



Stellungnahme des Marburger Bund-Bundesverbandes

„Masterplan Medizinstudium 2020“
(Papier des BMG und des BMBF vom 8.5.2015)

Reinhardtstraße 36
10117 Berlin
Tel. 030 746846 – 0
Fax 030 746846 – 16
bundesverband@marburger-bund.de
www.marburger-bund.de

Berlin, 30.07.2015

I. Vorbemerkung

Der Marburger Bund begrüßt die Möglichkeit, sich an der Erarbeitung des „Masterplan Medizinstudium 2020“ des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Bildung und Forschung sowie der Bund-Länder-Konferenz mit konkreten Maßnahmevorschlägen und einer Positionierung zu verschiedenen Aspekten des Medizinstudiums beteiligen zu können.

Diese Stellungnahme ist das Ergebnis eines langjährigen innerverbandlichen Meinungsbildungsprozesses unter besonderer Berücksichtigung der Konzepte unserer über 20 000 studentischen Mitglieder und ihrer Gremien. Hierdurch ist gewährleistet, dass die vorgeschlagenen Handlungsoptionen auch auf die Akzeptanz derer treffen, auf die sie Auswirkungen entfalten.

II. Zu den Themenblöcken

Zielgerichtete Auswahl der Studienplatzbewerber

Änderung des Auswahlverfahrens

Das Zulassungsverfahren zum Studium der Humanmedizin sieht bereits jetzt neben der Abiturnote die Möglichkeit der Berücksichtigung weiterer Auswahlkriterien vor. Die konkrete Ausgestaltung des Verfahrens in Kombination mit einer ständig steigenden Nachfrage nach Studienplätzen hat jedoch zu einer Überbetonung der Ergebnisse des Schulabschlusses geführt.

Neben der Frage der Verfassungsmäßigkeit der dem Vergabeverfahren zugrundeliegenden gesetzlichen Vorschriften, die vom Bundesverfassungsgericht derzeit gesondert geprüft wird (Az. 1 BvL 5/13 u.a.), ist auch zu untersuchen, inwieweit eine Reformierung des Auswahlverfahrens dazu beitragen kann, Bewerber im Hinblick auf ihre Eignung zur ärztlichen Tätigkeit zielgerichtet und fair mit einer Chance für alle Interessierten auszuwählen. Dabei kann es aus unserer Sicht immer nur um die Eignung der Bewerber für den Arztberuf und nicht um politische Aspekte wie beispielsweise die Sicherstellung speziell der (primärärztlichen) Versorgung gehen. Letztere wäre ein positiver Begleiteffekt eines gelungenen Vergabeverfahrens, aber als einziger Grund für die Umgestaltung des Studienplatzvergabesystems sicher zu kurz gegriffen.

Aus Sicht des Marburger Bundes ist ein sachgerechtes Verfahren zur Auswahl geeigneter Bewerber durch die massive Fokussierung auf die Abiturnote („faktische Abiturnotenquote von fast 80 %“, vgl. Aussetzungs- und Vorlagebeschlüsse des Verwaltungsgerichtes Gelsenkirchen vom 19.3.2013 bzw. 18.3.2014) derzeit nicht gewährleistet. Wir plädieren daher dafür, die beiden Hauptquoten der Abiturbestenquote und des Auswahlverfahrens der Hochschulen (AdH) zusammenzuführen. In dieser „neuen“ Quote sollten die Ergebnisse des Schulabschlusses niedriger als bisher gewichtet und weitere Auswahlkriterien mit entsprechender Aussagekraft über die Eignung des Bewerbers sowohl für Studium als auch Beruf – etwa im Hinblick auf Sozialkompetenz und Motivation – verstärkt und bundeseinheitlich einbezogen werden. Bisher erfolgt dies nur punktuell und in sehr unterschiedlicher Form durch einzelne Hochschulen im Rahmen des AdH-Verfahrens. Darüber hinaus wäre es unbedingt notwendig, alle Kriterien wissenschaftlich fundiert auf ihren Erfolg hin zu evaluieren und sowohl hierfür als auch für die Auswahlverfahren selbst hochschulübergreifend zweckgebundene finanzielle Mittel bereitzustellen.

Um sicherzustellen, dass alternative Kriterien neben der Abiturnote auch tatsächlich berücksichtigt werden, muss das Auswahlverfahren an den einzelnen Universitäten nach einheitlichen Standards, ggf. mit unterschiedlicher Gewichtung einzelner Kriterien durch die Hochschulen, erfolgen.

