



Reformagenda der Politik: Masterplan Medizinstudium 2020

**Frank Wissing
Medizinischer Fakultätentag**

**Runder Tisch Medizin/Gesundheitswissenschaften 2017
HRK Berlin, 19.6.2017**



Überblick

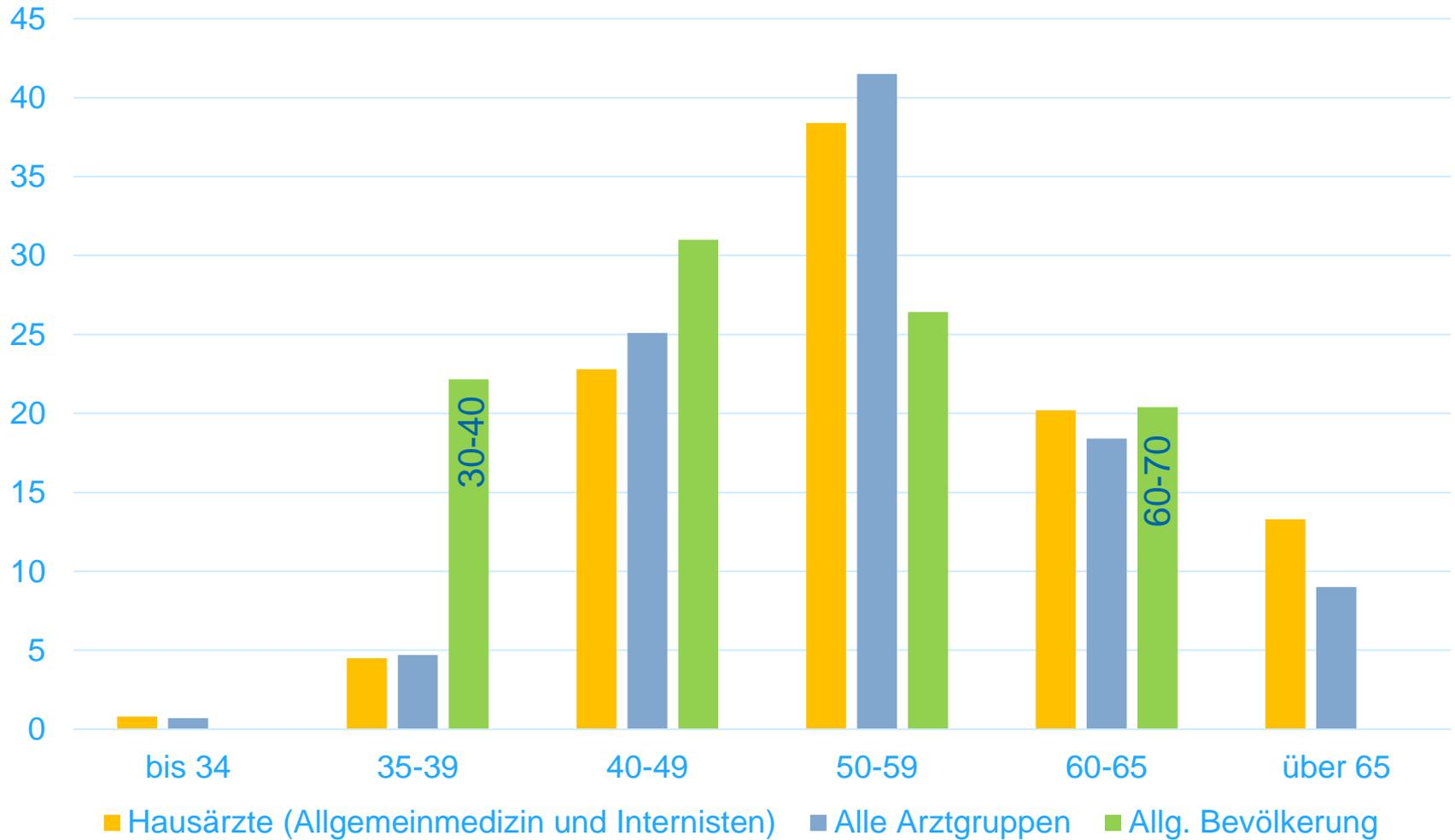
- Ausgangslage
- Die Entwicklung des Masterplans
- Inhalte des Masterplans
- Wie geht es weiter?
- Fazit

ÄApprO 2002

- (1) Ziel der ärztlichen Ausbildung ist der wissenschaftlich und praktisch in der Medizin ausgebildete Arzt, der zur eigenverantwortlichen und selbständigen ärztlichen Berufsausübung, zur Weiterbildung und zu ständiger Fortbildung befähigt ist. Die Ausbildung soll grundlegende Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten in allen Fächern vermitteln, die für eine umfassende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung erforderlich sind. Die Ausbildung zum Arzt wird auf wissenschaftlicher Grundlage und praxis- und patientenbezogen durchgeführt.

