

Zwischen Hörsaal



und Krankenbett

Mehr aus Büchern büffeln oder öfter Patienten sehen – über den besten Weg zur Approbation streiten sich Politik und Verbände. In Modellstudiengängen sollen angehende Ärztinnen und Ärzte früher die Praxis kennenlernen und gleichzeitig wissenschaftliches Denken üben. **Florian Staeck** beschreibt Curricula und Reformdebatten.

Als Wilhelm von Humboldt (1767-1835) die Universitäten seiner Zeit besichtigte, war er entsetzt. Statt „wirklich qualifizierender Einrichtungen“, so heißt es in einer Studie über seine Bildungstheorie, fand er nur „Stätten einer pseudogelehrten, wirklichkeitsfernen Halbbildung“ vor. Lehre müsse als Teil wissenschaftlicher Forschung verstanden werden. Studierende dürften nicht nur auf fertige Erkenntnisse verpflichtet, sondern sollten zur Mitwirkung an der Forschung angeregt werden, so von Humboldts Vorstellung.

Humboldts Programmatik beschäftigt die Hochschulen bis in die Jetztzeit – allen voran die Medizinischen Fakultäten. Denn das Medizinstudium ist gegenwärtig wieder eine Großbaustelle. In den 70er und 80er Jahren des vergangenen Jahrhunderts schwoll die Kritik an der Theorielastigkeit des Medizinstudiums an. Eine Expertenkommission im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums hielt 1979 in ihrem Bericht fest: „Die praktische Ausbildung ist unzureichend.“ Das Medizinstudium biete nicht die Voraussetzungen, um die Absolventen zu befähigen, nach Abschluss des Studiums „eine eigenverantwortliche Tätig-

keit aufzunehmen“. Folgenreich war dies insbesondere, weil in den kommenden Jahren immer wieder zwischen der Vermittlung von Wissen und dem Erlernen praktischer Fertigkeiten eine Konkurrenz ausgemacht wurde.

Studierende sollen Forschungsarbeit anfertigen. Jetzt schlägt das Pendel zurück. Mehr Wissenschaftlichkeit im Medizinstudium ist das Überthema vieler aktueller Stellungnahmen. Der Wissenschaftsrat, ein Gremium, das die Bundesregierung und die Länder in der Hochschulentwicklung berät, hat dazu im Juli 2014 ein eindeutiges Votum vorgelegt. „Wissenschaftliches Denken und Handeln bildet (...) die Grundlage für die adäquate patientenorientierte Auswahl diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen“, heißt es darin. Die Herausforderungen der Gesundheitsversorgung werden sich künftig ändern: Der demografische Wandel, die damit einhergehende Veränderung des Krankheitsspektrums mit der wachsenden Zahl chronisch Kranker sowie der medizinische Fortschritt sind dafür die Stichworte. Dem, so der Wissenschaftsrat, muss die ärztliche Ausbildung Rechnung tragen.



Hohe Hürde: Die Zulassung zum Studium

Der härteste Teil eines Medizinstudiums ist überstanden – wenn man erst einmal einen Studienplatz hat. Für die bundesweit 9.023 Studienplätze im Wintersemester 2012/13 bewarben sich 42.708 Frauen und Männer – nur rund jeder Fünfte bekam einen Platz. Je nach Bundesland mussten die Bewerberinnen und Bewerber eine Abiturnote von mindestens 1,2 aufweisen. In den meisten Ländern war eine 1,0 nötig. Wer über die Wartezeit-Quote auf einen Studienplatz hofft, musste insgesamt sechs Jahre (zwölf Semester) Geduld haben.

Das Bundesverfassungsgericht hat in einem Urteil vom 18. Juli 1972 gefordert, die Studienplätze müssten „mit einer Chance für jeden an sich hochschulreifen Bewerber“ verteilt werden. Bund und Länder haben deshalb ein komplexes Vergabeverfahren erlassen. Zuständig ist die Stiftung für Hochschulzulassung. Maximal 12,4 Prozent der Studienplätze werden nach Vorabquoten vergeben. Fünf Prozent sind reserviert für ausländische Bewerber aus Nicht-EU-Staaten, bis zu 2,2 Prozent der Studienplätze sind Bundeswehrangehörigen vorbehalten, die als Sanitätsoffiziers-Anwärter Medizin studieren wollen. Weitere zwei Prozent gehen an sogenannte Härtefälle, drei Prozent an Bewerber, die ein Zweitstudium aufnehmen wollen und 0,2 Prozent der Plätze an Studierwillige mit einer besonderen Hochschulzugangsberechtigung. Das können beispielsweise Bewerber sein, die bereits ein Grundstudium an einer Fachhochschule absolviert haben. Sind alle diese Zulassungen erfolgt, kommen Bewerber mit den drei Hauptquoten Abiturbeste, Wartezeit und Auswahl durch die Universität zum Zuge. Auch die Kriterien, nach denen die Universitäten ihre Studierenden aussuchen können, sind gesetzlich vorgegeben. Das sind außer der Abiturnote gewichtete Einzelnoten des Abiturs, fachspezifische Studierfähigkeitstests, eine vorausgegangene Berufsausbildung oder -tätigkeit sowie das Ergebnis der Auswahlgespräche.

