

## **„Potenziale und Grenzen des Europäischen Reformprozesses für die Medizin und die Gesundheitswissenschaften in Deutschland“ am 14. und 15.10.2005 im Wissenschaftszentrum Bonn**

### **Bericht**

#### **Zielsetzung**

Das Ziel der Tagung war es, die Möglichkeiten aber auch die Grenzen des europäischen Reform-Prozesses für die Medizin und die Gesundheitswissenschaften in der Bundesrepublik zu diskutieren. Die Tagung wurde gemeinsam mit dem Medizinischen Fakultätentag (MFT), dem Kooperationsverbund Hochschulen für Gesundheit e.V. und dem Department for International Medical Education and Development (MED-ID) der Universität Bonn durchgeführt.

#### **Ablauf**

Der erste Themenblock „A view to Europe“ ging es vor allem um den Blick nach Europa und auf die internationale Diskussion. Dabei wurde durch die European Medical Association (EMA) ein Überblick über Veränderungsprozesse in anderen Ländern dargestellt und verdeutlicht, dass sich die Trends in den europäischen Ländern derzeit stark divergierend entwickeln.

Aus studentischer Sicht wurden die positiven Potenziale des Bologna-Prozesses auch für die Medizin hervorgehoben und eindringlich davor gewarnt, mit einer möglichen Einführung des gestuften Systems zu einer strikten Trennung von klinischen und vorklinischen Inhalten zurück zu kehren.

In einem Beitrag der World Federation for Medical Education (WFME) schließlich wurde die Notwendigkeit der Entwicklung globaler Qualitätsstandards für die Medizin betont, die als Referenzrahmen für die Qualitätssicherung dienen könnten.

In der anschließenden Diskussion bildeten sich folgende Punkte als Konsens heraus:

1. ein integriertes Studium (Integration vorklinischer und klinischer Inhalte) soll erhalten bleiben, unabhängig von der Frage der Struktur des Studiums.
2. Qualitätssicherung und –entwicklung müssen zentrale Elemente aller Veränderungsprozesse sein.
3. Die Reformen die derzeit im Rahmen des Bologna-Prozesses angestoßen werden, sind zwar nicht grundlegend für die derzeitigen Herausforderungen in der Medizin in den deutschen Hochschulen, sie widersprechen den laufenden Reformbestrebungen allerdings auch nicht.

Im zweiten Themenblock „Examples of changes in educational structures in the area of medicine and health sciences in other countries“ wurden anhand von drei Länderbeispielen aktuelle Entwicklungen in der Ausbildung in der Medizin und den Gesundheitsberufen dargestellt. Diese Entwicklungen gehen zum Teil auf Impulse des Bologna-Prozesses zurück, teils sind sie davon unabhängig, widersprechen allerdings den zentralen Aktionslinien nicht grundlegend. Es wurde deutlich, dass anders als in Deutschland, andere Elemente des Bologna- Prozesses in den nationalen Diskussionen für die Medizin eine Rolle spielen. So wird in allen drei Ländern (Vereinigtes Königreich, Schweden, Schweiz) der Prozess als Prozess der Qualitätssicherung und –verbesserung begriffen. In Schweden spielen zudem Überlegungen zur Anerkennung und Internationalisierung eine große Rolle, im Vereinigten Königreich und Schweden wird eine

intensive Diskussion um die Definition von learning outcomes und Kompetenzen geführt. Die Zweistufigkeit steht nicht notwendigerweise im Vordergrund.

In der Schweiz ist die Entwicklung maßgeblich vom Bologna-Prozess beeinflusst. Es wird ein gestuftes System eingeführt werden, in dem es verschiedene „study paths“ gibt, von denen einer zum Arztberuf führt. Der Bachelor wird vor allem als Schnittstelle gesehen, eine Berufsbefähigung ist (derzeit) nicht gegeben. Ausgangspunkt war jedoch eine generelle Defizitanalyse der medizinischen Ausbildung mit Blick auf:

- die Aufteilung der Verantwortlichkeiten zwischen Universitäten und Staat in der Aus- und Weiterbildung
- die Bedeutung der Forschung in der Medizin
- die Vielfalt und Veränderungen der beruflichen Anforderungen auch jenseits des Arztberufes

Im Vereinigten Königreich wird (unabhängig vom Europäischen Prozess) ein Schwerpunkt auf die Qualitätsverbesserung in der Postgraduiertenphase an der Klinik gesetzt. Zentral ist dabei die Formulierung von Kompetenzen und „outcomes“, die für den Arztberuf als wichtig angesehen werden, und die in der zweijährigen klinischen Praxis systematisch vermittelt und abgeprüft werden sollen. Die möglichen Konsequenzen für die grundständige Ausbildung sind zunächst kein Thema. Es sei darauf verwiesen, dass die zentralen Reformanliegen und Entwicklungen im Vereinigten Königreich zwar in der Diskussion weitgehend ohne Bezugspunkt zum Bologna-Prozess ablaufen, allerdings in weiten Teilen mit den Zielen von Bologna kompatibel sind.