Alternative bundeseinheitliche Auswahlkriterien könnten beispielhaft sein:

- Objektivierbare standardisierte Auswahlgespräche mit verschiedenen Schwerpunkten zu Motivation, Engagement, Fähigkeiten, bisherigen Tätigkeiten etc. (Beispiele: TU Dresden, Universität Greifswald)
- Nachweis bestimmter, auch im Ausland erworbener Erfahrungen in Ausbildung und/oder Beruf
- Tests zur Studienfähigkeit (TMS)
- Psychosoziale und naturwissenschaftliche Tests (Beispiele: HAM-Nat und HAM-Int)
- Praxistests (z.B. Leitung einer Station: Organisationstalent, Stress- und Zeitmanagement)
- Soziales Engagement

Der Marburger Bund plädiert auch für eine Auseinandersetzung mit der Sinnhaftigkeit der Wartezeitquote in ihrer jetzigen Form, nach der 20 % der Studienplätze allein über die Länge der Wartezeit ohne jede weitere Kriterien vergeben werden. Zum einen erscheint es unzumutbar, dass dieses Warten – ohne jede feste Aussicht auf einen Studienplatz – mittlerweile länger als die Regelstudienzeit dauert. Zum anderen gehen bei schätzungsweise 2.000 Studierenden pro Jahr in der Wartezeitquote und durchschnittlich sechs Jahren Wartezeit der Patientenversorgung jährlich 12.000 ärztliche Arbeitsjahre verloren. Es sollte daher geprüft werden, ob die Wartezeitquote entweder in der Weise umgestaltet werden kann, dass nur noch „echte“ Wartezeiten bzw. „Bewerbungssemester“ sowie zusätzlich das Verhalten des Bewerbers in der Wartezeit analog den oben genannten Auswahlkriterien gewertet werden, oder die Wartezeitquote ebenfalls durch entsprechende Berücksichtigung von Wartezeiten als eines der Auswahlkriterien in den beiden anderen Hauptquoten mit aufgeht.

Die Einführung einer Quote zur Sicherstellung der primärärztlichen Versorgung im ländlichen Raum ist aus Sicht des Marburger Bundes und insbesondere der Medizinstudierenden aus folgenden Gründen nicht zielführend und daher abzulehnen: Kein Bewerber kann bereits vor Aufnahme des Studiums sicher wissen, für welche Fachrichtung und Lebensplanung er sich nach Erhalt der Approbation entscheiden möchte. Eine „Landarztquote“ würde eine vorzeitige Festlegung des Einzelnen auf eine Tätigkeit bedeuten, ohne dass die späteren Rahmenbedingungen privater und beruflicher Natur berücksichtigt werden könnten. Eine Beeinflussung der Entscheidung für ein bestimmtes Fach kann aus unserer Sicht bestenfalls über Anreizsysteme während des Studiums – wie Stipendien im Sinne zinsloser Kredite – oder nach der Ausbildung beeinflusst werden. Jede Form von Zwang oder Verpflichtung, auch indirekt über eine Auswahlquote, wird nicht zu dem gewünschten Ergebnis eines dauerhaften Verbleibs in der primärärztlichen Versorgung führen. Dieses kann nur durch positive Besetzung einer solchen Tätigkeit durch entsprechende Erfahrungen in Aus- und Weiterbildung erreicht werden.

Erhöhung der Zahl der Studienplätze

Der Marburger Bund erachtet neben der Reform des Auswahlverfahrens eine Erhöhung der Anzahl der Studienplätze um mindestens 10 % sowie deren adäquate Finanzierung für unabdingbar. Nach der Wiedervereinigung hätten durch die zusätzlichen medizinischen Fakultäten in den Neuen Bundesländern mindestens 16.000 Studienplätze zur Verfügung stehen müssen, faktisch sind es nur knapp 9.000. Diese restriktive Kapazitätspolitik in Kombination mit einem faktischen Ärztemangel in der kurativen – nicht nur primärärztlichen – Versorgung und einer steigenden Nachfrage nach Studienplätzen hat zu einem Ausweichen vieler Bewerber auf andere Möglichkeiten der Ausbildung in privaten Einrichtungen und/oder im Ausland geführt. Diese Entwicklung kann nicht im Sinne erfolgreicher staatlicher Hochschulpolitik sein, zumal die alternativen Studiengänge oft mit hohen Studiengebühren verbunden und daher nur bei entsprechender finanzieller Leistungsfähigkeit des Einzelnen eine Option sind.