Die Bundesregierung hat sich in ihrem angekündigten „Masterplan Medizinstudium 2020“ eine „zielgerichtete Auswahl der Studienplatzbewerber“ auf die Fahnen geschrieben hat. Der Deutsche Ärztetag hat im Mai 2014 dieses Vorhaben der Großen Koalition ausdrücklich begrüßt. Die Delegierten sprachen sich in einer Entschließung für ein „standardisiertes und transparentes Verfahren“ aus. Dabei sollten neben der Abiturnote „psychosoziale Kompetenzen, ein erfolgreiches soziales Engagement, einschlägige Berufserfahrung, das Persönlichkeitsprofil sowie weitere Parameter, die mit einer langfristigen Berufszufriedenheit einhergehen“, die Auswahl beeinflussen.

Florian Staeck

Konkret regt das Gremium an, dass jeder Medizinstudierende eine eigenständige Forschungsarbeit anfertigt, die zwölf Wochen umfassen soll. Die Positionierungen von Bundesärztekammer (BÄK), Medizinstudierenden und dem Medizinischen Fakultätentag (MFT) zu dem Thema lassen vermuten, dass unter einem oberflächlichen Konsens Konflikte schlummern: Stärkere Verankerung der Wissenschaftlichkeit im Studium? Ja, sagt Antonius Ratte, Bundeskoordinator für Medizinische Ausbildung in der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd). „Der Umgang und die Bewertung von Studien stellt eine Schlüsselkompetenz in der Behandlung von Patienten im Rahmen der Evidence Based Medicine dar.“ Auch eine eigene Forschungsarbeit im Rahmen des Studiums begrüßt die bvmd. Diese Arbeiten müssten „mit Seminaren und Coachings betreut werden“.

Wissenschaftliches Handeln fördern. Ja zur Stärkung der Wissenschaftlichkeit sagt auch der Medizinische Fakultätentag, der Zusammenschluss der Medizinischen Ausbildungs- und Forschungsstätten Deutschlands. MFT-Präsident Professor Dr. Heyo Kroemer, Dekan der Universitätsmedizin Göttingen, schränkt ein, dass sich durch die Forschungsarbeit das Studium nicht verlängern dürfe. Ungeklärt lasse der Wissenschaftsrat, welche Studieninhalte dafür gestrichen werden sollten. Relevant für die Bundesländer und Universitäten sei zudem die Frage, „zu welchen Kostensteigerungen die Umsetzung der Empfehlungen des Wissenschaftsrats langfristig führen“, so der MFT-Präsident. Die Bundesärztekammer betont, dass angesichts des enormen Innovationstempos in der Medizin eine gute medizinische Ausbildung wissenschaftliches Denken und Handeln fördern müsse. „Wichtig ist aber auch, den ärztlichen Nachwuchs auf die praktischen Herausforderungen des Berufsalltags vorzubereiten und frühzeitig in Kontakt mit den Patienten zu bringen“, sagt BÄK-Präsident Dr. Frank Ulrich Montgomery.

Approbationsordnung legt Inhalte fest. Wer immer die Mediziner Ausbildung in Deutschland ändern und reformieren will, begibt sich auf vermintes Gelände. Mit Blick auf das Zulassungsverfahren und die Vorgaben für insgesamt 60 scheinpflichtige Veranstaltungen handelt es sich um das am stärksten reglementierte Studium. Seit 1970 sind Studienverlauf und -inhalte sowie die Prüfungsleistungen im Studium der Humanmedizin in der Approbationsordnung für Ärzte festgelegt. Demnach sollen Ärztinnen und Ärzte wissenschaftlich und praktisch so ausgebildet werden, dass sie zu eigenverantwortlicher und selbstständiger Berufsausübung, zur Weiterbildung und zur ständigen Fortbildung befähigt sind. Von Humboldt lässt grüßen.

