

Gerke W, Breipohl W, Forster J, Hahn EG, Kraft HG, Oechsner W, Onur Ö,
Schirlo C, Tullius M, Wennekes V:

Medizinische Ausbildung und der Bologna-Prozess

Ein Positionspapier des GMA Ausschusses
"Medizinische Ausbildung und der Bologna-Prozess"
der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung
(Vorsitzender: Dr. med. Wolfgang Gerke, wolfgang.gerke@usz.ch).

<http://gesellschaft-medizinische-ausbildung.org>

Verabschiedet vom Vorstand der GMA am 3.11.2005

Einführung

Im Juni 1999 unterzeichneten die für Kultur und Bildung verantwortlichen Politiker aus 29 Europäischen Staaten die Deklaration von Bologna.¹ Leitgedanke dieser Erklärung war, dass der Prozess der europäischen Harmonisierung und Kooperation nicht auf den wirtschaftlichen und politischen Bereich beschränkt sein dürfe, sondern auch auf dem Gebiet Bildung, speziell auch der universitären Ausbildung, verwirklicht werden müsse. Ziel war die Schaffung einer "European Higher Education Area" (EHEA), innerhalb derer Diplome auf allen Niveaustufen möglichst problemlos gegenseitig anerkannt werden und in der Studierende und Lehrende die grösstmögliche Mobilität geniessen sollten. Mit der Schaffung der EHEA sollte auch ein Zugewinn an Attraktivität und Konkurrenzfähigkeit der europäischen Bildungsinstitutionen im internationalen Vergleich einhergehen.

Zur Verwirklichung dieser Zielsetzung verständigten sich die unterzeichnenden Minister auf einen Massnahmenkatalog, der zunächst 6 Punkten umfasste:

1. Schaffung eines Systems leicht verständlicher und vergleichbarer Abschlüsse
2. Schaffung eines dreistufigen Systems von Studienabschlüssen (Bachelor/Master/Doktorat)
3. Einführung eines Leistungspunktesystems (z.B. ECTS, das Europäische Credit Transfer System)
4. Förderung der Mobilität von Studierenden und Lehrenden
5. Förderung der europäischen Zusammenarbeit im Bereich der Qualitätssicherung
6. Förderung der europäischen Dimension in der Hochschulausbildung

Seither haben in zweijährigem Abstand Folgekonferenzen stattgefunden (Prag 2001, Berlin 2003, Bergen 2005)², auf denen sich weitere Länder dem Prozess angeschlossen haben, die Teilnehmenden sich über die Umsetzung Rechenschaft gaben und die Deklaration von Bologna um weitere Punkte erweiterten oder bestehende Punkte konkretisierten:

7. Förderung des lebenslangen Lernens
8. Förderung der Beteiligung der Studierenden an der Gestaltung des europäischen Hochschulraumes (EHEA)
9. Förderung der Attraktivität des europäischen Hochschulraumes;
10. Einführung des Europäischen Forschungsraumes (ERA)

Aus der Bologna-Deklaration war der „Bologna-Prozess“ geworden. Dieser Prozess beschränkt sich nicht auf den Geltungsbereich der mobilitätsfördernden Richtlinie 93/16/EWG der EU bzw. auf die

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

2 The European Higher Education Area - Achieving the Goals; Communiqué of the Conference of European Ministers Responsible for Higher Education, Bergen, 19-20 May 2005
http://www.bologna-bergen2005.no/Docs/00-Main_doc/050520_Bergen_Communique.pdf

neue, ersetzende Richtlinie 2005/36/EG vom 7.9.2005³ über die Anerkennung von Berufsqualifikationen in den derzeit 25 EU-Mitgliedsländern sondern umfasst einen Hochschulraum, der weit über die EU hinausgeht.

Im Zuge dieses Bologna-Prozesses sind in Deutschland wie in ganz Europa bereits zahlreiche Studienreformen durchgeführt worden⁴, die sich an den Leitlinien der Deklaration von Bologna orientierten. Eine Ausnahme von diesem starken europäischen Trend, der die Bildungslandschaft bereits jetzt tiefgreifend verändert hat, bildete bis vor kurzem die medizinische Ausbildung, wo der Prozess bei den Verantwortlichen in Gesundheitsministerien, Universitäten und Fakultäten nur wenig Resonanz auslöste. Spätestens seit dem Jahr 2004 aber wird der Bologna-Prozess auch im Hinblick auf die medizinische Ausbildung intensiver diskutiert^{5,6,7}, und die an der Medizinischen Ausbildung beteiligten Gruppen sind verstärkt aufgerufen, Position zu beziehen. Die mancherorts gehörte, einfache Formel, der Bologna Prozess sei auf das Medizinstudium nicht anwendbar, wird dabei der Realität der Medizinischen Ausbildung und Forschung, die von europäischer Mobilität und Kooperation auf vielen Ebenen geprägt ist, nicht gerecht.

