

der Ausbildungsreform von 2003, der Bachelor/Master-Umstellung aus anderen Fächern und detailierte, längere Erfahrungen aus anderen Ländern wie der Schweiz und den Niederlanden vorliegen.

2. Unabhängig davon sollten sich die medizinischen Fakultäten um die Steigerung der Attraktivität des Medizinstudiums kümmern und die **Curricula ihrer Studiengänge modernisieren**. Ziele sind die Verbesserung des Praxisbezugs (Übernahme von erfolgreichen Modellen aus anderen Ländern wie Stations-Student, regelmäßige Teilnahme an Visiten, stärkere Einbeziehung geeigneter Lehrkrankenhäuser), die stärkere Vermittlung sozialer und kommunikativer Kompetenz (z.B. Zeitmanagement und Umgang mit dem Pflegepersonal), sowie die Ausbildung wissenschaftlichen Nachwuchses.
3. Der Zuschuss der Bundesländer für die Studienplätze der Medizin ist seit Jahren rückläufig. Hier müssen spürbare Verbesserungen geschaffen werden.
4. Exzellenter wissenschaftlicher Nachwuchs ist eine Grundvoraussetzung für den medizinischen Fortschritt von morgen. Gerade in der Medizin wandert eine erhebliche Anzahl an Nachwuchskräften ins Ausland ab. Um dem entgegenzutreten, sind die **Arbeitsbedingungen für wissenschaftlich tätige Ärzte und medizinisch orientierte Naturwissenschaftler nachhaltig zu verbessern**⁶.
5. **Die Etablierung eines Bachelor der Medizin** könnte die Abbruchquote weiter verringern, weil sich die Möglichkeit eröffnet, einen anderen Masterstudiengang zu absolvieren. Hierzu sollten allerdings folgende Kriterien berücksichtigt werden:
 - a. Das Medizinstudium muss ein wissenschaftliches Studium bleiben und darf nicht auf einen reinen Lehrberuf reduziert werden.
 - b. Ein **Qualifikationsprofil und Berufsbild für einen Bachelor** der

Medizin muss definiert werden. Diese sollten festlegen, in welchen Bereichen der Bachelor für Medizin eingesetzt werden kann. Es könnte eine Schwerpunktbildung (z.B. Gesundheitsökonomie) erfolgen, die einen anderen Aufbau-Masterstudiengang ermöglicht.

- c. Es darf **keine erneute Trennung** von vorklinischer und klinischer Ausbildung entstehen. Hierfür müssen klinische Elemente des derzeitigen Regelstudiengangs, wie z.B. die Krankheitsphänomenologie, Therapieprinzipien und Systemphysiologie, in den Bachelorstudiengang verschoben werden.
- d. Die medizinischen Fakultäten müssen abschätzen, wie aufwändig die Einführung des neuen Systems wird und sich die **nötigen Ressourcen zusichern lassen**.
- e. Eine **durchgreifende Neuordnung der Mediziner Ausbildung** wäre für den Bachelorstudiengang notwendig. Diese Aufgabe muss zentral übernommen werden und kann nicht an die medizinischen Fakultäten oder Länder delegiert werden.
6. Bevor man erhebliche Ressourcen für diese durchgreifende Reform verwendet, sollte man die Erfahrungen aus anderen Ländern sorgfältig analysieren und die **Evaluierung der existierenden Reformen abwarten**. Notwendig wären dafür **Pilotprojekte an 2-3 deutschen Universitäten**, ohne die eine Reform erhebliche Fehler mit sich bringen kann. Ohne Auswertung belastbarer Erkenntnisse aus Pilotprojekten an deutschen Universitäten kann der Einführung des Bologna-Reformprozesses in der Medizin zum jetzigen Zeitpunkt nicht zugestimmt werden. Als Vorreiter könnte der Pilotstudiengang an der Universität Oldenburg dienen. Das Projekt für die European Medical School (EMS) Oldenburg-Groningen wurde in Kooperation mit den Niederlanden entwickelt und wird momentan vorbereitet⁷.

7. Schließlich darf die dritte Stufe des Studiums, die des Doktorats, nicht vernachlässigt werden. Die **Zukunft des Dokortitels in der Medizin muss intensiv diskutiert werden**. Nach den Bologna-Kriterien ist dafür eine zwei- bis dreijährige Forschungszeit nach Abschluss des Masterstudiums erforderlich. Dies ist mit der gängigen Praxis der häufig wesentlich kürzeren medizinischen Dissertation nicht vereinbar. In Anlehnung an die Empfehlungen der Senatskommission für Klinische Forschung⁸ wäre die Durchführung einer wissenschaftlich qualifizierten Promotion für begabte Studierende studienbegleitend und im Rahmen eines „Promotionskollegs“ denkbar.