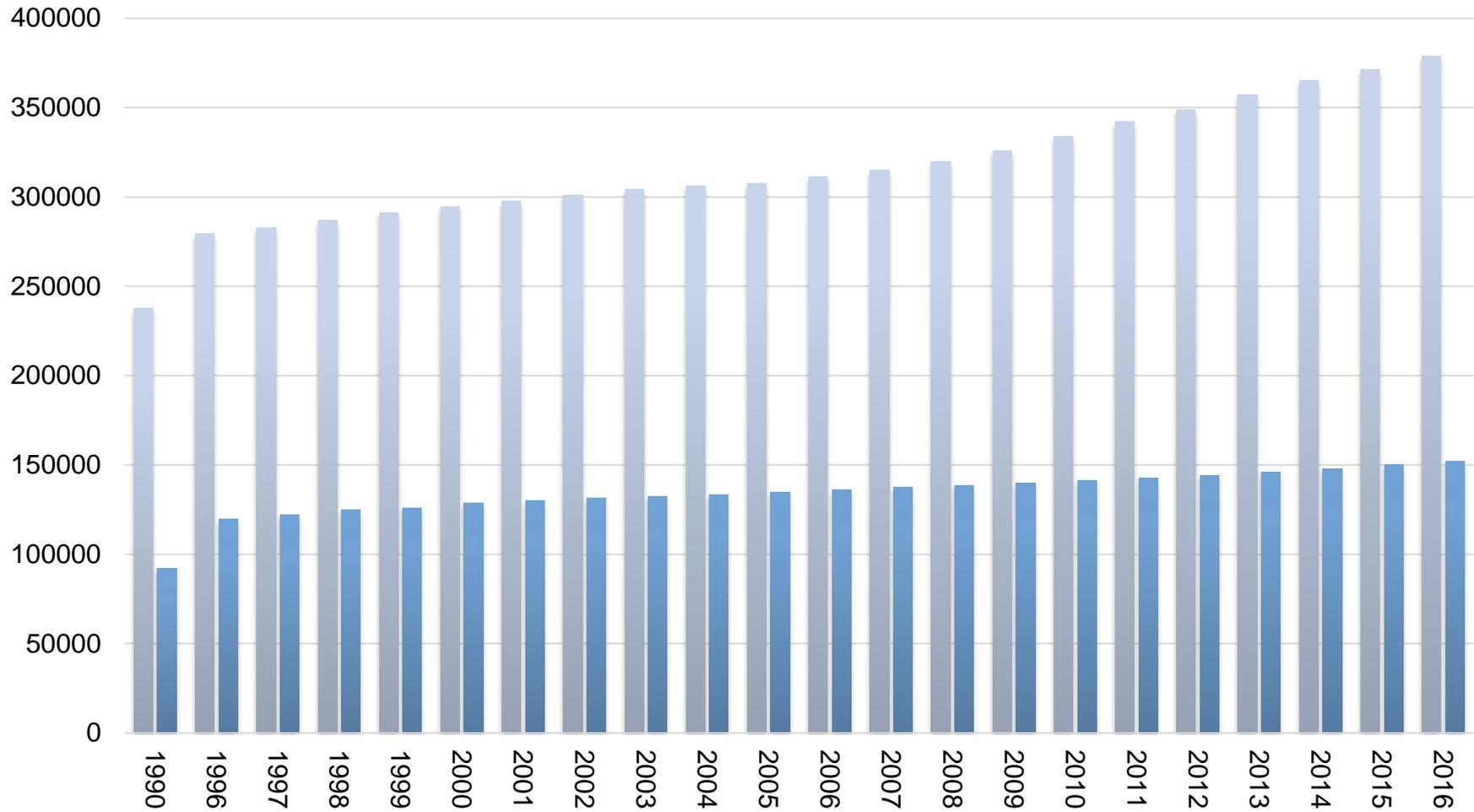
Allgemeinmedizin: u.a. Blockpraktikum, Famulatur, PJ-Möglichkeit (für alle bis 2019)

Altersverteilung vertragsärztliche Ärzte (%)