In Schweden wird der Bologna-Prozess breit umgesetzt. Dabei steht die Qualitätsentwicklung und –sicherung sowie die Verbesserung der internationalen Anerkennung und Kompatibilität (ECTS, Kompetenzen, Diploma Supplement) im Vordergrund. Die Zweistufigkeit wird für viele Gesundheitsberufe als Chance begriffen (public health, nursing, ergotherapy, midwifery), vor allem durch die Möglichkeiten der Schaffung eines Masters und einer Promotion, in einigen Kernbereichen (Medizin, Zahnmedizin, Logopädie, Chirotherapie) bleiben die langen Abschlüsse zunächst bestehen. Allerdings werden die anderen Reformelemente (ECTS, DS, Kompetenzorientierung) auch hier umgesetzt.

Als Ergebnis der anschließenden Diskussion kann festgehalten werden, dass bezüglich des Bologna-Prozesses auch die Implikationen jenseits der Stufung diskutiert werden sollten. Die Debatte wird in Deutschland im Gegensatz zu anderen Ländern und zum Nachteil ihres Verlaufes sehr stark auf die Stufung fokussiert. Die Frage des Mehrwertes der Stufung und der Berufsbefähigung des Bachelor sind zudem weitgehend ungelöste Fragen, die einer weiteren Erörterung bedürfen.

Im dritten Themenblock „Europäische Impulse für die Reformbestrebungen in Deutschland“ stellten zentrale Akteure in Deutschland ihre Position dar.

Die Bundesärztekammer betonte die Notwendigkeit der Reform der Mediziner Ausbildung und sieht in der neuen Approbationsordnung einen guten Ansatz. Bezüglich des Berufsfeldes wird eine klare Definition und Abgrenzung des Verantwortungsbereiches verschiedener Gesundheitsberufe angemahnt. Für einen Bachelor sei kein Berufsfeld vorhanden, ebenso für einen Master. Vielmehr könnten mit einer Stufung die Vorzüge der neuen Approbationsordnung konterkariert werden. Der Bologna-Prozess wird grundsätzlich positiv bewertet, allerdings eine breite Diskussion eingefordert. Eine gestufte Struktur wird für die Medizin abgelehnt, da es kein Berufsfeld für Bachelor-Absolventen gebe und zudem das EU-recht die Anerkennung hinreichend regule.

Vielmehr wird befürchtet, dass mit der Stufung ein „Billigarzt“ für die Primärversorgung geschaffen werden könne.

Der Medizinische Fakultätentag sieht die zentrale Aufgabe derzeit in der Umsetzung der neuen Approbationsordnung. Diese Arbeit sei schwierig und nehme viel Zeit in Anspruch. Allerdings müssten die anderen Elemente des Bologna-Prozesses zur Erhöhung der Transparenz (ECTS, DS, Kompetenzen) Vorrang haben vor der Diskussion um die Zweistufigkeit. Die Kapazitätsverordnungen und Probleme bei der Praxis der Hochschulzulassung stellten die Fakultäten darüber hinaus vor große Herausforderungen. Die Ausbildung für die ärztliche Tätigkeit müsse mit Blick auf den zu erwartenden Ärztemangel Kernaufgabe der Fakultäten bleiben. Derzeit sei daher ein Bachelor kontraproduktiv, zudem wird vor den möglichen Konsequenzen für die nicht akademischen Heilberufe gewarnt. Die Berufsbefähigung wird als ungelöstes Problem betrachtet. Ein integrativer Master sei derzeit ebenfalls schwer vorstellbar.

Die Gesellschaft für medizinische Ausbildung hob die Tatsache hervor, dass ein hoher Anteil der Absolventen der medizinischen Fakultäten keine Ärzte würde. Eine Diskussion über die gewählten Berufsfelder sei wichtig und könne sich auch auf Struktur und Inhalte der Ausbildung auswirken. EU Richtlinien und der Bologna Prozess sollten in der Debatte deutlicher getrennt werden. Als mögliche Vorteile des gestuften Systems werden gesehen, dass es die Medizin in der Universität verzahnen und Interdisziplinarität befördern könne. Zudem sei nach 3 bis 4 Jahren für die Studierenden die Möglichkeit eines Wechsels gegeben, der mit dem Bachelor besser vollziehbar sei. Allerdings seien die Nachteile auch deutlich, wie bereits von den Vorrednern dargelegt. Zudem seien die Kosten einer Umstellung hoch und es gebe wenig Erfahrung mit dem Modell in der Praxis.