Abschaffung von Teilstudienplätzen

Der Marburger Bund setzt sich bereits seit vielen Jahren für die Abschaffung des Phänomens der Teilstudienplätze ein und hat diese Forderung zuletzt auf dem Deutschen Ärztetag erfolgreich eingebracht (EntschlieÙung VI-29: „Teilstudienplätze abschaffen und Wartezeit besser überbrücken“).

Die Studierenden erhalten den auf die Vorklinik befristeten Teilstudienplatz entweder im Los- oder Klageverfahren und werden mit Bestehen des Ersten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung exmatrikuliert. Da die Zahl der Studienplätze im klinischen Abschnitt des Studiums nach dem geltenden Kapazitätsrecht nicht nach personellen und sächlichen Mitteln, sondern nach Bettenzahlen ermittelt wird, sind hier die Ausbildungskapazitäten, verstärkt durch DRG-System und Ambulantisierung der Medizin, geringer als in der Vorklinik.

Für die Studierenden mit Teilstudienplatz hat dieses System gravierende Folgen: Sie können die Wartezeit, bis sie ihr Studium (eventuell) fortsetzen, weder durch eine Famulatur noch eine Doktorarbeit etc. sinnvoll überbrücken. Ein anderes Studium ist nicht möglich, da hiermit die Wartezeit bis zum Vollstudienplatz unterbrochen würde. Auch wenn man diesen erhielte, müsste der Studierende im schlimmsten Fall wieder mit der Vorklinik beginnen, da eine „Hochstufung“ in das erste klinische Semester an vielen Universitäten nicht möglich ist. Um eine Chance auf eine nahtlose Studienfortsetzung zu haben, müssen sich die betroffenen Studierenden bei rund 30 Hochschulen auf sogenannte „Ortswechselplätze“ bewerben; ein Verfahren, das durch fehlende bundeseinheitliche Auswahlkriterien immens erschwert wird. Als einziger Ausweg bleiben wiederum kostenintensive Zulassungsklagen.

Diesem frustrierenden und durch „Stilllegung“ angehender Ärzte versorgungspolitisch kontraproduktiven Verfahren kann aus unserer Sicht nur durch eine Änderung des Kapazitätsrechts bzw. die Abschaffung der willkürlichen Teilung des Medizinstudiums in die zwei Lehreinheiten der Vorklinik und Klinik begegnet werden. Diese Aufteilung entspricht ohnehin nicht der allgemein gewünschten stärkeren Integration von

Praxisbezug und Wissenschaftlichkeit während des gesamten Medizinstudiums, wie sie sich in den Modellstudiengängen bereits widerspiegelt.

Es muss eine neue Methode zur Berechnung geeigneter Kapazitäten entwickelt werden, die sowohl versorgungspolitische Engpässe als auch das Grundrecht der Bewerber auf freie Berufswahl nach Art. 12 Abs. 1 GG in Verbindung mit Art. 3 GG berücksichtigt. Unterfüttert werden muss dieses neue Kapazitätsrecht durch die Festlegung einer ausreichenden Finanzierung.

Förderung der Praxisnähe

Verknüpfung Theorie und Praxis während des gesamten Studiums

Neben der Aufhebung der willkürlichen Trennung von Vorklinik und Klinik plädiert der Marburger Bund für eine frühzeitige Einbringung praktischer, klinikrelevanter Aspekte in das gesamte Studium an allen Hochschulen. Medizinstudierende sollten bereits ab Beginn der Ausbildung mit Patienten und realen Behandlungsgeschehen in Berührung kommen. Basiswissenschaftliche Aspekte müssen mit klinischen Fächern verzahnt werden, um entsprechende Kompetenzen fächerübergreifend und organzentriert frühzeitig zu vermitteln und die Akzeptanz für theoretische Lehrinhalte zu steigern.

