



Stellungnahme an das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Bil- dung und Forschung zum „Masterplan Medizinstudium 2020“

31. Juli 2015

MFT und VUD bilden gemeinsam den Dachverband Deutsche Hochschulmedizin e.V.

© Deutsche Hochschulmedizin e.V.

Kontakt

Medizinischer Fakultätentag e.V.

Alt-Moabit 96

10559 Berlin

berlin@mft-online.de

www.mft-online.de

Ansprechpartnerin

Astrid Schübel

Rechtsanwältin

Tel.: +49 (0)30 6449 8559 18

schuebel@mft-online.de

Themenblock „Zielgerichtete Auswahl der Studienplatzbewerber“

Das VG Gelsenkirchen hat mit Vorlage- und Aussetzungsbeschluss vom 19. März 2013 dem Bundesverfassungsgericht (BVerfG) die Frage vorgelegt, ob das derzeitige Verfahren der Studienplatzvergabe mit dem Grundgesetz vereinbar sei. Wenn es dabei auch vordergründig um überlange Wartezeiten ging, hat das VG Gelsenkirchen jedoch vor allem die Gelegenheit zu einer umfassenden Kritik am Auswahlverfahren der Hochschulen genutzt. In den Ausführungen des Gerichts wurde die mangelnde Vergleichbarkeit der Abiturnoten in den einzelnen Ländern kritisiert. Dem Vernehmen nach plant das BVerfG, noch in diesem Jahr über die Vorlage zu entscheiden. Dabei ist prinzipiell nicht auszuschließen, dass das BVerfG grundlegende Änderungen am gesamten System der derzeitigen rechtlichen Vorgaben und der Praxis der Studienplatzvergabe fordern wird.

Unabhängig von der Entscheidung des BVerfG empfiehlt der Medizinische Fakultätentag die Prüfung und Umsetzung folgender Maßnahmen:

- Grundlegende Änderung der rechtlichen Vorgaben für die Festsetzung von Zulassungszahlen

Alle Universitäten, die die Studiengänge Human- und Zahnmedizin anbieten, müssen jährlich erhebliche personelle und finanzielle Ressourcen im siebenstelligen Bereich für die Abwehr von Klagen Studierwilliger aufwenden. Der Medizinische Fakultätentag fordert eine Überarbeitung der Kapazitätsverordnung dahingehend, dass die Zahl der Studienplätze wie in allen anderen europäischen Staaten bedarfsgerecht und verbindlich festgelegt wird. Damit könnten sich künftige Klagen Studierwilliger lediglich auf die Überprüfung der Anzahl der zugelassenen Bewerber beziehen.

Die Anwendung der durch die mit §§ 29 und 30 HRG vorgegebenen Grundzüge für die Maßstäbe der Ausbildungskapazität und Festsetzung von Zulassungszahlen beschränkt sich nach Abschnitt 3 des Staatsvertrages über die Errichtung einer gemeinsamen Einrichtung für Hochschulzulassung vom 5. Juni 2008 auf die in das zentrale Vergabeverfahren einbezogenen Studiengänge. Dies ist seit mehr als zehn Jahren neben den drei medizinischen Studiengängen nur der Studiengang Pharmazie; mit einer Einbeziehung weiterer Studiengänge ist auch in Zukunft kaum zu rechnen. Dennoch werden in Artikel 6 Absatz 3 die Grundsätze zur Kapazitätsermittlung vor allem für nicht in das zentrale Vergabeverfahren einbezogene Studiengänge aufgeführt, während die besonderen Gegebenheiten in den medizinischen Studiengängen erst an letzter Stelle weiterer kapazitätsbestimmender Kriterien stehen. Gemäß Artikel 11 Absatz 3 sind Teilstudienplätze zu vergeben, wenn die Ausbildungskapazität des ersten Studienabschnittes größer ist als die des zweiten. Nur für den Studiengang Medizin schreibt § 7 Absatz 3 der Kapazitätsverordnung (KapVO) eine getrennte Kapazitätsberechnung für den ersten und den zweiten Studienabschnitt vor; explizit ergibt sich damit nur für den Studiengang Medizin die Problematik von Teilzulassungen. In Anlage 2 der KapVO sind die Curricularnormwerte für 41 Studiengänge mit den Abschlüssen Diplom, Ma-