Aus diesem Grunde möchte das vorliegende Positionspapier der GMA eine Analyse der Chancen und Risiken des Bologna Prozesses für die medizinische Ausbildung präsentieren und – davon ausgehend - Überlegungen hinsichtlich der Umsetzung des Bologna-Prozesses für die Medizinische Ausbildung im deutschsprachigen Raum vorstellen, die den Entscheidungsträgern in Ministerien, Universitäten und Fakultäten im deutschsprachigen Raum als Grundlage für eine differenzierte Diskussion und als Leitlinie für eine Implementierung dienen sollen. Die Überlegungen konzentrieren sich auf für die medizinische Ausbildung wesentliche Aspekte der Bologna-Deklaration.

3 RICHTLINIE 2005/36/EG DES EUROPÄISCHEN PARLAMENTS UND DES RATES ÜBER DIE ANERKENNUNG VON BERUFSQUALIFIKATIONEN

http://europa.eu.int/comm/internal_market/qualifications/future_de.htm

4 Sybille Reichert, Christian Tauch:

Trends IV: EUROPEAN UNIVERSITIES IMPLEMENTING BOLOGNA; AN EUA REPORT

http://www.eua.be/eua/jsp/en/upload/TrendsIV_FINAL.1117012084971.pdf

5 AMEE and WFME Taskforce on the Bologna Declaration/Process and medical education

http://www.sund.ku.dk/wfme/Activities/Bolognastatement_final%20LC210205_pdf.pdf

6 Rektorenkonferenz der Schweizer Universitäten (CRUS):

Hochschulmedizin 2008: Konzept zur Reform der medizinischen Lehre und Forschung an den Universitäten der Schweiz, verabschiedet von der CRUS am 16. Januar 2004

<http://www.vsm-aems.ch/downloads/Hochschulmedizin2008.pdf>

7 Hochschulrektorenkonferenz (HRK):

Potenziale und Grenzen des Europäischen Reformprozesses für die Medizin und die Gesundheitswissenschaften in Deutschland

http://www.hrk-bologna.de/bologna/de/home/1945_2140.php

Stellungnahme zu einzelnen Massnahmen

Förderung der Mobilität von Studierenden und Lehrenden

Bei der Diskussion von Massnahmen zur Förderung der Mobilität muss bei den Studierenden zwischen einer temporären Mobilität im Sinne eines oder mehrerer Austauschsemester und einer dauerhaften Mobilität im Sinne eines Studienortwechsels unterschieden werden. Weiterhin ist vorzuschicken, dass hier nur der Austausch von Medizinstudierenden gemeint ist, nicht jedoch der Studienfachwechsel.

Die Förderung der temporären Mobilität für Gaststudierende ist aus der Sicht der GMA sehr zu begrüssen und als Bereicherung des Studiums zu werten. Auslandserfahrungen erhöhen die Sensibilität der Studierenden für die kulturellen Aspekte von Krankheit und Gesundheit und machen sie mit unterschiedlichen Gesundheitssystemen vertraut. Sie erhöhen ausserdem berufliche Flexibilität und die Chancen der Absolventinnen und Absolventen auf dem Arbeitsmarkt.

Die Möglichkeit eines Gastaufenthaltes im Ausland entspricht einem Bedürfnis der Medizinstudierenden. Europäische Austauschprogramme wie z. B. das Sokrates-Erasmus-Programm werden von Medizinstudierenden in beträchtlichem Umfang genutzt.

Eine aktuelle Bedrohung dieser Mobilität stellen die unterschiedlichen curricularen Strategien dar, die derzeit im Rahmen der verschiedenen Studienreformen an den medizinischen Fakultäten eingeführt werden. Trotz einer oftmals vergleichbaren Zielsetzung sind die Wege, die beschritten werden, so unterschiedlich, dass ein Auslandsaufenthalt ohne Verlängerung der Studiendauer nur noch eingeschränkt und mit hohem organisatorischem Aufwand möglich ist.

Die GMA appelliert daher an die Universitäten und an die medizinischen Fakultäten Massnahmen zu ergreifen, um die Mobilität der Studierenden zu erhalten. Unter anderem werden folgende Massnahmen empfohlen:

- Die Förderung der Mobilität sollte in die Liste der institutionellen Ziele (Mission-Statement) aufgenommen werden und es sollte eine professionelle institutionelle Struktur zur Förderung der Mobilität geschaffen werden.
- Bei der Entwicklung der Curricula sollten von solchen Fakultäten, die diesbezüglich eine ähnliche Strategie verfolgen, aktiv Allianzen und Netzwerke gebildet werden, damit die Mobilität zwischen solchen Universitäten gezielt gefördert werden kann.
- Bei der Planung und Dokumentation des Ausbildungscurriculums sollte ein Bezug zu einem länderübergreifenden, europäischen Kerncurriculum erfolgen mit der Angabe, welche Teile dieses Kerncurriculums durch die angebotenen Lehrveranstaltungen abgedeckt werden.
- Die Curricula und Studienordnungen sollten in übersichtlicher Form in deutscher und englischer Sprache im Internet zugänglich gemacht werden, um Studierenden aus anderen deutschen Fakultäten und internationalen Studierenden Informationen zur Klärung der Kompatibilität zu geben.