Als konkrete Maßnahmen und Formate schlagen wir beispielhaft vor:

- Verstärkte Einführung von OSCE (Objective Structured Clinical Examination)
In diesem mündlich-praktischen Prüfungsverfahren werden praktische Fähigkeiten des medizinischen Alltags (Untersuchungen, Rezeptieren, Befundinterpretation, psychosoziale Kompetenzen) an einzelnen Stationen mit Fällen/Patienten geprüft.
- OSPE (Objective Structured Practical Examination) zur Überprüfung praktischer Fertigkeiten
- Bedside-Teaching
- Zusatzkurse in Kleingruppen: Sonographie, virtuelle Anatomie, Endoskopie
- Früher Patientenkontakt und Teilnahme an Patientengesprächen
- Skills Labs
- Videoaufnahmen und –analysen von Arzt-Patienten-Gesprächen mit Simulationspatienten
- Betreuung einzelner Patienten (z. B. Neugeborene) über mehrere Semester
- Vorstellung von Patienten in Vorlesungen
- Kurse zur Stärkung der kommunikativen Kompetenzen
- Lernen mit Tutoren (POL = Problemorientiertes Lernen durch Fallbesprechung und AAL = Anatomie am Lebenden)

Viele dieser neuen Prüfungs- und Lehrformate werden von einzelnen Universitäten, insbesondere in den Modellstudiengängen, bereits genutzt. Ziel sollte jedoch eine hochschulübergreifende Einführung und Evaluierung sein.

Auch das Praktische Jahr als letzter Abschnitt des Studiums vor der Berufstätigkeit muss in hohem Maße gezielt und effektiv auf die unmittelbar bevorstehende ärztliche Tätigkeit vorbereiten. Dazu gehört insbesondere und in erster Linie – wie es die Approbationsordnung in § 3 Abs. 4 auch vorsieht – die praktische Durchführung ärztlicher Tätigkeiten unter Aufsicht des ausbildenden Arztes. Für diese Supervision und auch zur haftungsrechtlichen Absicherung des PJ-Studierenden ist es aus unserer Sicht unerlässlich, dass ausreichend qualifiziertes ärztliches Personal den Studierenden für Rückfragen und regelmäßige Feedbackgespräche zur Verfügung steht.

Kompetenzorientierte Ausbildung und Prüfung

Der Marburger Bund spricht sich für eine bundeseinheitliche kompetenzorientierte Regelung der zentralen Lehrinhalte des Medizinstudiums im Sinne eines „Kerncurriculums“ aus.

Dabei soll der am 4. Juni 2015 verabschiedete NKLM als Grundgerüst und feste Struktur für die Definition von Kernkompetenzen dienen und es den einzelnen Fakultäten ermöglicht werden, in ihren Curricula für ihre Studierenden Abweichungen zur individuellen Schwerpunktsetzung vorzusehen. Hier ist der Ausbau des Wahlpflichtbereiches an den Universitäten von besonderer Bedeutung. Freiräume im Curriculum erlauben den Studierenden aber nicht nur eine Schwerpunktsetzung innerhalb eines stark verschulerten Studiums, sondern auch Eigeninitiative etwa bei der Belegung zusätzlicher Kurse, Praktika und sonstiger Veranstaltungen.

Zu einer bundeseinheitlichen Definition zu erwerbender Kernkompetenzen gehört passgenau auch die Entwicklung alternativer, kompetenzbasierter Prüfungsformate im Sinne einer Lernergebniskontrolle klinisch-praktischer Fähigkeiten bzw. einer Outcome-Orientierung. Dieses Konzept, mit dem das „beobachtbare Können einer Person in einer Prüfungssituation“ abgebildet wird, ist auch seit langem Ziel der europäischen Bildungspolitik.

Bei der Entwicklung des Curriculums ist darauf zu achten, dass eine frühe Verzahnung von Lehre und Forschung stattfinden und wissenschaftliches Arbeiten mit entsprechendem Kompetenzerwerb gezielt gefördert werden kann. Wir befürworten die flächendeckende Initiierung von Programmen für Doktorarbeiten mit entsprechender Finanzierung und strukturierter Betreuung.

Abbildung des ambulanten Versorgungsbereiches

Der Marburger Bund ist der Auffassung, dass bereits in die ärztliche Ausbildung auch der ambulante Versorgungsbereich praxisnah zu integrieren ist, um die Studierenden optimal auf eine Tätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung vorzubereiten.

Dies sollte aus unserer Sicht jedoch nicht durch verpflichtende Maßnahmen geschehen, sondern durch das Angebot an Studierende, den ambulanten Bereich besser kennenzulernen und damit eine intrinsische Motivation für eine Tätigkeit in diesem Sektor zu entwickeln.