gister, Promotion oder Staatsexamen aufgeführt; die meisten dieser Studiengänge gibt es nicht mehr, in das zentrale Vergabeverfahren sind ohnehin nur die vier eingangs benannten einbezogen. Grundlegende Änderungen dieser gesetzlichen Vorgaben und der darauf basierenden Kapazitätsverordnung sind daher eine *conditio qua non* für einen Masterplan Medizinstudium 2020.

- Kritisches Überdenken der Zulassung über Wartezeitquote bzw. der Zulassung ohne Abitur in Bezug auf
 - schlechtere Studienleistungen,
 - längere Studiendauer,
 - hohe Abbrecherquote.

Da der Studienerfolg bei Studierenden mit Zulassung durch Wartezeitquote nachweislich geringer ist als in den anderen SfH-Quoten, wird angeregt, diese Quote (20%) abzusenken. Eine leistungsgesteuerte Begrenzung der Teilnahmemöglichkeiten am Losverfahren auf maximal drei Versuche könnte sicherstellen, dass sich die Zahl der Wartenden nicht endlos vergrößert und sich die Chancen für den Einzelnen weiter verringern. Zudem wird gewährleistet, dass die Bewerber mit einer „zeitnahen“ Zulassung noch über die erforderliche Studierfähigkeit verfügen.

- Aus Sicht des Medizinischen Fakultätentages haben sich die Abiturnote und der TMS für die Auswahl der Studierenden bewährt. Sollte das BVerfG den derzeitigen Stellenwert der Abiturnote im Auswahlverfahren zurücksetzen, kann die Einführung eines zweistufigen, bundesweit einheitlichen Eignungstestes als Ergänzung oder Alternative zur Abiturnote erwogen werden:
 - Stufe I: Bundeseinheitliche Aufnahmeprüfung in den Fächern Biologie, Physik, Chemie und ggf. Anatomie des Bewegungsapparates, ggf. unabhängig von der Abiturnote. Organisation der Prüfung vom IMPP und zeitgleiche Durchführung an allen Standorten (wie M1- und M2-Prüfungen). Bei validiertem Wissensstand in den Naturwissenschaften können die entsprechenden Kurse im ersten Studienabschnitt wegfallen, so dass Zeit für die Betonung praktischer Aspekte und der Wissenschaftlichkeit im Studium frei wird.
 - Stufe II: Auswahlverfahren der Hochschulen. Die Hochschulen nehmen die Punktbesten mit der entsprechenden Ortspräferenz und unterwerfen diese einem eigenen, das Profil eines Standorts widerspiegelnden Auswahlverfahren. Das Auswahlverfahren kann eine Berücksichtigung der Abiturnote, eine abgeschlossene Berufsausbildung, Freiwilligendienste, universitäre Auswahlgespräche und Eignungsfeststellungen zur Ausübung des Arztberufs, u.a. vorsehen. Da die Abiturnote bekanntermaßen in verschiedenen Bundesländern Deutschlands nicht vergleichbar ist, sie jedoch nominal verwendet werden muss, wird angeregt, dass jede Hochschule selbst festlegt, in welchem Ausmaß sie die Abiturnote verwenden möchte (sofern das BVerfG von der „Maßgeblichkeit“ der Abiturnote abrückt).