Im Jahr 2013 studierten laut Statistischem Bundesamt rund 86.000 der insgesamt etwa 2,6 Millionen Studierenden in Deutschland Humanmedizin. 9.023 Studienplätze in Humanmedizin wurden im Wintersemester 2012/2013 angeboten. Das Regelstudium umfasst sechs Jahre, wobei das letzte Jahr eine praktische Ausbildung – Praktisches Jahr (PJ) genannt – umfasst (siehe Abbildung „Lehrplan für den Arztberuf“ auf Seite 25). Insgesamt setzt sich das Studium aus drei Ärztlichen Prüfungen zusammen. Nach zwei Jahren steht die M1-Prüfung („Physi-

kum“) an, die sich aus einem bundeseinheitlichen schriftlichen und einem mündlich-praktischen Teil zusammensetzt. Prüfungsrelevant in diesem als „Vorklinik“ bezeichneten Abschnitt sind vor allem die Grundlagen der Medizin in Fächern wie Biologie, Chemie, Physik, Anatomie, Biochemie, Medizinische Psychologie und Physiologie. Der zweite, drei Jahre umfassende Ausbildungsabschnitt der „Klinik“ ist in 22 Fächer einschließlich eines Wahlfachs sowie 14 Querschnittsfächer ausdifferenziert und vermittelt die klinisch-praktische sowie die klinisch-theoretische Medizin. Am Ende steht eine bundeseinheitliche schriftliche Prüfung (M2-Prüfung). Das PJ umfasst drei Ausbildungsabschnitte à 16 Wochen in der Inneren Medizin, der Chirurgie sowie einem Wahlfach. Mit einer mündlich-praktischen Prüfung endet dieser letzte Studienabschnitt. Dann kann der erfolgreiche Absolvent bei der zuständigen Aufsichtsbehörde die ärztliche Approbation beantragen.

Hammerexamen wieder abgeschafft. Allein die Abfolge und der Umfang dieser Prüfungen ist in den letzten 20 Jahren Gegenstand erbitterter Reformdebatten gewesen. Die Reform der Approbationsordnung im Jahr 2002 sah eine umfassende schriftliche Prüfung nach dem PJ vor – das bei Studierenden äußerst unbeliebte „Hammerexamen“. Zehn Jahre später, im Juli 2012, wurde diese Prüfung wieder einkassiert, obwohl sich die Durchfallquoten nach 2002 nicht signifikant verändert hatten. In der Begründung der Änderungsverordnung ist nur allgemein von der „gezielten Nachwuchsgewinnung“ und der „Förderung von Medizinstudierenden“ die Rede.

Inhalte und die Struktur des Medizinstudiums sind ohnehin seit der Jahrtausendwende in Bewegung geraten. Dafür hat eine Klausel in der Approbationsordnung gesorgt, die es den Fakultäten seit Februar 1999 erlaubt, Modellstudiengänge anzubieten, die in vorgegebenen Punkten von der Regelausbildung abweichen dürfen. Gegenwärtig machen zehn von 37 Medizinischen Fakultäten davon Gebrauch. Von lediglich einer Experimentierklausel

kann längst keine Rede mehr sein: Im Wintersemester 2013/2014 hat sich jeder vierte Studienanfänger, fast 2.700 Medizinstudierende, in einen Reformstudiengang eingeschrieben. Diese Modellstudiengänge in Berlin, Bochum, Aachen, Düsseldorf, Witten/Herdecke, Mannheim, Hamburg, Köln, Oldenburg und Hannover, so das Fazit des Wissenschaftsrats in seiner im Juli 2014 vorgelegten Analyse, leisteten „einen wesentlichen Beitrag zur Weiterentwicklung des Medizinstudiums“.

Patientenkontakt von Anfang an. An der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) beispielsweise wird seit dem Studienjahr 2005/2006 „Hannibal“ angeboten – Hannoversche integrierte berufsorientierte adaptive Lehre. Für die 270 Teilnehmer pro Jahr im Modellstudiengang gibt es keine Semester. Sie studieren vielmehr in drei zehnwöchigen Unterrichtseinheiten.

Jeder vierte Studienanfänger in der Medizin hat sich in einen Modellstudiengang eingeschrieben.