Quelle: KBV, DeStatis, Eigene Berechnung

Entwicklung der Ärztezahlen in Deutschland

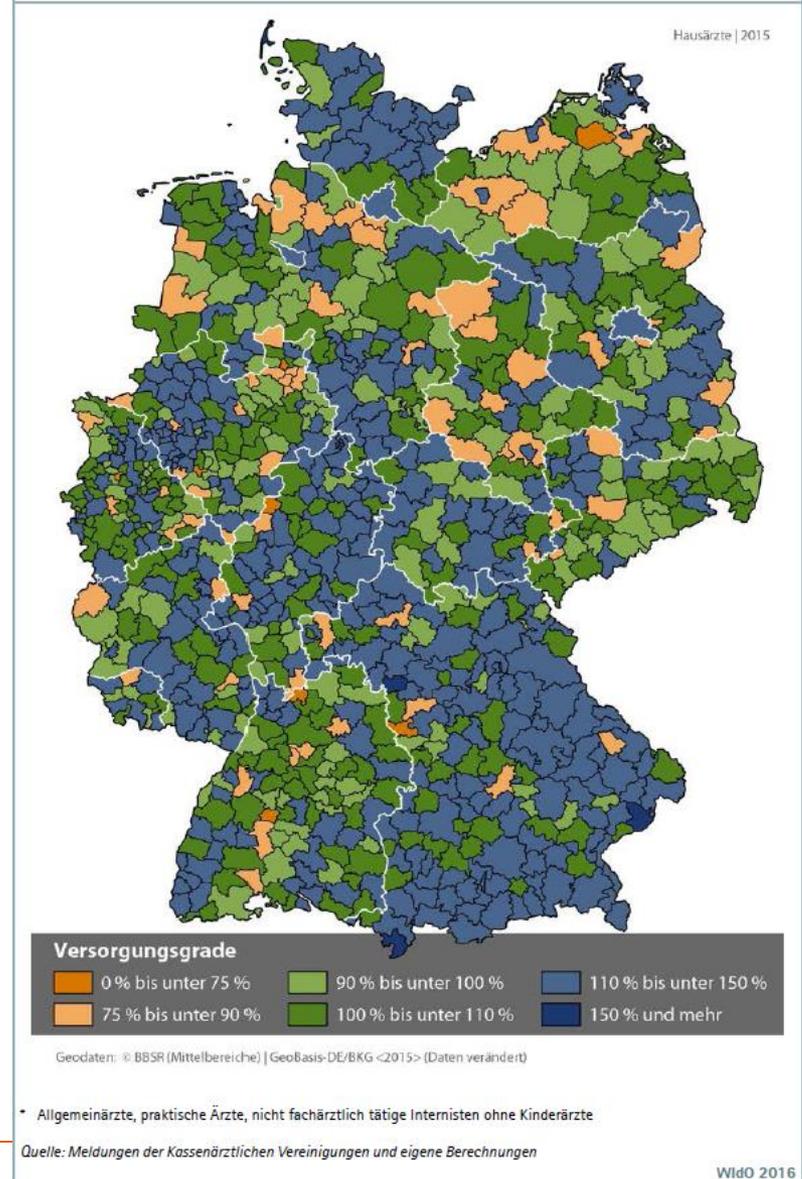


Quelle: BÄK

■ Berufstätige Ärzte ■ davon ambulant

Verteilungsproblem Hausärzte

Abbildung 4: Regionale Verteilung der Hausärzte* (Vertragsärzte) nach Planungsbereichen 2015





Sicht der (Gesundheits-)Politik

- Starke Verengung der Reform auf hausärztliche Unterversorgung auf dem Land und die Allgemeinmedizin
- Falsche Grundannahme Gesundheitspolitik: Landarztmangel ist Teilproblem der Ausbildung und nicht hauptsächlich ein strukturelles Problem
 - Es werden nicht die richtigen Studienbewerber ausgewählt
 - Grund und Regelversorgung wird nicht ausreichend in der Ausbildung abgebildet
 - Die Studierenden erhalten keinen Einblick in die Versorgung vor Ort und lernen nicht die „realen“ Patienten kennen
 - Sobald die Studierenden einen Einblick erhalten, so entscheiden Sie sich eher für eine hausärztliche Tätigkeit
 - Medizinstudium ist ein teures vom Steuerzahler finanziertes Studium und damit der Allgemeinheit verpflichtet
 - Fehleinschätzung der Politik: Die Fakultäten „erziehen“ die Studierenden zu Krankenhausärzten. Fakultäten müssen Beitrag leisten, um das Interesse für die primärärztliche Versorgung zu wecken (Landarzt-Quote, Pflichtquartal Allgemeinmedizin, etc.)

Politischer Beschluss zum Masterplan

Koalitionsvertrag 18. LP:

„Für eine

- zielgerichtetere Auswahl der Studienplatzbewerber,*
- zur Förderung der Praxisnähe und*
- zur Stärkung der Allgemeinmedizin im Studium*

wollen wir in einer Konferenz der Gesundheits- und Wissenschaftsminister von Bund und Ländern einen „Masterplan Medizinstudium 2020“ entwickeln.“

Empfehlungen des WR zu Modellstudiengängen

WR	<small>WISSENSCHAFTSRAT</small>
<small>Drs. 4017-14 Dresden 11.07.2014</small>	
<p>Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Medizinstudiums in Deutschland auf Grundlage einer Bestandsaufnahme der humanmedizinischen Modellstudiengänge</p>	
2014	