Zusammenfassung:

Hauptinhalt jeder Ausbildungsreform des Medizinstudiums muss die qualitative Verbesserung der ärztlichen Ausbildung an den deutschen Universitäten darstellen. Ärzte sollten am Ende ihrer universitären Ausbildung qualifiziert sein, ihren Beruf mit einer wissenschaftlich urteilsfähigen Arbeitsweise in voller ärztlicher Verantwortung auszuüben. Um die Erfahrungen aus anderen Fächern, aus anderen Ländern und die Resultate der Modellstudiengänge sorgfältig auswerten zu können, empfiehlt die DGIM einen Aufschub des Bologna-Reformprozesses für die Medizin von mindestens 5 Jahren. Die DGIM wird sich in die Diskussion um das Bachelor-Master-System aktiv einbringen, um inhaltlich am Entscheidungsprozeß einbezogen zu werden.

⁶ Siehe auch die DGIM-Positionspapiere zum wissenschaftlichen Nachwuchs und zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen im Krankenhaus: (<http://www.dgim.de/überuns/KommissionenTaskForces/KommissionNachwuchsförderung/tabid/139/default.aspx>)

⁷ Arzt und Krankenhaus 11/2009, S.343f; <http://www.uni-oldenburg.de/aktuell/38183.html>

⁸ http://www.dfg.de/download/pdf/dfg_im_profil/geschaeftsstelle/publikationen/medizinbildung_senat_klinische_forschung.pdf

Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

- Kommission Aus-, Weiter- und Fortbildung -

Einführung des Bachelor-Master-Systems in das Medizinstudium

Prof. Dr. med. Michael Hallek

Vorsitzender für die Kommission Aus-, Weiter- und Fortbildung der DGIM

Kommissionsmitglieder:

Prof. Dr. med. Andreas Creutzig, Hannover · Prof. Dr. med. Karl Michael Derwahl, Berlin
 Prof. Dr. med. Hartmut Link, Kaiserslautern · Prof. Dr. Martin Sigmund, Wiesbaden
 Prof. Dr. med. Michael Pfeifer, Regensburg · Prof. Dr. Jürgen Wollenhaupt, Hamburg
 Prof. Dr. Markus Lerch, Greifswald · Dr. med. Michael Meisel, Dessau
 Prof. Dr. med. Winfried V. Kern, Freiburg · Prof. Dr. med. Reinhard Brunkhorst, Hannover
 Prof. Dr. med. U. Janssens, Eschweiler

Generalsekretär der DGIM e.V.: Prof. Dr. med. Hans-Peter Schuster

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. · Irenenstraße 1 · 65189 Wiesbaden
 Telefon 0611-2058040-0 · Fax 0611-2058040-46 · E-mail: info@dgim.de · Home: www.dgim.de

Im Bereich der Medizin führt die Einführung des Bachelor-Master-Systems im Zuge der Bologna-Reform zu sehr kontroversen Diskussionen. Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin als größte deutsche Fachgesellschaft innerhalb der Medizin hält es daher für geboten, sich zu dieser Frage zu positionieren, da die Innere Medizin den Hauptanteil der ärztlichen Ausbildung ausmacht und die meisten Prüfungsfragen im Klinischen Abschnitt des Medizinstudiums beiträgt.

Unabhängig von allen Überlegungen, den Bologna-Reformprozess auf die Medizinerbildung in Deutschland zu übertragen, müssen Bemühungen in den Vordergrund rücken, die Ausbildung von Ärzten an den deutschen Universitäten qualitativ zu verbessern. Die Ausbildung muss praxisnäher werden und zugleich die Förderung des dringend benötigten wissenschaftlichen Nachwuchses ermöglichen. Ärzte sollten am Ende ihrer universitären Ausbildung qualifiziert sein, ihren Beruf in ärztlicher Verantwortung auszuüben und gleichzeitig die wissenschaftlichen Fortschritte in der Medizin kritisch zu begleiten.

Was sind die Ziele der Bologna-Reform?

Im Juni 1999 unterzeichneten die für Kultur und Bildung verantwortlichen Politiker aus 29 Europäischen Staaten die Deklaration von Bologna¹. Mittlerweile haben sich weitere 18 Länder diesem Prozess angeschlossen. Leitgedanke der Deklaration war, den Prozess der europäischen Harmonisierung und Kooperation auch auf dem Gebiet der Bildung zu verwirklichen. Hierfür wurden die folgenden Punkte in einem Maßnahmenkatalog festgehalten:

1. Schaffung eines Systems leicht verständlicher und vergleichbarer Abschlüsse (z.B. durch ein dreistufiges System bestehend aus Bachelor/Master/Doktorat).