- Primärarztquote

Der Medizinische Fakultätentag hält es für nicht zielführend, die Anzahl der Allgemeinmediziner und die Versorgungsdichte im ländlichen Raum durch gesetzliche Eingriffe in die Inhalte des Studiums lösen zu wollen. Es ist insbesondere nicht ersichtlich, warum Bewerber, die außerhalb des Auswahlverfahrens der Hochschulen zugelassen werden, später bessere Allgemeinmediziner werden. Das Problem schlechter werdender ärztlicher Versorgung auf dem Land lässt sich unserer Ansicht nach nicht über das Auswahlverfahren steuern – es handelt sich vielmehr um ein Verteilungsproblem, das nur durch eine Steigerung der Attraktivität des Berufes, aber nicht durch „planwirtschaftliche“ Veränderungen im Studium zu lösen sein wird. Entsprechende Anreize müssen entsprechend nach dem Studium geschaffen werden. Dies umso mehr da „Allgemeinmedizin“ eine von 33 Facharztbezeichnungen repräsentiert, die den Regularien der Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern unterliegen und dies erst nach Erhalt der ärztlichen Approbation.

Eine Quote zur Sicherstellung der primärärztlichen Versorgung erfordert eine Festlegung eines Studienbewerbers auf eine spätere berufliche Tätigkeit zu einem Zeitpunkt, an dem er das breite Spektrum ärztlicher Tätigkeiten eigentlich noch kaum aus eigener Erfahrung kennen kann. Ob es in Hinblick auf Artikel 12 Absatz 1 GG zulässig ist, einen hinsichtlich sonstiger Auswahlkriterien nachrangigen Bewerber, der später im ländlichen Raum tätig werden will, bei der Studienzulassung einem Bewerber mit formal höherer sonstiger Eignung, der dies nicht vorgibt, bei der Studienzulassung vorzuziehen, erscheint fraglich. Welche Sanktionen sind vorzusehen, wenn der betreffende Arzt sich später doch nicht im ländlichen Raum niederlässt? Welche Möglichkeiten hat er, wenn er aufgrund neuerer Erkenntnisse und Umstände seine Entscheidung zur primärärztlichen Tätigkeit im ländlichen Raum später revidieren möchte?

Themenblock „Förderung der Praxisnähe“

Die Verknüpfung von Theorie und Praxis während des gesamten Studiums ist unter der derzeitigen Approbationsordnung (2003, zuletzt modifiziert 2013) insbesondere in den Modellstudiengängen in deutlicher Ausprägung gegeben. Eine Reihe von Maßnahmen zur Förderung der Praxisnähe, die an einzelnen Ausbildungsstandorten bereits praktiziert werden, können auch durch Anpassung der Pflichtcurricula auf Fakultätsebene ohne Anwendung der Modellstudiengangklausel und ohne Änderungen der Ärztlichen Approbationsänderung ergriffen werden:

- Stärkung kommunikativer Kompetenzen
- Interprofessionelle Ausbildung gemeinsam mit Gesundheitsfachberufen
- Einrichtung von Skillslabs und Lehrkliniken
- Prüfen von Fertigkeiten mittels praktischer Prüfungen
- Angebot von Lehrveranstaltungen im ambulanten (auch fachärztlichen) Sektor
- Überprüfung klinisch-praktischer Fähigkeiten (z.B. OSCE) während des Studiums und in den Staatsprüfungen (hierbei besteht jedoch aufgrund des perso-

nellen Aufwands zusätzlicher Finanzierungsbedarf durch den Landeszuschuss für Forschung und Lehre)

- Weiterentwicklung der PJ-Curricula mit stärkerem Fokus auf ärztlicher Handlungskompetenz und Verantwortungsübernahme

Die Verabschiedung des Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalogs Medizin (NKLM) durch den Medizinischen Fakultätentag ermöglicht in weiten Bereichen die strukturierte Vermittlung von Fertigkeiten und Kompetenzen des primären ärztlichen Handelns ebenso wie die spezifischen Kenntnisse in Spezialgebieten. Dieser innovative Ansatz wird in den nächsten 5 Jahren von den Medizinischen Fakultäten mit standortspezifischem Zuschnitt erprobt werden.