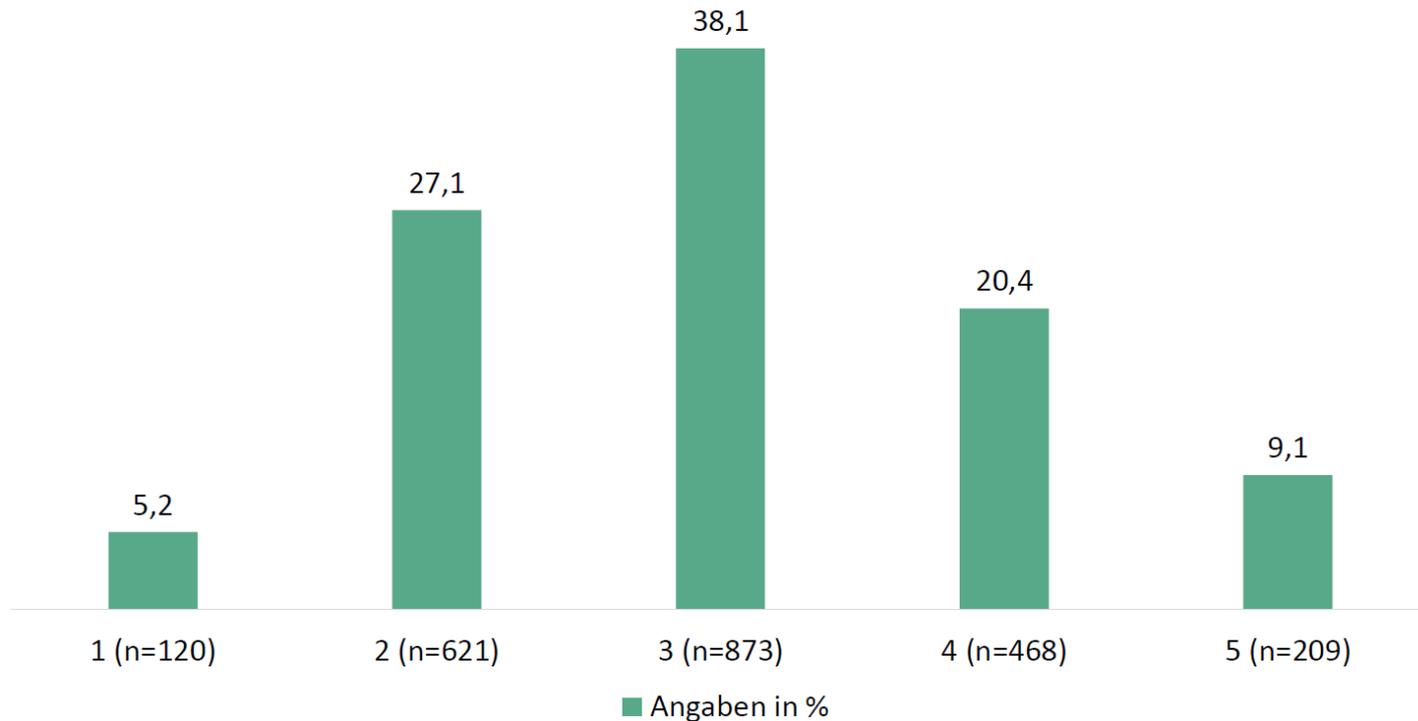
B.I	Übergreifende Bewertung der bestehenden Modellstudiengänge	21
I.1.	Kompetenzorientierung	22
I.2.	Vertikale und horizontale Integration von Lerninhalten	22
I.3.	Einsatz neuer Lehr- und Prüfungsformate	23
I.4.	Frühzeitiger Patientenkontakt	25
I.5.	Stärkung der wissenschaftlichen Kompetenzen	25
I.6.	Möglichkeit zur Bildung von Studienschwerpunkten	26
I.7.	Rolle der Fakultäten	26

C.	Empfehlungen zum Medizinstudium	29
C.I	Grundsätze zur Weiterentwicklung des Medizinstudiums	31
C.II	Empfehlungen für das künftige Medizinstudium	33
II.1.	Struktur des künftigen Medizinstudiums	33
II.2.	Stärkung der wissenschaftlichen Kompetenzen	38
II.3.	Fokussierung der Studieninhalte	41
II.4.	Abstimmung von Lehr- und Prüfungsformaten	44
II.5.	Interprofessionelle Ausbildung	46
II.6.	Künftige Evaluation der Mediziner Ausbildung	47
II.7.	Zulassung und Auswahl der Studierenden	48
II.8.	Notwendige Rahmenbedingungen und Ressourcen	48

Wissenschaft im Studium?



Wie schätzen Sie Ihre Fähigkeit ein, wissenschaftlich zu arbeiten?
(n=2.291; in Noten von 1 (sehr gut) bis 5 (mangelhaft))



Ausarbeitung des Masterplans

- *8. Mai 2015*: Erste Sitzung Bund-Länder-AG
(5x Landesgesundheitsminister; 5x Landeswissenschaftsminister; BMG; BMBF)
- Juli 2017: schriftliche Vorschläge der Verbände
- November 2015: Verbändeanhörung

- März 2017: Veröffentlichung des Masterplans
(ohne Umsetzungs- und Finanzierungskonzept)

Themen im Masterplans (41 Maßnahmen)

- Kompetenzorientierte Ausbildung
- Praxisnahe Ausbildung
- Allgemeinmedizin in der Ausbildung stärken
- Praxisnahe Prüfungen
- Zulassung zum Studium
- Mehr Nachwuchs für eine flächendeckende hausärztliche Versorgung

Kompetenzorientierte Ausbildung

- NKLM weiterentwickeln und verbindlicher Bestandteil der ÄApprO
- Ausrichtung der Curricula an Lernzielen
- Gemeinsame Ausbildung mit Gesundheitsfachberufen
- Eignes Kommunikationscurriculum
- Wissenschaftliche Kompetenzen
- Modellklausel wird überprüft
- Keine Erhöhung der Studienplatzzahlen
- Zentrale Rolle des IMPP

Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog

- NKLM 2015 durch MFT, GMA, AWMF, BÄK, bvmd verabschiedet
- Unterstützendes Instrument für die Curriculumsentwicklung
- Erste Fassung heterogen in Granularität und Kompetenzleveln
- Pflege und Weiterentwicklung durch o.g. Akteure
- Derzeit Überarbeitung der Inhalte und Kompetenzlevel hinsichtlich:
 - a) Kernelemente
 - b) optionale Elemente zur Profilbildung von Standorten und Studierenden
 - c) Inhalte und Kompetenzlevel, die in die Weiterbildung gehören
- Masterplan: Weiterentwicklung mit stärkerer Versorgungsperspektive durch IMPP und verbindlicher Teil der ÄApprO



Wissenschaftlichkeit im Medizinstudium

„<10> Zur strukturierten Vermittlung wissenschaftlicher Kompetenzen wird künftig ein Leistungsnachweis vorgegeben. Grundlage dafür sind die Empfehlungen des Wissenschaftsrates.“

- Empfehlungen des MFT zur Verankerung der Wissenschaftlichkeit im Studium (2017)
 - Explizite Veranstaltungen zu wiss. Methodik, GWP etc.
 - Curricular verankerte Projektarbeit (kann durch Forschungsarbeit zur Promotion ersetzt werden)
- Strukturierte Promotionsprogramme und Sicherung der wissenschaftlichen Qualität der med. Promotion (MFT 2016)



Interprofessionelle Lehre

„<7> Wir erwarten, dass die Hochschulen aufbauend auf den gemachten Erfahrungen gemeinsame Lehrveranstaltungen mit Auszubildenden bzw. Studierenden anderer Gesundheitsfachberufe verstärkt in ihre Curricula aufnehmen.“



Praxisnahe Ausbildung

- Verknüpfung von klinischen und theoretischen Inhalten ab 1. Semester
- Verstärkte Einbeziehung von Lehrpraxen



Verknüpfung von Theorie und Praxis während des gesamten Studium

- Curricula mit einer integrierten Struktur, bei denen bereits früh im Studium klinisches Wissen vermittelt und Patientenkontakt ermöglicht wird, sind zu unterstützen
- Aber: Keine Überfrachtung des vorklinischen Abschnitts und Sicherstellung ausreichend theoretischer Grundlagen
- Viele 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
- Lehrpraxen müssen gesicherte Qualität für die Lehre aufweisen

Stärkung Allgemeinmedizin

- Pflichtprüfung im M3
- Pflichtquartal „ambulanter vertragsärztlicher Bereich“
- Longitudinale allgemeinmed. Lehrveranstaltungen
- Wegfall Famulatur Allgemeinmedizin
- Lehrstühle Allgemeinmedizin an allen Standorten
- Ausbau von Forschungspraxennetzen



Ausbau Lehrstühle Allgemeinmedizin

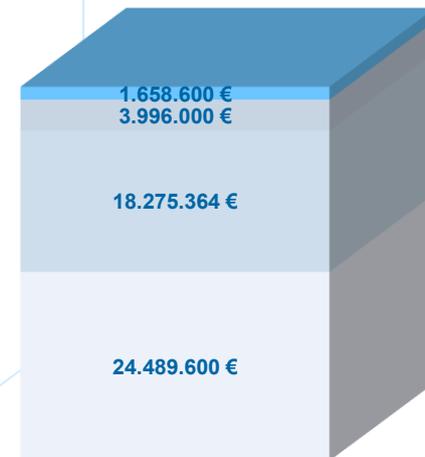
- Wird vom Medizinischen Fakultätentag begrüßt
- Aufbau eines bundesweiten Netzwerkes von "Forschungspraxen,, bietet Chancen für Forschung, Lehre und Krankenversorgung
- Die Einrichtung von Professuren und die (Weiter-)Entwicklung von qualitätsgesicherten Netzwerkpraxen sind mit zusätzlichen Kosten verbunden, die in den Landeszuschüssen für Forschung und Lehre eingeplant werden müssen

PJ im ambulanten vertragsärztlicher Bereich

- Weniger fachliche Vertiefung durch Quartale
- Herausforderungen:
Aquse Lehrpraxen,
Finanzierung Lehrpraxen,
Aufwand Studierende,
Finanzierung Prüfer,
Organisation, etc.
- Besser: Zwei Quartale wahlweise zusammenschließen können

JÄHRLICHER GESAMTAUFWAND

■ Lehrpraxis ■ PJ-Vergütung ■ Organisation/Qualitätssicherung ■ Prüfungen



Praxisnahe Prüfungen I

- „Das Studium umfasst die Ärztliche Prüfung, die in drei Abschnitten abzulegen ist.

<23> Nach dem ersten Studienabschnitt wird eine **einheitliche staatliche Prüfung** vorgegeben. Diese besteht aus einem **schriftlichen (nach vier Semestern)** und einem **mündlich-praktischen Teil (nach sechs Semestern)**. Der mündlich-praktische Teil wird ggfs. als eine strukturierte klinisch-praktische Prüfung im Sinne des Prüfungsformats „Objective Structured Clinical Examination“ (**OSCE**) durchgeführt.