Lehrplan für den Arztberuf

Struktur des Medizinstudiums
nach der Approbationsordnung seit 1. Januar 2014

| Modellstudiengang (2 Staatsprüfungen) | Regelstudiengang (3 Staatsprüfungen) |
|---|---|
| Integrierte Lehre vorklinischer und klinischer Inhalte im 1. bis 10. Semester | Erster (vorklinischer) Studienabschnitt im 1. bis 4. Semester |
| | Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung, schriftlich und mündlich |
| Ersatz des 1. Staatsexamens durch hochschulinterne Prüfungen | Zweiter (klinischer) Studienabschnitt. Die einzelnen Fächer werden von der Hochschule abgeprüft im 5. bis 10. Semester. |
| | Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung, schriftlich (Multiple-Choice-Verfahren mit Fallstudien) |
| „Zweiter“ Abschnitt der Ärztlichen Prüfung, schriftlich (Multiple-Choice-Verfahren mit Fallstudien) | Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung, schriftlich (Multiple-Choice-Verfahren mit Fallstudien) |
| Praktisches Jahr 3 Tertiale = 48 Wochen | Praktisches Jahr 3 Tertiale = 48 Wochen |
| „Dritter“ Abschnitt der Ärztlichen Prüfung, mündlich-praktisch | Dritter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung, mündlich-praktisch |
| Erteilung der Approbation (staatliche Zulassung zur Berufsausübung als Arzt/Ärztin) | |

Von den 37 medizinischen Fakultäten in Deutschland bieten 27 den Regelstudiengang an: vier Semester „Vorklinik“ mit naturwissenschaftlichen und medizinisch-theoretischen Grundlagen und sechs Semester „Klinik“ mit spezifischen Disziplinen. Zehn Fakultäten bieten Modellstudiengänge an, die klinische und vorklinische Inhalte miteinander verbinden. Am Ende steht bei beiden Studienformen das Praktische Jahr.

Quelle: Wissenschaftsrat/hochschulstart.de

Ab dem dritten Studienjahr werden diese Tertiale parallel durchlaufen. Die Lehrverpflichtungen für die Dozenten nehmen dadurch deutlich zu. Sie unterrichten in einem Terial nur jeweils 90 Studierende. Dies mache die Aufteilung in Kleingruppen einfacher und erlaube intensiven Unterricht, heißt es in einer Erläuterung zum Studiengang. Die MHH umschreibt mit „patientenorientiert und praxisnah“ sowie „wissenschaftlich und forschungsorientiert“ die Ziele des Modellstudiengangs. Die Studierenden nehmen nicht an der M1-Prüfung teil. Mehrere Prüfungen in den ersten zwei Jahren, die „physikumsäquivalent“ sind, ersetzen diese Staatsprüfung. Hannibal erhebt den Anspruch, von Beginn des Studiums an klinische Themen mit theoretischen Inhalten zu verzahnen, schreibt der Wissenschaftsrat in seiner Vorstellung dieses Studiengangs. Nicht erst nach dem Physikum, sondern bereits ab dem ersten Studienjahr haben die Studierenden Kontakt mit Patienten.

Modellstudiengang verknüpft Vorklinik und Klinik. Auch im zweiten Jahr, bei der Einführung in diagnostische Methoden, werden die Studierenden überwiegend von Klinikern unterrichtet. Dazu gehören neben Internisten und Allgemeinärzten beispielsweise Dermatologen, Gynäkologen, Hals-Nasen-Ohren-Ärzte, Neurologen, Pädiater oder Zahnärzte. Die Studierenden lernen, wie sich wichtige Krankheitsbilder manifestieren und verwenden die im ersten Studienjahr erworbenen Kenntnisse,

um diagnostische Verfahren auf den jeweiligen Fall anzuwenden. Der Studienverlauf ist im Sinne einer „Lernspirale“ geordnet: Die Studierenden setzen sich wiederkehrend mit einzelnen Krankheitsbildern auseinander, wobei diese zunehmend differenziert und in jeweils neuen Kontexten erläutert werden.

Die bundesweit zehn Modellstudiengänge eröffneten den „Übergang von einer an den Lerninhalten der einzelnen Fächer zu einer an den ärztlichen Rollen und ihren erforderlichen Kompetenzen orientierten Ausbildung“, so das Fazit des Wissenschaftsrats. In Regelstudiengängen ist es vielfach Praxis gewesen, das sich vermehrende Wissen in immer neuen Spezialdisziplinen abzubilden, was eine Vermehrung der verpflichtenden Fächer und damit der Lern- und Prüfungsinhalte nach sich zog. Dieses Vorgehen, konstatiert der Wissenschaftsrat, ist „schon lange an seine Grenzen gestoßen“. Die Modellstudiengänge haben darauf reagiert, beispielsweise durch die Organisation des Studiums in organ- und themenzentrierte Module oder durch die Verknüpfung vorklinischer und klinischer Studieninhalte – wie beispielsweise in Hannover.