Weitere für wichtig erachtete Maßnahmen zur Förderung der Praxisnähe setzen Änderungen der ÄAppO bzw. die Abschaffung der KapVO voraus:

- Strukturierte Einbindung von Hospitationen in ambulanten und stationären Versorgungskontexten ab dem ersten Semester bis zum PJ
- Engere Verzahnung von Klinik und Vorklinik

Bei aller Bedeutung der Vermittlung praktischer Fähigkeiten und der notwendigen Förderung der praktischen Kompetenz, darf nicht außer Acht gelassen werden, dass das Studium der Medizin ein wissenschaftsbasiertes Studium ist. Die strukturierte Vermittlung wissenschaftlicher Kompetenzen gehört zu den Kernaufgaben der Universitäten, die nach ÄAppO dem Leitbild des wissenschaftlich ausgebildeten Arztes / Ärztin folgt. Insofern wird die Initiative des Wissenschaftsrates, die wissenschaftliche Kompetenz im Medizinstudium zu stärken, begrüßt. Die vom Wissenschaftsrat empfohlenen verpflichtenden „Wissenschaftspraktika“ von 4+12 Wochen Dauer in den ersten drei Jahren und vier Monaten Dauer in den folgenden 2 klinischen Jahren würden allerdings einen grundlegenden Wandel in der Organisation, Schwerpunktsetzung und personellen Ausstattung der Fakultäten erfordern. Hier sind ggfls. exakt geplante und ausreichend finanzierte Lösungen erforderlich. Neben der vom Wissenschaftsrat empfohlenen verpflichtenden „Wissenschaftspraktika“ bedarf es aus Sicht des Medizinischen Fakultätentages einer Stärkung der Rahmenbedingungen für die Medizinische Promotion mit strukturierten Promotionsprogrammen in Graduiertenschulen mit dem Ziel der Qualitätssicherung wissenschaftlichen Arbeitens. Mit der Etablierung eines Kerncurriculums, das epidemiologisch relevante sowie potentiell lebensbedrohliche Erkrankungen/Symptome und die entsprechenden medizinischen präventiven und therapeutischen Interventionen beinhaltet, sollte aus Sicht des Medizinischen Fakultätentages erwogen werden, Freiräume für den Erwerb wissenschaftlicher Kompetenzen mit der Möglichkeit einer qualitätsgesicherten medizinischen Promotion zu schaffen.

Themenblock „Stärkung der Allgemeinmedizin im Studium“

Strukturelle Maßnahmen

Aktuell sind an mehr als der Hälfte der Medizinischen Fakultäten Lehrstühle und Professuren für Allgemeinmedizin eingerichtet oder werden gerade eingerichtet. Die Einheit von Forschung, Lehre und Krankenversorgung, die die universitäre Medizin auszeichnet, muss auch für die Allgemeinmedizin gelten, wenn sich das Fach langfristig akademisch etablieren soll.

Die Einrichtung von Professuren kann aus wissenschaftlichen Gründen Standort-spezifisch sinnvoll sein, wenn die Professur in Forschungsverbünde integriert wird und mit einem Netzwerk an allgemeinmedizinischen Praxen zu Projekten der Versorgungsforschung beiträgt. Mit der Verankerung und Sichtbarkeit des Faches in der Fakultät durch eine Professur kann zudem das Fach auch bei Studierenden, die die Möglichkeit erhalten, sich wissenschaftlich mit Themen der Allgemeinmedizin auseinanderzusetzen oder mit einer allgemeinmedizinischen Fragestellung zu promovieren, zusätzliche Aufmerksamkeit erfahren. Für die Annahme, dass die Einrichtung von Professuren die hausärztlichen Versorgungsstrukturen ländlicher Regionen verbessert, fehlt allerdings die Evidenz und ist nicht plausibel. Um hier einen kausalen Zusammenhang herzustellen, bedürfte es z.B. sorgfältiger Analysen der Versorgung in Gegenden, in denen schon vor längerer Zeit Lehrstühle für Allgemeinmedizin betrieben werden, im Vergleich zu Regionen ohne allgemeinmedizinische Professuren.