- Es sollten Massnahmen ergriffen werden, die einerseits die Attraktivität der Universität für Gaststudierende erhöhen, andererseits aber auch die Motivation der eigenen Studierenden zur Mobilität erhöhen und helfen, die dazu nötigen Voraussetzungen (Fremdsprachen) zu erwerben.

- Massnahmen zur Förderung der Mobilität dürfen auch deren soziale Aspekte nicht ausser Acht lassen. Mobilität ist mit einer erheblichen finanziellen Belastung verbunden. Soll die Mobilität zu einem zentralen Element der Ausbildung werden, muss man sich um ein faires System bemühen, das allen Studierenden gleiche Chancen eröffnet. Damit muss erreicht werden, dass nicht nur Studierende aus wohlhabenden sozialen Schichten oder Regionen an der Mobilität teilhaben können, sondern auch diejenigen, die motiviert und geeignet sind, aber die finanziellen Mittel nicht alleine aufbringen können.

- Schliesslich muss in Zukunft auch in stärkerem Masse auf die Förderung der Mobilität von Lehrenden geachtet werden, die bis heute zu Unrecht vernachlässigt wird.

Grenzen der Mobilität ergeben sich aus der begrenzten Zahl der Studienplätze in der Medizin. Wenn die Zahl der Bewerber um einen Gaststudienplatz die Zahl der eigenen Studierenden übersteigt, die einen Gastaufenthalt an anderen Orten anstreben, müssen die Universitäten und medizinischen Fakultäten die Möglichkeiten haben, den Zustrom zu regulieren oder nötigenfalls auf einem reziproken Austausch zu bestehen. Eine Möglichkeit in diesem Zusammenhang wäre, dass die Universitäten eine gewisse Anzahl an Studienplätzen für Gaststudierende ausweisen und deren Vergabe an Leistungskriterien binden.

In noch stärkerem Masse als die temporäre Mobilität beschränkt die begrenzte Anzahl der Studienplätze in Medizin die dauerhafte Mobilität im Sinne eines Studienortswechsels. Es ist anzuerkennen, dass eine Universität bzw. medizinische Fakultät nur die Anzahl von Plätzen für zum Studienortwechsel entschlossene Medizinstudierende zur Verfügung stellen kann, die nicht von ihren eigenen Studierenden belegt sind. Die Qualität der Ausbildung der in einem primären Auswahlverfahren der Universität zugeordneten Studierenden sollte hier eindeutig die Priorität geniessen. Ein Qualitätsverlust, der sich aus einer vermehrten Aufnahme von zum Studienortwechsel entschlossenen Medizinstudierenden ohne eine gleichzeitige Erhöhung der Ausbildungskapazitäten ergeben würde, ist abzulehnen.

Bei der primären Studienplatzvergabe ist hingegen gemäss geltendem EU – Recht eine freie Studienplatzwahl im Hochschulraum der EU ohne Diskriminierung zwischen einheimischen und ausländischen Studienplatzbewerbern sicherzustellen. Insofern ist zu fordern, dass die Aufnahmebedingungen für Bewerber sich an inhaltlichen Leistungskriterien und nicht an nationaler Zugehörigkeit orientieren.

Einführung eines Kreditpunktesystems zur Dokumentation bzw. Akkumulation von Studienleistungen, verbunden mit der Möglichkeit, diese beim Wechsel an eine andere Universität zu transferieren

Aus der Sicht der GMA ist die Einführung eines Kreditpunktesystems zur Akkumulation von Studienleistungen und zum Transfer zu begrüssen. Das ECTS (European Credit Transfer System) ist in diesem Zusammenhang ein geeignetes System zur übersichtlichen und leicht verständlichen Dokumentation von Studienleistungen. Die zentralen Vorgaben des ECTS, dass ein Kreditpunkt einer Menge von 25 - 30 Arbeitsstunden entspricht, dass ein Studienjahr im ganzen sechzig Kreditpunkte und somit 1500 - 1800 Arbeitsstunden umfasst, und dass somit ein sechsjähriges Medizinstudium