Denkbar wären Famulaturprogramme in den grundversorgenden Fachgebieten und die Ableistung von PJ-Tertialen an ambulanten Versorgungseinrichtungen wie Medizinischen Versorgungseinheiten, Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften. Bisher werden hierfür praktisch nur allgemeinmedizinische Lehrpraxen ausgewählt.

Um solche ambulanten Ausbildungsabschnitte auch erfolgreich zu gestalten, muss ihre Qualität in geeigneter Weise sichergestellt werden. Nur so kann es gelingen, Studierende für das entsprechende Fach langfristig zu begeistern.

Stärkung der Allgemeinmedizin im Studium

Allgemeinmedizin in der Lehre

Der Marburger Bund spricht sich für eine flächendeckende Einrichtung von Lehrstühlen bzw. Instituten oder Abteilungen für Allgemeinmedizin aus, so wie sie bereits an vielen Universitäten geschaffen wurden. Wir sind jedoch der Auffassung, dass es keine zielgerichtete Knüpfung von Landesmitteln zur Hochschulfinanzierung an die Förderung der Ausbildung im Fach Allgemeinmedizin geben darf. Dies würde gegenüber anderen Fächern, die teilweise ebenfalls unter Nachwuchsmangel leiden, eine Ungleichbehandlung bedeuten. Sinnvoller wäre es, finanzielle Anreizsysteme für die Universitäten zur Verbesserung und Qualitätssicherung ihrer medizinischen Lehre insgesamt zu schaffen. Hiervon würde auch die Allgemeinmedizin profitieren.

Neben der Einrichtung neuer Lehrstühle bedarf es auch einer Erhöhung der Zahl der ambulanten Lehrinrichtungen in der Allgemeinmedizin und der Überprüfung der Qualität ihrer Lehre. Die Kontrollfunktion sollte bei den jeweiligen Lehrstuhlinhabern bzw. Institutsleitern angesiedelt werden, ebenso wie eine Verpflichtung zur Schulung der ambulant tätigen Lehrärzte (Anleitung und Aufsicht der Studierenden, Kommunikation etc.). Die ausbildenden Vertragsärzte müssen danach ausgewählt werden, ob sie neben einer hohen Motivation, ihr Wissen weiterzugeben und einer Arbeitsweise nach neuesten, evidenzbasierten Leitlinien auch die Fähigkeit besitzen, den Studierenden theoretisch Wissen zu vermitteln und sie praktisch anzuleiten.

Zu einer Qualitätskontrolle gehören auch die Überprüfung der Orientierung an den Logbüchern und der Durchführung von Besprechungen der Therapien mit den Studierenden. Die erfolgreiche Umsetzung des Blockpraktikums Allgemeinmedizin, der hausärztlichen Famulatur sowie des Wahltertials im PJ sollte durch eine anonymisierte Evaluation von Studierendenbefragungen sowie den ständigen Austausch zwischen dem jeweiligen Lehrstuhlinhaber und Studierenden sowie Lehrärzten reflektiert werden.

Die Einführung eines Pflichtabschnitts Allgemeinmedizin im Praktischen Jahr lehnt der Marburger Bund aus den bereits genannten Gründen ab. Eine höhere Affinität von Studierenden zu einem bestimmten Fachgebiet lässt sich nur über die Steigerung seiner Attraktivität erreichen. Dies ist seit vielen Jahren Konsens bei den

Medizinstudierenden. Im Übrigen wurden erst vor kurzem durch die letzte Novellierung der Ärztlichen Approbationsordnung bereits zahlreiche Aspekte im Medizinstudium reformiert. Insbesondere den Maßnahmen zur Förderung der Allgemeinmedizin sollte ausreichend Zeit gegeben werden, Wirkung zu zeigen, bevor weitergehende Reformen angedacht werden.

Allgemeinmedizin in der Forschung

Der einzig erkennbare Ansatz zur Forschungsförderung in der Allgemeinmedizin besteht derzeit in der verstärkten Versorgungsforschung (vgl. Stellungnahme der DEGAM zu einem hausärztlichen Forschungspraxennetz).

Versorgungsforschung ist aus Sicht des Marburger Bundes prinzipiell sinnvoll und sollte fester Bestandteil der bestehenden Forschungslandschaft werden. Eine Umgestaltung der Forschungsförderung kann jedoch kaum Gegenstand des Masterplans Medizinstudium 2020 sein.