2. Einführung eines Leistungspunktesystems (z.B. ECTS, das Europäische Credit Transfer System).
3. Förderung der Mobilität von Studierenden und Lehrenden.
4. Förderung der europäischen Zusammenarbeit im Bereich der Qualitätssicherung.
5. Förderung der europäischen Dimension in der Hochschulausbildung.

Zusammenfassend soll die Bologna-Reform die Transparenz der europäischen Hochschulausbildung erhöhen, um die Mobilität, Flexibilität und Berufsperspektiven von Studierenden und Lehrenden zu verbessern.

Braucht das Medizinstudium eine Reform?

Die angemahnte verbesserte Vergleichbarkeit der europäischen Studienabschlüsse ist für die Medizin bereits seit 1993 durch die Europäische Richtlinie 93/16/EWG (seit 2007: 2005/36/EG) abschließend geregelt. Medizinische Studienabschlüsse sind seitdem ohne Einschränkungen gleichgestellt².

Medizinstudenten zeigen – hinter den Studierenden der Sprach- und Kulturwissenschaften – die zweithöchste Mobilitätsquote³. Dies umfasst sowohl Auslandsaufenthalte deutscher Medizinstudenten im Rahmen des Erasmus-Programms als auch praxisbezogene Aufenthalte im Ausland im Rahmen von Famulaturen oder dem Praktischen Jahr. Bisher geht diese Mobilität der Medizinstudenten in Deutschland vorwiegend in eine Richtung, weil nur wenige Studierende aus dem europäischen Ausland ein Auslandssemester in Deutschland verbringen.

Mit Inkrafttreten der neuen ärztlichen Approbationsordnung im Jahr 2003 sind viele positive Veränderungen in Gang gesetzt

worden, deren Auswirkungen noch nicht endgültig beurteilt werden können. Eine solche Veränderung ist die Verbindung von Theorie und Praxis in so genannten Modellstudiengängen – eine Forderung der Bologna-Deklaration. In manchen Modellstudiengängen, wie z.B. in Heidelberg und an der Charité, wurde ein ECTS-Kreditpunktesystem eingeführt.

Daraus folgt, dass das Medizinstudium an den deutschen Universitäten zurzeit eine Reformphase durchläuft, in der Forderungen nach Mobilität, europäischer Vergleichbarkeit und Verzahnung von Theorie und Praxis Berücksichtigung finden.

Was spricht für eine Umstrukturierung in ein dreistufiges Ausbildungsmodell?

Durch die Schaffung einer Abschlussmöglichkeit als Bachelor der Medizin schon nach *drei Jahren* des Studiums entsteht eine neue Entscheidungsmöglichkeit für die Studierenden. Für Studierende, die bis dahin andere Pläne entwickeln, eröffnete der Bachelorstudiengang eine Möglichkeit, sich für einen anderen Masterstudiengang zu entscheiden.

In Ländern mit etablierten Bachelor-Master-Medizinstudiengängen (z.B. in den Niederlanden) entscheiden sich 95-98 % der Bachelor-Absolventen für den anschließenden Masterstudiengang in Medizin⁴.

¹ Bologna Declaration: The European Higher Education Area. Joint declaration of the European Ministries of Education (1999) (Bologna) http://www.bologna-berlin2003.de/pdf/bologna_declaration.pdf

² <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31993L0016:DE:HTML>

³ HIS Studie zu internationaler Mobilität deutscher Studierender http://www.go-out.de/downloads/HIS-Bericht_final.pdf

Um den Bachelor als Basis für weitere Masterstudiengänge zu etablieren, sind aus Sicht der DGIM folgende Punkte zu berücksichtigen:

- Es muss ein klares Qualifikationsprofil für einen Bachelor der Medizin erstellt und die Schnittstelle zwischen dem Bachelor der Medizin und den anderen Masterstudiengängen definiert werden.
- Ein gut strukturiertes Curriculum muss sicherstellen, dass kein erneuter Graben zwischen vorklinischer und klinischer Ausbildung entsteht und eine adäquate ärztliche Ausbildung gewährleistet wird.
- Es muss ausdrücklich festgelegt werden, dass die Aufnahme in den Masterstudiengang der Medizin ohne den Medizin-Bachelorstudiengang nicht möglich ist⁴. Somit wird ausgeschlossen, dass sich Bachelor-Absolventen anderer Fachrichtungen im Masterstudiengang der Medizin zu praktizierenden Ärzten ausbilden lassen können.
- Die medizinischen Fakultäten müssen abschätzen, wie aufwendig die Einführung des neuen Systems sein wird. Nur durch eine zugesicherte Erhöhung der Ausbildungsressourcen können die Fakultäten zusätzliche Studenten ausbilden.
- Es ist zu befürchten, dass durch das Reformmodell **quantitative Kriterien vorgegeben werden**, die insgesamt keine Qualitätsverbesserung bringen, sondern nur die **Kosten erhöhen**.