9000 - 10.800 Stunden Arbeit umfasst, ist mit den fachlichen Erfordernissen des Medizinstudiums grundsätzlich gut vereinbar. Hier besteht auch kein prinzipieller Widerspruch zur Richtlinie 93/16/EWG, die für die Ausbildung eine Menge von 5500 Unterrichtsstunden fordert, da zu dieser vorgegebenen Menge an Unterrichtsstunden die Zeit der Prüfungsvorbereitungen und die nötige Zeit zur Vor- und Nachbereitung des Unterrichts hinzugefügt werden muss. Unter Berücksichtigung dieser Faktoren ergibt sich, dass eine Unterrichtsstunde im Mittel eine Vor- oder Nachbereitung von ca. einer weiteren Stunde erfordert, was einer halbwegs realistischen Einschätzung entsprechen dürfte. Je nach Unterrichtsform (z. B. POL) kann die zur Vor- und Nachbereitung notwendige Zeit jedoch erheblich länger sein. Zudem darf durchaus kritisch hinterfragt werden, ob eine relativ rigide, auf Zahlen gestützte Vorgabe einer konstanten Stundenzahl oder Arbeitszeit neueren, erwachsenenpädagogischen Ansätzen entspricht.

Eine weitere Grundregel des ECTS-Systems, die besagt, dass Kreditpunkte nur für nachgewiesene Studienleistungen vergeben werden dürfen und nicht für den blossen Nachweis der Anwesenheit, ist ebenfalls zu begrüssen und fügt sich gut in die allgemeinen Studienreformbestrebungen ein. Allerdings sollte der Begriff "Nachweis von Studienleistungen" nicht notwendigerweise in dem engen Sinne interpretiert werden, dass für jede einzelne Veranstaltung, die mit Kreditpunkten bewertet wird, eine formale Prüfung erfolgen muss. Hier sind die Universitäten und medizinischen Fakultäten aufgefordert, auch andere Möglichkeiten zum Nachweis einer Studienleistung, wie z. B. eine dokumentierte Aktivität oder einen Beitrag in einer Gruppenunterrichtssituation zu akzeptieren. Als Beispiel sei die Portfoliotechnik im Rahmen eines im europäischen Hochschulraum einheitlichen Kompetenz-basierten Curriculums genannt.

Neben dem Nachweis von Kreditpunkten zur Quantifizierung der Studienleistungen sieht das ECTS-System auch eine qualitative Bewertung der Studierenden durch ein Bewertungssystem nach Graden (A-E, F, Fx) vor.

Probleme für die medizinischen Fakultäten könnten sich aus der Handhabung des Kreditpunktesystems ergeben. Ein Grundgedanke eines Kreditpunkttransfer- und Kumulationssystems ist, dass der Umfang der Studienleistung nicht mehr durch eine starre Anzahl von Studienjahren, sondern durch die flexibleren Kreditpunkte definiert ist. Als Konsequenz ergibt sich daraus, dass ein Studieren in unterschiedlichen Geschwindigkeiten möglich würde. Studierende hätten theoretisch die Möglichkeit, in einem Jahr mehr oder weniger als 60 Kreditpunkte zu erwerben und somit ihr Studium in mehr oder in weniger als der vorgegebenen Regel- oder auch Mindeststudienzeit zu absolvieren. Die medizinischen Fakultäten, die für die Planung insbesondere ihres Gruppenunterrichts und des Unterrichts mit Patientenkontakt auf halbwegs konstante und berechenbare Zahlen von Studierenden angewiesen sind, könnten durch diese grössere Flexibilität für die Studierenden vor grössere organisatorische Probleme gestellt werden.

Eine weitere Einschränkung der Anwendbarkeit des ECTS-Systems für die Medizin kann sich aus dem Umstand ergeben, dass die alleinige Dokumentation des Studienumfangs durch Kreditpunkte und der relativen Studienleistungen durch Noten (A-F) für die Medizin noch nicht ausreichend ist und zusätzlich dokumentiert werden muss, mit welchen Inhalten sich ein(e) Medizinstudierende(r) auseinandergesetzt hat. Im Vergleich zu anderen akademischen Fächern ist in der Medizin die Bedeutung und der Umfang des Kerncurriculums ungleich viel grösser einzuschätzen, und jedes Dokumentationssystem von Studienleistungen muss in der Lage sein, abzubilden und sicherzustellen, dass ein(e) Studierende(r) alle relevanten Bereiche des Kerncurriculums erfolgreich absolviert hat. Diese Möglichkeit bietet das "Diploma Supplement", das in Kombination mit dem ECTS-System und dem Information Package zur Dokumentation der Studienleistungen verwendet werden kann.

Schaffung eines Systems leicht verständlicher und vergleichbarer Universitätsabschlüsse bzw. Diplome

Aus Sicht der GMA ist die Schaffung leicht verständlicher und vergleichbarer Abschlüsse grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings besteht für die medizinische Ausbildung die Besonderheit, dass zwischen einem universitären Abschluss und der staatlichen Anerkennung der Qualifikation zur Berufsausübung (Approbation) differenziert werden muss. Letztere ist der bis heute von der überwiegenden Mehrheit der Studierenden prioritär angestrebte Studienabschluss. Die Anerkennung dieses Abschlusses innerhalb Europas ist bereits durch die Richtlinie 93/16/EWG der EU vom 5. April 1993 bzw. der diese ersetzenden neuen Richtlinie 2005/36/EG vom 7. 9. 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen zu grossen Teilen verwirklicht. Diese Richtlinie gilt allerdings nur im Bereich 25 Mitgliedsländer der Europäischen Union und somit nicht in allen Ländern, die in den Bologna-Prozess eingebunden sind.

