftsrat (2014): Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Medizinstudiums in Deutschland auf Grundlage einer Bestandsaufnahme der humanmedizinischen Modellstudiengänge (Drs. 4017-14), Juli 2014. <http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/4017-14.pdf>

3. Wissenschaftlichkeit im Medizinstudium

Das Ziel des deutschen Medizinstudiums ist "der wissenschaftlich und praktisch in der Medizin ausgebildete Arzt". Daher fordern MFT, AWMF, VUD und bvmd auf die fundierte wissenschaftliche Ausbildung einen stärkeren Fokus zu legen, beispielsweise durch die Einbindung einzelner Instrumente wie sie vom Wissenschaftsrat vorgeschlagen werden⁴. Hierfür müssten allerdings zuerst die finanziellen und organisatorischen Rahmenbedingungen angepasst werden. Um die Wissenschaftlichkeit weiter zu stärken, sollte das Lernziel „die wissenschaftliche methodische Basis der medizinischen Fächer“ in den §1 Abs. 1 Satz 4 der Ärztlichen Approbationsordnung (einzufügen als dritter Spiegelstrich, zwischen „das Grundlagenwissen über die Krankheiten und den kranken Menschen“ und „die für das ärztliche Handeln allgemein erforderlichen Kenntnisse ...“) aufgenommen werden.

Der Umgang mit wissenschaftlich gewonnenen Erkenntnissen und den zugrundeliegenden Daten soll auch in regulären curriculären Unterrichtsveranstaltungen eingeübt werden, damit auch Studierende, die keine Promotion anstreben, eine grundlegende Wissenschaftskompetenz erwerben können. Um die Qualität der medizinischen Promotion auf hohem Niveau zu sichern sollen die Fakultäten den MFT-Empfehlungen gemäß allen Studierenden strukturierte Promotionsprogramme anbieten.⁵ Diese Programme sollten von Maßnahmen zur Qualitätssicherung begleitet werden.

Zusammenfassung und Ausblick

Das Medizinstudium in Deutschland befindet sich derzeit in einem Umbruch und die bereits laufenden Anstrengungen zu einer ausgewogenen Praxisorientierung, Wissens- und Kompetenzvermittlung müssen weiter gestärkt werden. Hierfür sind durch den Masterplan Medizinstudium 2020 dringend die nötigen rechtlichen Rahmenbedingungen und Ressourcen zu schaffen, zumal auch die Erprobungsphasen für die Modellstudiengänge sukzessive auslaufen werden.

Es ist offensichtlich, dass eine Überarbeitung des Kapazitätsrechts unausweichlich ist. Nicht nur, um die über den Klageweg erstrittenen zusätzlichen Studienplätze zu reduzieren, sondern auch um einen wichtigen Schritt hin zur interprofessionellen Ausbildung zu ermöglichen. Im Hinblick auf das Auswahlverfahren müssen neben der Abiturnote auch gezielt fachliche, sowie soziale Kompetenzen miteinbezogen werden.

Die Festschreibung der Stundenzahlen in der äAppO hindert die Universitäten derzeit an der Schaffung optimaler Ausbildungsbedingungen. Vielmehr sollten Anreizsysteme rechtlich verankert werden, um auch die Lehre ökonomisch attraktiv und konkurrenzfähig zu machen.

Eine stärkere Flexibilisierung der rechtlichen Vorgaben für das Medizinstudium, die Absicherung der Wissenschaftlichkeit und die Schaffung von mehr Wahlfreiheit für die Studierenden sollen es grundsätzlich ermöglichen, dem sich wandelnden Arztbild und den äußeren Rahmenbedingungen in der Ausbildung angemessen zu folgen.

⁴ Vgl. Wissenschaftsrat (2014): Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Medizinstudiums in Deutschland auf Grundlage einer Bestandsaufnahme der humanmedizinischen Modellstudiengänge (Drs. 4017-14), Juli 2014. <http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/4017-14.pdf>

⁵ Vgl. MFT (2016): Strukturierte Promotion und wissenschaftliche Ausbildung in der Medizin. http://www.mft-online.de/files/positionspapier_strukturierte_promotionen_final.pdf