Eine Stärkung der Allgemeinmedizin im Studium durch die Einrichtung von Professuren macht die Integration des Lehrstuhlinhabers in die allgemeinmedizinische Versorgung in eigener Lehrarztpraxis oder in einem MVZ des Universitätsklinikums obligat und setzt die Bereitschaft der kassenärztlichen Vereinigungen zur Teilhabe der Universitätsmedizin an der ambulanten kassenärztlichen Versorgung voraus. Für eine umfassende allgemeinmedizinische Lehre ist der zusätzliche Aufbau eines allgemeinmedizinischen Netzwerks Akademischer Lehrarztpraxen unter der akademischen Leitung der Professur erforderlich. Der Medizinische Fakultätentag befürwortet daher den Aufbau eines bundesweiten Netzwerkes von "Forschungspraxen" entsprechend der DEGAM-Empfehlung und einen verstärkten Aufbau allgemeinmedizinischer Forschungs- und Lehrinfrastruktur. Essentiell ist hier die Qualitätssicherung der Lehre, für die akademisches Personal, insbesondere berufene Hochschullehrer die Verantwortung tragen.

Die Einrichtung von Professuren und die (Weiter-)Entwicklung von qualitätsgesicherten Netzwerkpraxen sind mit zusätzlichen Kosten verbunden, die in den Landeszuschüssen für Forschung und Lehre eingeplant werden müssen. Die universitäre Allgemeinmedizin erfordert insbesondere für die Entwicklung und Qualitätssicherung der Lehrarztpraxen eine zusätzliche Ausstattung, die bisher in den Landeszuschüssen für Forschung und Lehre nicht abgebildet ist. In den verbreitet angewandten leistungsorientierten Mittelverteilungssystemen werden sich Lehrstühle für Allgemeinmedizin, insbesondere in der Aufbauphase, nicht hinreichend entwickeln können, was Voraussetzung für eine langfristig erfolgreiche Integration in die Forschungs- und Lehrstrukturen der Medizinischen Fakultäten ist.

Inhaltliche Maßnahmen

In der aktuell gültigen Approbationsordnung ist die Allgemeinmedizin bereits stark in das Curriculum integriert. Punktuelle Maßnahmen darüber hinaus können auch unter den aktuellen Rahmenbedingungen in der Verantwortung der Fakultäten zur nachhaltigen Stärkung der Allgemeinmedizin im Studium beitragen:

- Longitudinale und strukturierte Verankerung der Allgemeinmedizin im Studium über mehrere Jahre zur Abbildung der Schnittstellen zwischen Allgemeinmedizin und allen andere Fachdisziplinen sowie zur Stärkung der Sichtbarkeit des Faches durch Verankerung von Pflichtlehre bzw. Wahlfachlehre;
- Einführung von Praxistagen kontinuierlich über mehrere Jahre, in denen Studierende einen lehrbeauftragten Allgemeinmediziner und dessen chronisch kranke Patienten in der Sprechstunde und bei Hausbesuchen begleiten.

Pflicht-Tertiale oder Quartale im Fach Allgemeinmedizin im Praktischen Jahr lehnt der Medizinische Fakultätentag in Übereinstimmung mit Studierendenvertretungen dagegen strikt ab, da es keinerlei Evidenz für die Effektivität einer solchen Maßnahme im Hinblick auf die Berufswahl gibt und es bei dem bereits vorhandenen Facharztmangel in vielen Disziplinen auch nicht gerechtfertigt erscheint. Bei einer ggf. nicht vorhandenen Qualität der Ausbildung könnten Pflichtteile im PJ sogar eher kontraproduktiv wirken und Studierende von der Ausbildung zum Allgemeinmediziner abhalten.