Die GMA sieht keine zwingenden Gründe, die gegen eine Beibehaltung der Trennung zwischen dem universitären Abschluss des Medizinstudiums und der staatlichen Erlaubnis zur Berufsausübung sprechen. Die Universitäten sind dabei in der Gestaltung ihrer Studienmodule und Prüfungen frei und autonom. Bei den für die Approbation verantwortlichen, staatlichen Stellen verbleiben das Recht und die Aufgabe, ein einheitliches Qualifikationsprofil und Lernziele zu definieren. Sie können, wenn nötig, neben dem Abschluss des universitären Studiums der Humanmedizin auch noch die Erfüllung zusätzlicher Bedingungen fordern, wie beispielsweise die Absolvierung eines Staatsexamens oder, wie in der Schweiz, ein zusätzliches praktisches Jahr. Damit wäre für die Absolventen aller Universitäten, die eine Tätigkeit als Ärztin bzw. als Arzt anstreben, trotz unterschiedlicher universitärer Curricula eine gewisse Gleichheit der Studienanforderungen für die gesamteuropäische Anerkennung des Studienabschlusses garantiert. Jedoch wären sie dazu nicht verpflichtet, wenn sie überzeugt sind, dass die inhaltlichen Anforderungen an die Approbation durch die Studien- und Prüfungsordnungen in den Universitäten vollumfänglich erfüllt sind. So könnten bestehende, bewährte Systeme wie beispielsweise in Österreich, wo die Approbation ohne zusätzliche Anforderungen bei Vorliegen des universitären Abschlusses erteilt wird, bestehen bleiben.

Aus Sicht der GMA ermöglicht die Beibehaltung der Trennung zwischen dem universitären Abschluss des Medizinstudiums und der Approbation die Weiterentwicklung der universitären medizinischen Curricula, ohne in Widerspruch zur europäischen Richtlinie 93/16/EWG bzw. der diese ersetzenden neuen Richtlinie 2005/36/EG vom 7.9.2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen zu geraten. Mittelfristig sollte diese Richtlinie aus Sicht der GMA unbedingt weiterentwickelt und auf den Geltungsbereich der EU hinaus erweitert werden. Besser als eine rigide Stundenvorgabe wäre es sicherlich, ein europäisches Kerncurriculum für die ärztliche Ausbildung zu formulieren, das als Orientierung dient. Dies setzt jedoch einen intensiven und wahrscheinlich langwierigen gesamteuropäischen Abstimmungsprozess voraus. Darüber hinaus sollte dieses Kerncurriculum wirklich nur Mindestanforderungen festsetzen und keinesfalls dazu führen, dass sinnvolle nationale und universitäre Besonderheiten nivelliert werden.

Parallel zur Approbation und doch unabhängig von ihr sollten die Studierenden einen oder mehrere gestufte universitäre Abschlüsse (Bachelor / Master / Doktor) erwerben können. In der Definition der Absolventenprofile und Festlegung der daran geknüpften Lernziele hätten die Universitäten und medizinischen Fakultäten eine grössere Freiheit, welche zu einer erwünschten Differenzierung und Vielfalt von Ausbildungsgängen und Studienabschlüssen führen könnte, in der sich individuelle Schwerpunktesetzungen der Universitäten widerspiegeln. Zur Sicherung der Transparenz und zur Verbesserung der Lesbarkeit dieser Diplome sollte das "Diploma-Supplement" aus dem

Instrumentarium der Bologna Reform-Werkzeuge von den Universitäten bzw. Medizinischen Fakultäten rasch und allgemein angewendet werden. Es umfasst eine differenzierte Gesamtdarstellung der zum Abschluss notwendigen Studienleistungen.

Ein weiteres, wertvolles Instrument zur Sicherung der inhaltlichen Vergleichbarkeit medizinischer Universitätsabschlüsse sollte eine engere europäische Zusammenarbeit in Bezug auf die Qualitätssicherung der Ausbildung und die Akkreditierung der medizinischen Studiengänge sein (siehe auch Massnahme 5).

Zweiteilung des Medizinstudiums in einen Bachelor und einen Masterabschnitt

Die Umsetzung dieses Aspekts des Bologna-Modells für die Medizin ist derzeit Gegenstand intensiver Diskussionen, da hier nicht nur der Aufbau des Studiums berührt wird, sondern auch die Frage nach dessen primärem Ausbildungsziel. Im Kern geht es dabei aus Sicht der GMA nicht mehr nur um zwei alternative Wege, die zum selben Ziel führen, sondern um zwei Modelle, die in dieser wesentlichen Frage unterschiedliche Akzente setzen.