Unterschiedliche Curricula erschweren Wechsel. Doch so beeindruckend die Vielfalt neuer Curricula und Ausbildungsformen auch sein mag: Die Modellstudiengänge sind sehr heterogen und kaum vergleichbar. Damit fehlt ein für alle Fakultäten gültiger Benchmark. Auch der Wechsel des Studienorts wird für die Studierenden schwieriger, je unterschiedlicher die Ausbildungsgänge sind. Die Bundesvertretung der Medizinstudierenden ist diese blühende Wiese daher zu bunt. Sie fordert, die Struktur des Medizinstudiums wieder einheitlich zu regeln. Dafür entwickeln der Medizinische Fakultätentag und die Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (länderübergreifende, deutschsprachige Fachgesellschaft für Ausbildung und Lehre in der Medizin und den Gesundheitsberufen) seit 2009 den „Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin“. Ziel ist, ein Kerncurriculum für alle angehenden Ärzte bis zum Abschluss des Studiums zu beschreiben. Kompetenzen werden hier verstanden als „erwerbbar kognitive und praktische Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Problemlösung sowie die damit verbundenen Einstellungen“ des Arztes. Abgeleitet ist das Konzept aus dem kanadischen CanMED-Konzept, das sieben ärztliche Rollen definiert: medizinischer Experte, Gelehrter, Kommunikator, Mitglied eines Teams, Gesundheitsberater und -fürsprecher, Manager und professionell Handelnder.

Orientierung für alle Fakultäten. Medizinisches Wissen, klinische Fähigkeiten und professionelle Haltungen sollen künftige Ärztinnen und Ärzte befähigen, zusammen mit den Kompetenzen der anderen ärztlichen Rollen eine patientenzentrierte Versorgung umzusetzen. Anhand dieses Lernzielkatalogs, so fordert die Vertretung der Medizinstudierenden, sollte „in Deutschland ein einheitliches Niveau für Absolventinnen und Absolventen geschaffen werden, an dem sich die Curricula aller Fakultäten orientieren sollen“, sagt Antonius Ratte. Der Vorteil eines solchen Lehrfahrplans bestehe außerdem darin, „dass es Kernkompetenzen definiert, die jeder Absolvent erreicht haben sollte, um in allen Disziplinen grundsätzlich tätig sein zu können“. Gegen-

wärtig liegt ein Entwurf für einen NKLM vor, der seit Juli 2013 mit Fachgesellschaften und Medizinischen Fakultäten abgestimmt wird – eine Verabschiedung ist für Juni 2015 vorgesehen.

Koalitionspartner kündigen Masterplan an. Dazwischen funken könnte der Gesetzgeber. Denn Union und SPD haben bereits in ihrer Koalitionsvereinbarung von Herbst 2013 Reformbedarf ausgemacht und einen „Masterplan Medizinstudium 2020“ angekündigt. Studienplatzbewerber zielgerichteter auswählen, Praxisnähe fördern und die Allgemeinmedizin stärken – diese drei Ziele geben die Koalitionspartner vor. Die Bundesärztekammer befürwortet einen Masterplan, fordert aber eine Erhöhung der Studienplätze um „mindestens zehn Prozent“, so Montgomery. Er erinnert daran, dass es 1990 bundesweit 16.000 Studienplätze gegeben habe. Heute sind es noch rund 10.000.

Beim MFT hält sich die Begeisterung über die Ankündigung eines Masterplans in Grenzen. Man wundere sich, so Heyo Kroemer, dass die Regierung nach einer Vielzahl von Novellen einen Masterplan vorlegen wolle, wohingegen in der Zahnmedizin die Studierenden noch nach der Approbationsordnung von 1955 studieren müssten. Veränderungen in der Approbationsordnung, bemerkt der MFT, „sind nach Wahrnehmung

Allgemeinmedizin für Studierende attraktiv

Welche Facharztausbildung kommt für Sie in Frage?
(Mehrfachnennungen möglich)



Großes Potenzial: Von 11.462 im Jahr 2014 befragten Medizinstudierenden in Vorklinik, Klinik und Praktischem Jahr können sich 35 Prozent eine Weiterbildung in der Allgemeinmedizin vorstellen. Demnach tragen die Bemühungen um den Hausarzt-Nachwuchs Früchte: In der Vorläufer-Befragung im Jahr 2010 lag der Anteil der Studierenden, die sich für die Allgemeinmedizin entscheiden würden, noch bei 29 Prozent.