<24.1> Für den zweiten, schriftlichen Abschnitt der Staatsprüfung wird das IMPP entsprechend der Umstrukturierung der Ausbildung den bisher faktenorientierten **Gegenstandskatalog** in Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Fakultätentag **überarbeiten**. Der NKLM bietet dafür in großen Teilen eine geeignete Ausgangsbasis.“

Praxisnahe Prüfungen II

*„<24.2> Mittelfristig soll die Durchführung des schriftlichen Teils des Staatsexamens mit **elektronischer** Unterstützung stattfinden, da dies das Spektrum von kompetenzorientierten schriftlichen Prüfungsformaten deutlich erweitert.*

- Das <25> Die dritte staatliche Prüfung am Ende des Studiums beinhaltet wie bisher die Prüfung am Patientenbett. Dabei werden Anamnese und körperliche Untersuchung nun unter Aufsicht der Prüferinnen und Prüfer erfolgen und mittels **standardisierter Checklisten** bewertet. Der bisherige zweite Prüfungstag in der abschließenden staatlichen Prüfung wird zu einem **OSCE** umgestaltet. Die Fragestellungen erstrecken sich ausschließlich auf die Innere Medizin, die Chirurgie, die **Allgemeinmedizin** und das Wahlfach.“*

Praxisnahe Prüfungen III

- „<26> Zusätzlich wird zwischen dem mündlichen Teil des ersten und dem zweiten Abschnitt der ärztlichen Prüfung ein **universitärer Leistungsnachweis** in Form einer „Objective Structured Clinical Examination“ (**OSCE**) zum Beleg der klinisch-praktischen Fähigkeiten eingeführt.
- <27> Das **IMPP** entwickelt für die Ein- und Durchführung der OSCE-Prüfungen in der Ärztlichen Prüfung **verbindlichen Vorgaben**; dies beinhaltet auch die Standardisierung der mündlich-praktischen Prüfung am Patientenbett und Vorgaben zur **Prüferqualifizierung**.
- <28> Wir erwarten, dass die **Universitäten diese Vorgaben** in der Qualifizierung und Fortbildung der Lehrenden sowie der Prüferinnen und Prüfer **nachvollziehen**.
- <29> Ergänzend sind die Hochschulen aufgefordert, neue **kompetenzorientierte Lehr- und Prüfungsformate zu erproben und weiterzuentwickeln.**“

Fazit Praxisnahe Prüfungen

- Anpassung an Kompetenzorientierung und Entwicklung neuer Prüfformate sinnvoll und erfolgt bereits
- Zu detaillierte zentralistische Vorgabe hinsichtlich Prüfformate, Inhalte, Prüferqualifikation
- Herausforderung: Rechtsicherheit, Umsetzung, Ressourcen
- Abzulehnen: dirigistische Steuerung durch das IMPP

Zulassungsverfahren

- „<30> Das Hochschulzulassungsrecht wird dahingehend verändert, dass die Hochschulen in ihren Auswahlverfahren **neben der Abiturnote mindestens zwei weitere Auswahlkriterien** anwenden. Diese sollen insbesondere die **sozialen und kommunikativen Fähigkeiten** sowie die **Leistungsbereitschaft** der Studienbewerberinnen und –bewerber einbeziehen. Weiterhin soll eine **Ausbildung oder Tätigkeit in medizinischen Berufen stärker gewichtet** werden. Auch andere Erfahrungen im Rahmen von Studien-, Ausbildungs- oder Praxiszeiten im Gesundheits- und/oder Pflegebereich bzw. durch ehrenamtliches Engagement in einem medizinnahen Bereich sollen als Nachweis einer besonderen Motivation für den Arztberuf berücksichtigt werden. Zur Einschätzung arztrelevanter Kompetenzen empfiehlt sich der Einsatz von Studierfähigkeitstests und Auswahlgesprächen. Die Hochschulen sollen ihre Auswahlkriterien entsprechend ihrem **Profil in Forschung und Lehre** aus der gesamten Bandbreite der möglichen Kriterien wählen. „

Vorschlag zur Studierendenauswahl (MFT/bvmd)

- Vorabquote bleibt
- Drei Auswahlquoten (20% NC, 20% Wartezeit, 60% AdH) zusammenlegen
- Zusammengesetztes Punktesystem
 - 40 Punkte Abiturnote
 - 40 Punkte Studierfähigkeitstest
 - 10 Punkte Situational Judgement Test (SJT)
 - 10 Punkte Berufspraktische Erfahrung (max. 12 Monate)
- Daraus ein Ranking
 - 50% der Plätze gemäß Ortspräferenz direkt vergeben
 - 50% über AdH (sofern von Fakultät gewünscht)

Landarztquote

- Freiwillig in den Bundesländer
- Bayern prüft die Umsetzung (5%)
- NRW hat gerade 10% im Koalitionsvertrag beschlossen
- Rechtsichere Umsetzung und kapazitäre Auswirkungen sehr unklar
- Wenig Evidenz für spätere Effekte