Das Modell der Bologna-Deklaration fordert eine Gliederung der medizinischen Ausbildung in zwei Abschnitte, die mit dem Bachelor- bzw. mit dem Master-Diplom abgeschlossen würden. Der Kerngedanke dieser Zweiteilung besteht darin, dass in dem ersten Studienabschnitt, der zu einem Bachelor der Medizin oder dem Bachelor der medizinischen Wissenschaften führen würde, ein erweitertes Grundstudium stattfände, das die Absolventen und Absolventinnen nicht allein auf eine ärztliche, sondern gleichermassen und gleichberechtigt auf verschiedene Tätigkeiten im Gesundheitswesen oder im Bereich der medizinischen und biologischen Wissenschaften vorbereiten würde. Erst nach diesem Grundstudium würden die Absolventen und Absolventinnen sich definitiv entscheiden, ob sie in dem aufbauenden Master-Studiengang den klassischen Karriereweg zum weiterbildungsfähigen Arzt verfolgen möchten, oder ob sie einen alternativen Karriereweg, z. B. im Bereich der biomedizinischen Wissenschaften, einschlagen möchten.

Der Bachelor-Abschluss gäbe den Studierenden aber auch die Möglichkeit, nach einer verkürzten Zeit von nur drei Jahren die Universität nicht als „Studienabbrecher“ sondern mit einem qualifizierten Abschlussdiplom zu verlassen und auf dem Arbeitsmarkt nach einer geeigneten Anstellung zu suchen oder einen anspruchsvollen Ausbildungsberuf zu ergreifen. Ausdrücklich sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass ein Bachelor-Abschluss in Medizin nicht zu einer unmittelbar anschließenden Tätigkeit als Ärztin oder Arzt in Weiterbildung befähigt.

Demgegenüber steht das klassische Modell des Medizinstudiums, dessen primäres Ziel die Ausbildung einer/eines zur Weiterbildung in klinischer Tätigkeit befähigten Ärztin/Arzt ist, und darum so zu gestalten ist, dass die Studierenden dieses primäre Ausbildungsziel auf möglichst direktem Weg erreichen können.

Über das Absolventenprofil einer weiterbildungsfähigen Ärztin/eines weiterbildungsfähigen Arztes besteht im Prinzip ein Konsens. Die Studierenden sollen einerseits zum selbst gesteuerten Wissenserwerb befähigt sein, andererseits aber auch zur verantwortungsvollen und effizienten Arbeit als Assistenzärztinnen/Assistenzärzte. Vor allem zu diesem Zweck soll das Studium den Studierenden die natur- und humanwissenschaftlichen Grundlagen vermitteln, auf denen die ärztliche Tätigkeit beruht und sie mit der Umsetzung dieser Grundlagen in der Praxis des ärztlichen Handelns vertraut machen.

Im Hinblick auf eine moderne, zukunftsorientierte Ausbildung von Medizinerinnen und Medizinern weisen beide Modelle Stärken und Schwächen auf, wobei man für das Bachelor/Master Modell eher von Chancen und Risiken sprechen muss, da mit diesem Modell bislang kaum Erfahrungen vorliegen.

Das Ausbildungsziel „Weiterbildungsfähiger Arzt“ erscheint in einem einstufigen Medizinstudium, das eine praxisnahe Ausbildung und die gewünschte Vermittlung der theoretischen Grundlagen im klinischen Kontext verwirklicht, direkter und damit einfacher erreichbar zu sein, da es eine frühe Integration des für den Arztberuf spezifischen Kontextes in die Ausbildung erleichtert. Es war einer der wesentlichen, im Rahmen der Reformdiskussion der vergangenen zehn Jahre immer wieder gehörter und im Kern sicherlich zutreffender Kritikpunkt am Medizinstudium, dass die praktische Ausbildung der Absolventinnen und Absolventen unzureichend sei und dass die wissenschaftlichen Grundlagen des Medizinstudiums und die Anwendung der Erkenntnisse im klinischen Alltag oft unverbunden nebeneinander stünden. Konsequenterweise ist es ein gemeinsames Leitmotiv der verschiedenen Studienreformansätze gewesen, die starre Trennung zwischen Grundstudium und klinischer Ausbildungsphase zu überwinden und die Medizinstudierenden bereits in einer frühen Phase des Studiums mit klinischen Inhalten vertraut zu machen. Eine Wechselwirkung mit anderen Gesundheitsberufen als Teil des Curriculums findet jedoch nicht statt.