Der Kooperationsverband Hochschulen für Gesundheit hob die Notwendigkeit der Verzahnung der Mediziner Ausbildung mit den anderen Gesundheitsberufen und das Potenzial der Akademisierung der Gesundheitsberufe hervor. So gebe es in der jüngeren Vergangenheit eine Vielzahl an Studiengängen, die neue Fachdisziplinen (public health) oder auch eine Verzahnung mit der beruflichen Ausbildung darstellten. Diese Entwicklungen, die auch in Europa zu beobachten seien (Lissabon-Prozess und Brügge/Kopenhagen-Prozess, Bologna-Prozess), stellten die deutsche Medizin und die Gesundheitsberufe vor Herausforderungen, die derzeit in der Medizin nur unzureichend wahrgenommen würden. Zudem wurde ein Austausch zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen angeregt und der Kooperationsverbund vorgestellt.

Die Bundesvereinigung der Medizinstudierenden in Deutschland (BVMD) betonte die Potenziale des Bologna-Prozesses und die Notwendigkeit die Reformelemente, die auch ohne Stufung möglich sind (ECTS, DS, Anerkennung, Kompetenzorientierung und Kerncurriculum, Qualitätssicherung), umzusetzen. Bezogen auf die Stufung wurde die Position vertreten, dass eine Berufsbefähigung des Bachelor (zumindest bzw. vor allem für ärztliche Tätigkeiten) aus Sicht der Studierenden nicht gegeben sei. Der Bachelor wird eher als „Opt out“ Option betrachtet. Zudem sei für das Berufsfeld eine stärkere Integration der ärztlichen Tätigkeiten und der anderen Gesundheitsberufe bei aller Spezialisierung wünschenswert, da in der praktischen Arbeit die Kooperation zwischen verschiedenen Gesundheitsberufen immer wichtiger werde.

In der anschließenden Diskussion wurde erneut die Frage der Stufung kontrovers diskutiert. Dabei wurden von einigen Teilnehmern mögliche Berufsfelder für Bachelorabsolventen (pharmazeutische Industrie, kaufmännische Leitung von Krankenhäusern, Pflegedienstleitung, Versicherungswesen etc.) skizziert. Allerdings blieb die Frage, ob eine Stufung des Medizinstudiums sinnvoll sei umstritten. Es gab durchaus Konsens, dass andere Reformelemente (DS, ECTS, Modularisierung, Qualitätssicherung) umsetzbar und z.T. auch notwendig seien, allerdings machten es die großen

Kraftanstrengungen der Fakultäten in der Umsetzung der neuen ÄAppO schwierig, die Fakultäten für weitere Reformen zu motivieren. Auf der anderen Seite wurde mit Verweis auf die lange Dauer der Reformdebatten in der Medizin hinsichtlich der neuen ÄAppO darauf verwiesen, dass man die europäischen Entwicklungen für die Zukunft im Auge behalten müsse und sich nicht davon entkoppeln dürfe. Eine Partizipation der Medizin am Europäischen Hochschulraum müsse auch aufgrund der sich ergebenden Vorteile Ziel sein und bleiben.

In dem abschließendem Podium wurden die Ergebnisse der drei parallelen Arbeitsgruppen kurz vorgestellt.

Die Arbeitsgruppe „Integration von Aus-, Fort- und Weiterbildung in den Gesundheitswissenschaften und entsprechenden Berufsfeldern sowie Differenzierungen im medizinnahen Bereich“ stellte fest, dass es in den letzten 10 -15 Jahren eine rasante Entwicklung der Gesundheitsberufe gegeben habe. Es gibt derzeit über 100 Gesundheitsfachberufe, sowie 660 Studiengänge, von denen 165 in der Bachelor/Master Struktur angeboten werden. Generell läuft in diesen Bereichen die Umsetzung des Bologna-Prozesses einfacher, da die Disziplinen jung sind. Folgende Chancen werden gesehen:

- die Stufung führt zu einer höheren Qualifikation und wissenschaftlichen Eigenständigkeit der Gesundheitswissenschaften (v.a. Master und Promotion)
- eine verstärkte Berufsorientierung wird zum Thema in der Lehrplanung gemacht
- die Strukturen ermöglichen die Verschränkung von beruflicher Bildung und Hochschulstudium wodurch die Ausbildungszeiten bei einer gleichzeitigen Höherqualifizierung verkürzt werden können
- die Orientierung an Kompetenzen und Learning Outcomes wird generell positiv bewertet
- das ECTS System vereinfacht Transfer und Akkumulation von Studienleistungen sowie die Kompatibilität mit anderen Ländern Europas
- die Akkreditierung hat in vielen Fällen zu einer Qualitätsverbesserung und einem Entwicklungsprozess in den Disziplinen geführt.