Quelle: Jacob, Universität Trier, Berufsmonitoring 2014

der Fakultäten hauptsächlich politisch motiviert“. Zugleich warnt der MFT, die Zahl der verpflichtenden Prüfungsnachweise sollte reduziert und „auf keinen Fall weiter erhöht werden“.

Praktisches Jahr ist Zankapfel. Das gilt alle Mal für die Struktur des Praktischen Jahres, die seit Jahren Zankapfel bei Reformen gewesen ist. So hat der Wissenschaftsrat vorgeschlagen, die Dreigliederung des PJ mit den Elementen Innere Medizin, Chirurgie und einem Wahlfach abzulösen durch vier Ausbildungsabschnitte von jeweils zwölf Wochen. Dann würden, so die Erwartung des Wissenschaftsrats, sich Studierende vermehrt für ein Quartal Allgemeinmedizin entscheiden, wenn sie darüber hinaus ein weiteres Fach nach ihrer Neigung wählen können. Die Bundesärztekammer dagegen will an der Dreigliederung festhalten. Die größeren Wahlmöglichkeiten im Modell des Wissenschaftsrats „wiegen die Nachteile nicht auf, insbesondere die dadurch verkürzten praktischen Ausbildungsphasen und den Organisationsaufwand“, so Ärztepräsident Montgomery.

Die Medizinstudierenden halten die Aufteilung des PJ in vier Quartale für möglich, lehnen jedoch einen weiteren Pflichtabschnitt „insbesondere in der Allgemeinmedizin entschieden ab“, erklärt die bvmf. Im Gegensatz zu anderen Fächern sei das Fach Allgemeinmedizin bedingt durch die Vielfältigkeit der Behandlungsanlässe und die vielen Schnittpunkte mit anderen Teilbereichen der Medizin „besonders schlecht ausschließlich als fester Abschnitt in das PJ einzubinden“, betont Antonius Ratte von der bvmf. Sinnvoller sei es, allgemeinmedizinische Inhalte immer wiederkehrend „im Sinne einer Lernspirale“ in das Curriculum einzubinden.

Ausbildungsreformen locken nicht automatisch mehr Ärzte aufs Land.

Als Frank Ulrich Montgomery im Sommer 2014 in einem Interview vorsichtig für ein allgemeinmedizinisches Pflichtquartal plädierte, schrieb seine Nachwuchsorganisation ihm sichtlich ungehalten einen offenen Brief. Eine rein quantitative Stärkung der Allgemeinmedizin sei der falsche Weg, mahnte die bvmf. Die Studierenden-Organisation forderte, die Wirkungen der jüngsten Änderungen in der Approbationsordnung sollten erst abgewartet und dann evaluiert werden. Auch der Marburger Bund (MB), die Gewerkschaft der Krankenhausärzte, warnt die Regierung vor Schnellschüssen bei ihrem Masterplan Medizinstudium: Man müsse sich erst anschauen, „ob die Veränderungen aus der Vergangenheit zu Verbesserungen geführt haben“, sagte der stellvertretende MB-Vorsitzende, Andreas Botzlar. Schnelles Handeln fordert der MB dagegen bei der Zahl der Plätze für Studienanfänger – ihre Zahl solle um zehn Prozent steigen.

Gesetzgeber stärkt Allgemeinmedizin. Tatsächlich hat der Gesetzgeber den Versuch unternommen, die Allgemeinmedizin im Verlauf des Studiums zu stärken. Im Juli 2012 ist mit der geänderten Approbationsordnung das allgemeinmedizinische Blockpraktikum von mindestens einer auf zwei Wochen verlängert worden. Ab Oktober 2015 müssen die Universitäten mindestens



zehn Prozent der Studierenden im PJ für das Wahlterial einen Platz in der Allgemeinmedizin anbieten. Ab Oktober 2017 wird diese Quote auf 20 Prozent erhöht. Studierende müssen innerhalb ihrer vier Monate umfassenden Famulatur einen Monat in einer Einrichtung der hausärztlichen Versorgung verbringen. Empirische Belege dafür, inwiefern eine „höhere Dosis“ Allgemeinmedizin die Berufsperspektiven der angehenden Ärzte prägt, nennt der Gesetzgeber nicht. Es bleibt bei der bloßen Hoffnung, mehr Berührungspunkte mit der Hausarztmedizin im Studium würden mehr junge Ärztinnen und Ärzte ermuntern, sich für eine allgemeinmedizinische Weiterbildung zu entscheiden, um schlussendlich am besten auf dem Land zu arbeiten. Dort suchen viele Hausärzte schon heute verzweifelt einen Nachfolger.