Ein Nachteil des klassischen, einstufigen Systems ist die trotz der in der neuen Approbationsordnung eingeführten "Wahlfächer" nur geringe individuelle Wahlfreiheit von Studienschwerpunkten der Studierenden. Weiterhin ist die Durchlässigkeit des Medizinstudiums gegenüber dem Lehrangebot anderer Fakultäten sehr beschränkt. Nebenfächer oder interfakultäre Lehrveranstaltungen sind spätestens ab dem klinischen Studienabschnitt eine Seltenheit. Interprofessionelle Aspekte kommen nicht zum Tragen. Hinzu kommt ein neues Problem, das sich mit der Implementierung von zum Teil stark divergierenden Curricula im Zuge der Studienreformen ergeben hat: Durch die sehr stark fakultätsspezifische Umsetzung der im Prinzip ähnlichen Reformziele droht die Mobilität der Medizinstudierenden sowohl national wie international eingeschränkt zu werden. Bereits heute ist ein Studienortwechsel im klinischen Studienabschnitt kaum mehr möglich, und auch ein zeitlich befristeter Austauschaufenthalt an einer ausländischen Universität ist inzwischen mit einer Verlängerung der Studiendauer oder zumindest mit einem sehr hohen Planungsaufwand verbunden.

Schliesslich ist das Medizinstudium mit mindestens sechs Jahren ein sehr langes Studium, und Medizinstudierende, die sich während dieser Zeit gegen eine klassische Arztlaufbahn entscheiden, sind gezwungen, trotz ihres vorangehenden hohen persönlichen Einsatzes, die Universität ohne einen akademischen und zu einem Beruf befähigenden Abschluss und mit dem Makel eines "Studienabbruchs" zu verlassen.

Demgegenüber böte eine Zweiteilung des Studiums in einen Bachelor- und einen Master-Abschnitt den Studierenden, die sich erst während des Studiums gegen den Arztberuf entscheiden, die Chance auf einen formalen Abschluss ohne grossen Zeitverlust. Zudem würde ein zweistufiges System den Studierenden eine grössere Freiheit zur individuellen Gestaltung ihres Studiums geben, vorausgesetzt dass damit einhergehend die Rolle optionaler Wahl-Pflicht-Studienmodule gestärkt würde. Umgekehrt würde von den Universitäten eine verstärkte Profilbildung gefordert. Sie könnten zudem Ihre Ressourcen bündeln und bewährte Veranstaltungen für Studierende mehrerer Fakultäten anbieten. Die derzeitig stattfindende Umstrukturierung und Schwerpunktsetzung in Forschung und Krankenversorgung würde sich so auch in der Lehre widerspiegeln.

Schliesslich haben sich das europäische und viele nationale Gesundheitssysteme in den letzten Jahren stark verändert und damit auch das Umfeld für klinisch tätige Ärztinnen und Ärzte. Immer mehr spielen biowissenschaftliche, medizinaltechnische sowie volks- und betriebswirtschaftliche Elemente,

aber auch Dokumentations- und Verwaltungsarbeit in den klinischen Alltag hinein. Interprofessionelle Teamarbeit nimmt einen immer höheren Stellenwert sowohl in der biomedizinischen Forschung als auch im Gesundheitswesen ein und ist inzwischen eine Grundbedingung für die optimale Versorgung von Patienten. Eine breitere Ausbildung von angehenden Ärztinnen und Ärzten, die es ihnen erlaubt, auch in diesen nicht klassischmedizinischen Bereichen, Kenntnisse und Fertigkeiten zu erwerben, würde dem Ausbildungsziel „Weiterbildungsfähige(r) Ärztin / Arzt“ sehr wohl gerecht.

Allerdings zeigt das Konzept eines zweigeteilten Medizinstudiums bislang noch einige Risiken und offene Fragen. Zunächst ist festzustellen, dass für einen Bachelor der Medizin im Moment noch ein schlüssiges und allgemein anerkanntes Absolventenprofil fehlt. Dieses sollte nach der Bologna-Deklaration „berufsvorbereitend“ sein (die in Deutschland verbreitete Sprachregelung „berufsqualifizierend“ ist keine korrekte Übersetzung des englischen Vertragstextes der Bologna-Deklaration). Für was ein „Bachelor der Medizin“ qualifiziert sein soll und in welche Art der Tätigkeit oder weiteren Ausbildung er einmünden soll, ist unklar. Noch weniger ist die Frage der Arbeitsmarktrelevanz eines Bachelors der Medizin bislang erforscht oder schlüssig beantwortet worden.

Bei der Umsetzung des Bachelor- Mastermodells besteht die Gefahr, dass der Bachelorstudiengang als ein auf drei Jahre verlängertes, vorklinisches Grundstudium konzipiert wird und die mühsam erreichte bessere Verzahnung von vorklinischen und klinischen Inhalten wieder zunichte gemacht wird.