Zahl der Studienplätze

Zunächst keine Erhöhung der Studienplatzkapazität geplant, soll weiter beobachtet werden

„...muss die Frage gestellt werden, ob die künftige medizinische Versorgung überhaupt mit der Ärztegeneration sichergestellt werden kann, wie sie heute an unseren staatlichen Hochschulen ausgebildet wird.“ Bätzing-Lichtenthäler, Gesundheitsministerin RLP, 2017

- Die Erhöhung der Zahl der Studienplätze im Rahmen der versorgungspolitischen Debatte ist bei nicht ausreichender Finanzierung abzulehnen
- Verschlechterung des Betreuungsverhältnisses ist unvereinbar mit den Anforderungen der Ausbildung

Wie geht es weiter?

- Verabschiedung ohne Umsetzungs- und Finanzierungskonzept
- Mehrere AGs und Arbeitsgruppen:
 - Expertenkommission („Harms-Kommission“) hat ein Jahr Zeit
 - GK und NKLM-Kommission (beim IMPP?)
 - Bisherige Bund-Länder-AG Masterplan 2020 tagt weiter
 - AG Studienplatzkapazität/Allgemeinmedizin (GMK/KMK)
 - Weitere AGs/Kommissionen...?

Fazit

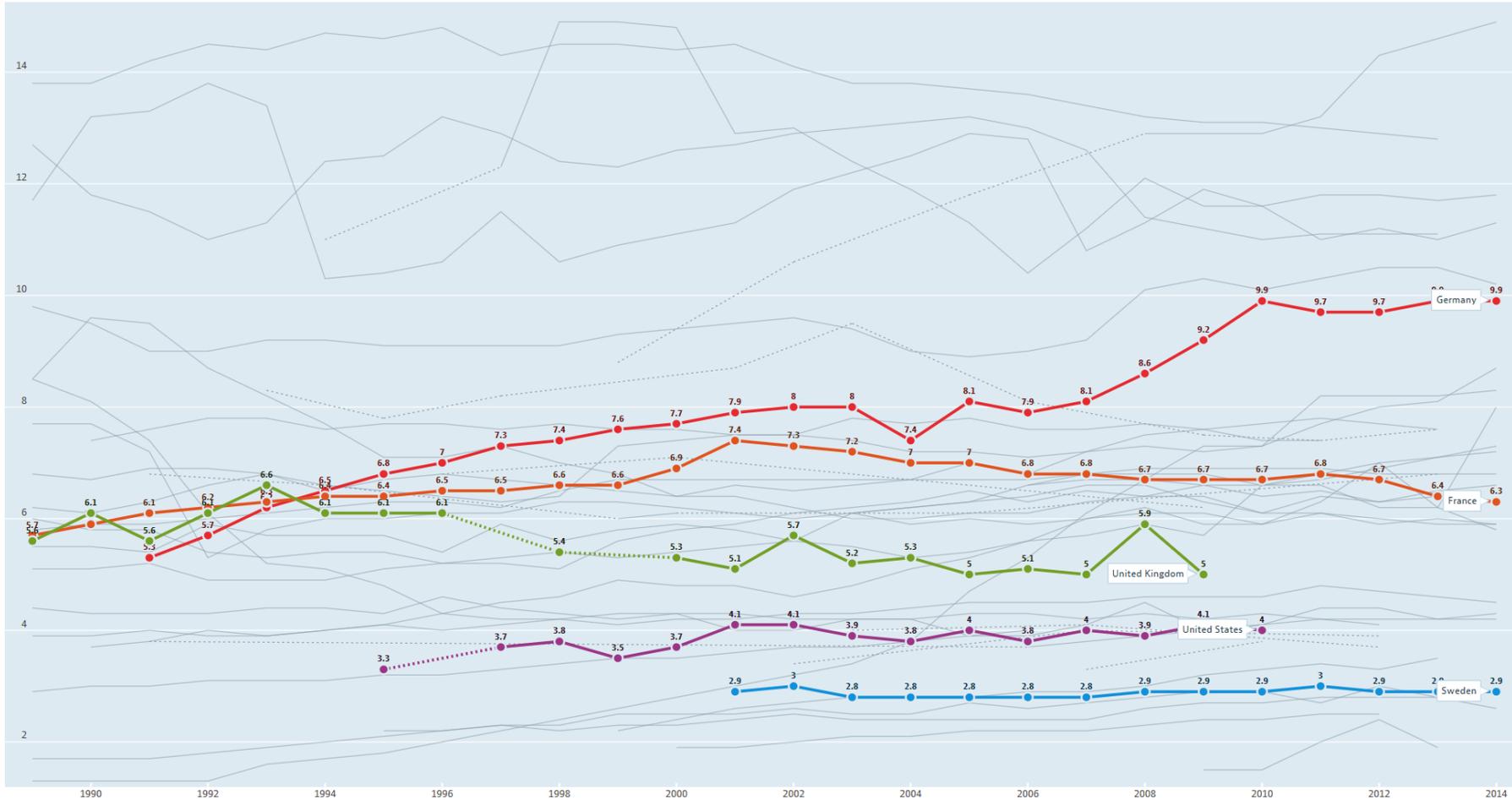
- Viele Ziele und Ansätze der Weiterentwicklung des Medizinstudiums werden von den Fakultäten geteilt und sind vielfach in der Umsetzung
- Diskussion ist zu stark von der Bedarfssteuerung durch die Gesundheitsministerien übersteuert
- Medizin ist nicht nur Ausbildung, auch akademisches Studium
- Erhebliche Ausweitung der Zuständigkeiten des IMPP jenseits seiner Kompetenzen
- Starker Dissens zwischen GWK und KMK
- Weitere Umsetzung und Finanzierung offen
- MFT wird sich in den Themen weiter engagieren und mit eigenen Ideen vorantreiben,
- Aber: Freiheit der akademischen Lehre muss gewährleistet bleiben!