⁴ Vortrag beim Symposium der Deutschen Hochschulmedizin am 15. März 2010: **Erfahrungen mit Bachelor und Master in der Medizin in den Niederlanden (The Dutch Perspective)**, Albert J.J.A. Scherpier, wissenschaftlicher Direktor des Bildungsinstituts, Gesundheitsministerium, Medizin und Life Sciences, Maastricht Universität, Niederlande

⁵ Outcome-Definition der Curricula-Kommission für den Bachelor-Abschluss

- **Bachelorabsolventen aus anderen Fächern werden entweder für das Masterstudium der Medizin nicht zugelassen** oder sie müssten den ganz überwiegenden Teil der Ausbildungsinhalte nachholen, was zu einer erheblichen Verlängerung der Studienzeite führen würde.
 - Es ist zu befürchten, dass die Stufung des Medizinstudiums erneut zu einer **stärkeren Trennung zwischen klinischer und vorklinischer** Ausbildung führt, was im Widerspruch zur neuen Approbationsordnung von 2003 stünde.
 - Die „Ärztliche Prüfung“ – das Staatsexamen – unterliegt einer **hochgradigen und notwendigen Kontrolle**, die sich in zentral und simultan durchgeführten schriftlichen Prüfungsteilen manifestiert. Diese Struktur garantiert zugleich Gefahrenabwehr für die Allgemeinheit sowie Fairness und Gleichbehandlung der Kandidaten. Hochschulprüfungen, die gemäß Bologna-Prozess an diese Stelle treten, müssen dieselben Anforderungen erfüllen und können nicht allein in die Zuständigkeit der Universitäten oder Bundesländer gegeben werden.
- c. Die obligatorischen Veranstaltungen bestehen aus **nach Organsystemen strukturierten Themenblöcken** und vermitteln Grundkenntnisse vom gesunden und kranken Menschen. Weiterhin werden **wissenschaftliches Arbeiten** und **professionelles Verhalten** im beruflichen Umfeld gelehrt.
 - d. Als sogenannte *Additional Majors* (Vertiefungsfächer) werden an der Universität Basel *Clinical Medicine, Dental Medicine, Biomedical Science* und *Public Health* angeboten. Zusätzlich wären Schwerpunkte wie *Medical Education* oder *Health Management* denkbar.
 - e. Der Anteil der Vertiefungsfächer am Semesterprogramm der Studenten steigt im Laufe des Studiums. Am Anfang liegt er bei fünf Prozent und erhöht sich schrittweise auf 25% im letzten Jahr des Masterprogramms.
 - f. Den schnellsten Weg zum praktizierenden Arzt stellt der *Physician Track* ohne zusätzliche Wahlfächer dar. Diesen können Studenten wählen, die direkt durch den *Master of Medicine* - Abschluss approbiert werden möchten.
 - g. Die Universitäten entwickeln gemeinsam mit dem Bundesamt für Gesundheit die Prüfung für den Master-Abschluss, damit diese nicht mit dem Prinzip des Staatsexamens kollidiert.

Das Schweizer Beispiel⁵

Die medizinische Fakultät der Universität Basel hat sich für eine Umstrukturierung ihres Medizinstudiums entschieden. Hauptmerkmale der Reform sind:

- a. Das Curriculum für den **Bachelorstudiengang ist zweigeteilt**.
- b. Es besteht aus **obligatorischen Veranstaltungen**, die für alle Studenten verpflichtend sind – und aus dem **Major, der gewählt werden kann**, um sich schon während des Bachelorstudiengangs für eine andere Spezialisierungsrichtung wie etwa *Biomedical Science* (früher Einstieg in die wissenschaftliche Laufbahn) zu entscheiden.

Aufgrund der obigen Argumente und unter Berücksichtigung der gegenwärtigen Rahmenbedingungen schlägt die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin daher vor:

1. Basierend auf der neuen Ärztlichen Approbationsordnung wurden integrierte (Modell-) Studiengänge entwickelt, deren Ergebnisse bisher noch nicht bekannt sind. **Eine Umstellung auf einen gestuften Studiengang sollte daher zurückgestellt bleiben**, bis verlässliche Ergebnisse