Ein anderer bedenkenswerter Aspekt ist, dass der akademische Abschluss des Medizinstudiums in dem neuen, zunächst einmal unvertrauten Titel eines „Master“ (oder „Magister“) der Medizin bestehen würde und nicht mehr wie bisher im gewohnten und immer noch prestigeträchtigen „Dr. med“. Die heute verbreitete Praxis bereits im klinischen Studienabschnitt eine Dissertation zu beginnen und weitgehend abzuschliessen wäre nicht mehr möglich. Die Vorgaben der Bologna-Deklaration sehen an diesem Punkt eindeutig vor, dass ein Doktoratsstudium erst nach Abschluss des Grundstudiums erfolgen darf und den auf eine wissenschaftliche Laufbahn orientierten Studierenden vorbehalten bleiben soll. Eine vertiefte wissenschaftliche Arbeit während des Studiums kann jedoch trotzdem in Form einer Masterthese gefordert werden.

Auch die Möglichkeiten, die vereinheitlichte Studienabschlüssen für die Mobilität der Studierenden versprechen, werden sich für die Medizin nur dann verwirklichen lassen, wenn das Bachelor/Mastersystem von der überwiegenden Mehrheit der europäischen Staaten übernommen wird. Danach sieht es jedoch im Augenblick noch nicht aus.

Schliesslich stellt sich die Frage nach den Schnittstellen am Übergang von der Bachelor- zur Masterstufe und der damit verbundenen Selektion der Studierenden. Wenn Medizinstudierende mit einem Bachelorabschluss die Option erhalten sollen, im Anschluss einen nicht-medizinischen Masterstudiengang zu belegen, müsste man im Gegenzug zumindest darüber nachdenken, wie man auch Bachelor-Absolventen anderer Studiengänge die Möglichkeit zum Einstieg ins Medizinstudium erleichtern kann. Studienplätze im Fach Medizin werden aber auf absehbare Zeit einer Zulassungsbeschränkung unterliegen. Wenn eine allgemeine Wechseloption nach dem Bachelor dazu führen sollte, dass dann sowohl auf der Bachelor als auch auf der Masterebene eine Selektion erfolgte, würde dies den Leistungsdruck für die Medizinstudierenden weiter erhöhen.

Zusammenfassung

Zusammenfassend ist die GMA der Auffassung, dass sich die medizinischen Fakultäten im deutschsprachigen Raum dem Bologna-Prozess keinesfalls grundsätzlich verschliessen sollten. Vielmehr sollten sie aktiv auf eine Umsetzung hinarbeiten, die den besonderen Erfordernissen der ärztlichen Ausbildung und des Medizinstudiums gerecht wird. Viele zentrale Elemente der Bologna-Deklaration (Kreditpunktesystem, Mobilitätsförderung, Qualitätssicherung) können bereits heute sinnvoll in die Struktur des Medizinstudiums integriert werden und haben das Potenzial zu echten Qualitätsverbesserungen.

Allerdings sieht die GMA keine zwingenden Gründe, die gegen eine Beibehaltung der Trennung zwischen dem universitären Abschluss des Medizinstudiums und der staatlichen Erlaubnis zur Berufsausübung sprechen. Umstritten ist auch die Zweigliederung des Medizinstudiums in einen Bachelor- und Masterstudiengang. Diese ist zwar grundsätzlich möglich und hat zweifellos das Potenzial wichtige, zukunftsgerichtete Entwicklungsmöglichkeiten für die medizinische Ausbildung zu eröffnen, aber es bestehen zur Zeit hinsichtlich der Ausgestaltung dieses Modells noch erhebliche Unklarheiten und Risiken. Daher spricht sich die GMA dafür aus, nun vordringlich die für die Entscheidung für oder gegen eine zweistufige Gliederung des Medizinstudiums notwendigen Vorarbeiten zu leisten: Insbesondere muss ein Qualifikationsprofil eines Bachelors der Medizin erarbeitet und die Schnittstelle Bachelor-Master genau definiert werden. Davon ausgehend muss ein schlüssiges Modellcurriculum erarbeitet werden, welches sicherstellt, dass die begrüßenswerte Verbreiterung des Qualifikationsprofils der Absolventen weder zu einem erneuten Graben zwischen vorklinischer und klinischer Ausbildung noch zu einer Verwässerung des Ziels einer adäquaten ärztlichen Ausbildung führt. Drittens ist sowohl im Hinblick auf ein Kerncurriculum, als auch bezüglich der formalen Umsetzung einschliesslich des Zeitplans ein europäisch koordiniertes Vorgehen anzustreben, wenn sich das Versprechen einer erhöhten Mobilität, das der Bologna-Deklaration zugrunde liegt, erfüllen soll. Dies muss in enger Abstimmung mit Europaparlament und -rat erfolgen. Schliesslich müssten die Medizinischen Fakultäten den Aufwand für die Implementierung eines zweistufigen Systems veranschlagen und die Zusicherung einholen, dass die nötigen, zusätzlichen Ressourcen zur Verfügung gestellt werden.