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Konsultationen (D: 10 pro Kopf)

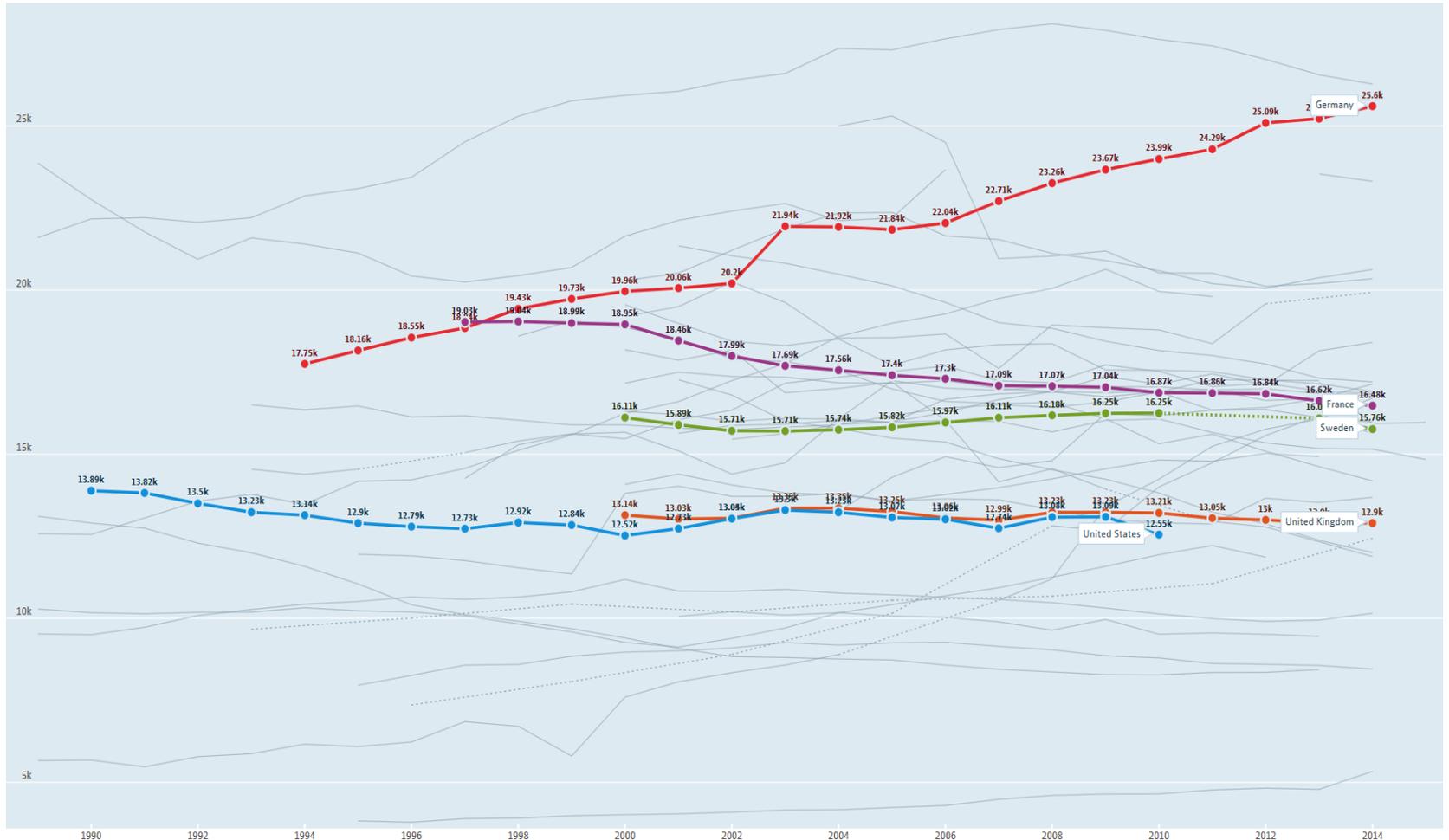
Doctors' consultations Total, Per capita, 1989 - 2014



Quelle: OECD

Fälle (D: 25.600 / 100.000 Einwohner)

Hospital discharge rates Total, Per 100 000 inhabitants, 1989 – 2015



Quelle: OECD