Diese Hoffnung teilt der MFT nicht. „Mit Ausbildungsreformen können Probleme der Verteilung der Absolventen auf medizinische Fächer und ländliche Regionen nicht gelöst werden“, sagt Heyo Kroemer. Die Gründe, die gegen eine Weiterbildung oder Niederlassung in der Allgemeinmedizin sprächen, seien nicht im Studium zu suchen. Angesichts der hohen Zahl an Novellen durchlaufe kaum ein Arzt seine Ausbildung „ohne mehrfache Änderung des Approbationsrechts“, mahnt Kroemer.

In Medical Schools schneller zum Examen. Stetiger Veränderungsdruck bei der Ärzteausbildung kommt nicht nur vom nationalen Gesetzgeber, sondern auch aus Europa. Denn die im Januar 2014 in Kraft getretene EU-Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen hat ausländische Anbieter auf den Markt gebracht. Hochschulen aus EU-Mitgliedsstaaten haben in den vergangenen Monaten mehrfach mit privaten oder kommunalen Krankenhäusern in Deutschland Kooperationsverträge geschlossen. Ziel ist die Gründung sogenannter Medical Schools, in denen – gebührenpflichtige – Studienplätze in Humanmedizin angeboten werden. Beispiele dafür sind die Asklepios Medical School in Hamburg, die European Medical School Oldenburg-

Groningen und die Kassel School of Medicine. Dabei machen sich die Anbieter eine Klausel in der EU-Richtlinie zunutze, nach der der Erwerb angemessener klinischer Erfahrung auch „unter Aufsicht einer Universität“ – aber nicht in einer Universität – erfolgen kann. So kommt es, dass für die 50 Medizinstudierenden der neuen Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Salzburg (PMU) in Deutschland das städtische Krankenhaus Nürnberg einen Großteil der Ausbildung übernimmt. Ankerpunkt in Österreich ist die PMU. Mit ihrer Gründung im Jahr 2002 wurden das Landeskrankenhaus Salzburg, die Christian Doppler Klinik Salzburg sowie die Landesklinik St. Veit zum Universitätsklinikum ernannt. Das Medizinstudium dauert an der PMU fünf anstatt – wie in der deutschen Approbationsordnung vorgesehen – sechs Jahre. Möglich macht dies die EU-Richtlinie, die nur fünf Jahre und 5.500 Stunden theoretische und praktische Ausbildung fordert. Die Studiengebühr an der PMU beträgt pro Jahr 13.500 Euro.

Ärztetag warnt vor Zweiklassen-Ausbildung. Der Medizinische Fakultätentag sieht die neuen Bildungsanbieter auf dem deutschen Markt kritisch. MFT-Präsident Kroemer fürchtet „weitreichende Folgen für die Ausbildungsqualität“. Mittelfristig könnte diese Entwicklung zu „unterschiedlich gut ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten führen“. Der MFT verlangt, dass die Aufsichtsbehörden der Länder genauer hinschauen. Bisher, so klagte Kroemer in einer gemeinsamen Stellungnahme von MFT und dem Verband der Universitätsklinika Deutschlands im Juli vergangenen Jahres, „gibt es weder von den Wissenschaftsministerien noch von den Gesundheits- und Sozialministerien offizielle Äußerungen. Inoffiziell hört man, es ginge ja nicht um deutsche Hochschulgrade“. Auch der Deutsche Ärztetag zeigte sich in einer Entschließung im Mai 2014 besorgt. Deutsches Zulassungs-, Ausbildungs- und Prüfungsrecht dürften „nicht durch europäisches Recht unterwandert werden“, heißt es darin. Es dürften sich auf keinen Fall „Medizinerbildungen erster und zweiter Klasse entwickeln“, warnten die Delegierten.

Die privaten Medical Schools verweisen darauf, die deutschen Behörden seien verpflichtet, die Approbation zum Arzt beim Nachweis von Abschlüssen von Universitäten aus EU-Staaten zu erteilen. Dagegen leiten MFT und der Verband der Uniklinika aus der Berufsankennungs-Richtlinie keine Pflicht ab, die Approbation nach Paragraph 3 der Bundesärzteordnung unbesehen zu erteilen. Die privaten Anbieter sollten sich den Qualitätsstandards stellen, die für inländische Einrichtungen gelten und sich durch den Wissenschaftsrat akkreditieren lassen, fordert der MFT. Damit die Aufsichtsbehörden ihrer Arbeit nachgehen können, müssten die Kooperationsverträge zwischen ausländischen Universitäten und deutschen Krankenhäusern „transparent gemacht werden“, fordert Kroemer.

Familie hat hohe Priorität. Weitgehend abseits der politischen Debatten entwickeln die Medizinstudierenden in den sechs Jahren ihrer Ausbildung eigene Vorstellungen darüber, wo und

wie sie später als Arzt und Ärztin arbeiten wollen. Im September 2014 hat die Universität Trier dazu Ergebnisse einer Online-Umfrage unter bundesweit rund 11.500 Studierenden vorgestellt (Berufsmonitoring Medizinstudenten, *siehe Abbildung „Allgemeinmedizin für Studierende attraktiv“ auf Seite 26*). Als Top-Priorität bezeichnen es fast 95 Prozent der Antwortenden, sie wollten Familie und Beruf gut vereinbaren. Gefragt nach dem gewünschten Jobprofil geben ebenfalls 95 Prozent der Medizinstudierenden an, sie wollten „auf dem neuesten Stand der Wissenschaft“ sein. Den Wunsch nach einem „guten Einkommen“ nennen deutlich weniger Befragte (82 Prozent).

Gesundheitspolitisch brisant ist die Frage nach dem Standing der Allgemeinmedizin unter den Studierenden: 35 Prozent sagen, grundsätzlich komme für sie die Facharzt Ausbildung in der Allgemeinmedizin in Frage. Größer ist die Zustimmung nur bei der Inneren Medizin (46 Prozent). Bei der umgekehrten Frage, welche Fachrichtung die Studierenden definitiv für sich ablehnen, nennt nur knapp jeder Fünfte (19 Prozent) die Allgemeinmedizin. Das Potenzial für eine Weiterbildung in der Allgemeinmedizin ist nach Meinung der Studienautoren somit vorhanden. Das Problem dürfte die Verteilung der Ärzte in Deutschland sein. Denn 39 Prozent der Befragten äußerten, sie wollten auf keinen Fall in Landgemeinden bis 5.000 Einwohnern arbeiten.

Politik wirbt weiter um Landärzte. Im Jahr 2010 waren Medizinstudierende erstmals im Rahmen des Berufsmonitorings befragt worden. Damals lehnten es 45 Prozent ab, in Orten mit bis zu 5.000 Seelen als Arzt oder Ärztin zu arbeiten. Ob das ein Hoffnungsschimmer für Bürgermeister von Landgemeinden ist, die heute schon händeringend nach Hausärzten suchen? Das politische Werben um Landärzte wird weitergehen, der Zeitplan ist abgesteckt. Der gesundheitspolitische Sprecher der Unionsfraktion im Bundestag, Jens Spahn (CDU), hat angekündigt, nach Abschluss der Krankenhaus-Reform werde die Koalition das Thema Medizinstudium aufgreifen. Spahn ließ im November 2014 erkennen, man wolle den Druck auf die Länder erhöhen: „Die Gesundheitsminister der Länder beschließen dauernd, was sich ändern muss. Aber die Wissenschaftsminister tun nichts“, sagte Spahn. Medizinstudierende werden sich also auf eine neue Runde von Reformen ihrer Ausbildung einstellen müssen. ■

Florian Staeck ist Redakteur bei Springer Medizin, Ärzte Zeitung.

Kontakt: Florian.Staeck@springer.com

Webtipps

- www.wissenschaftsrat.de > Veröffentlichungen > Suchmaske > „Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Medizinstudiums in Deutschland auf Grundlage einer Bestandsaufnahme der humanmedizinischen Modellstudiengänge“, Juli 2014 (PDF)
- www.mft-online.de > Presse/Standpunkte > Publikationen > Aktuell: „duz SPECIAL Medizinischer Fakultätentag: Wir bilden Ärzte aus, forschen und sorgen für Ihre Gesundheit“ (PDF)