Die Frage der Beziehung zur Medizin und des Angebots gemeinsamer Module für Mediziner und andere Gesundheitsberufe erscheint ungelöst.

Die Arbeitsgruppe „Multiprofessional Education in the Health Sector“ befasste sich zunächst mit der Begriffsdefinition und verschob den Fokus von multiprofessionell (d.h. parallele Ausbildung in verschiedenen Berufen) hin zur Begrifflichkeit der Interprofessionalität. Interprofessional Education wurde definiert als Studiensystem, in dem Studierende von zwei oder mehr unterschiedlichen Berufen/Studiengängen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich in gemeinsamen Veranstaltungen voneinander und übereinander lernen. Dieses Leitbild wurde im Workshop als Ziel für die Medizin und die Gesundheitswissenschaften betrachtet. Durch die Verkopplung in der Ausbildung würde die erforderliche Kooperation in der praktischen Berufsausübung verbessert. Auch für den Bereich des lebenslangen Lernens eröffne dieser Ansatz ungeahnte Potenziale. In der Praxis herrsche (wenn überhaupt) der Ansatz der multiprofessionellen Ausbildung vor, Interprofessionalität wird selten erreicht. Eine bessere und intensivere Verzahnung müsse daher dringend diskutiert werden. Die Idee der Interprofessionalität passt gut zur Bologna-Agenda, da interprofessionelles Lernen qua definitionem „work based“ und kompetenzorientiert ist werden reale Arbeitssituationen erprobt und daraus praktisch sowie reflexiv Lernergebnisse erzeugt.

Die Arbeitsgruppe „Ansätze zur Reform des Medizinstudiums und Fortbildung in Deutschland“ stellte fest, dass es im Zuge der Einführung der neuen ÄAppO an allen Fakultäten Reformansätze gebe. Zudem zeigen die Modellstudiengänge Medizin die Bewegung in der medizinischen Ausbildung, auch wenn diese zunächst mobilitätshemmend, da nicht kompatibel mit dem

Regelstudiengang sind. Durch die starke Fokussierung in den Fakultäten auf die Umsetzung der ÄAppO und die Verkürzung der Diskussion des Bologna-Prozesses auf die Frage der Einführung von Bachelor und Master, werden die europäischen Reformimpulse auf der lokalen Ebene wenig diskutiert. Vielerorts werden Ansätze ähnlich wie die Modularisierung, eine Reform der Hochschuldidaktik, sowie Studierendenzentrierung in der Lehre umgesetzt, allerdings sind diese in der Eigenwahrnehmung noch nicht europafähig.

Ziel sollte es sein, ein deutsches Kerncurriculum zu definieren und darüber hinaus den Fakultäten Raum für die Profilbildung zu geben. Die Frage der Qualitätssicherung wird als prioritär erachtet, allerdings reichen die Ressourcen an vielen Orten nicht aus, um derzeit ein vollständiges Konzept umzusetzen. Große Probleme gibt es auch bei der Einführung von ECTS. Zudem erscheint es wichtig, Anreize für gute Lehre zu setzen um die Lehre in der Trias zwischen Krankenversorgung und Forschung aufzuwerten.

In der abschließenden Diskussion wurde nochmals die Bedeutung des Bologna-Prozesses für die Medizin betont. Jenseits der Frage der Stufung sollten wichtige Elemente in der Zukunft umgesetzt werden, wenn die Reorganisation der Ausbildung gemäß der ÄAppO angelaufen ist.

### **Ergebnisse/weitere Arbeit**

Die Konferenz wurde generell begrüßt, ebenso wie die Initiative der HRK sich der Medizin und Ihren spezifischen Fragestellungen und Problemen zu widmen. Es bestand Einigkeit, dass ein Fortführung des begonnenen Dialogs sinnvoll sei. Der Reformprozess müsse ausgehend von den Inhalten und Zielsetzungen der Ausbildung in Medizin und Gesundheitsberufen her definiert werden und daraus spezifische Umsetzungsschritte erarbeitet werden. Dies müsse in einem engen Dialog mit der Berufspraxis geschehen.

Herausforderungen seien zum Beispiel die Entwicklung eines Kerncurriculums, die Entwicklung von Modellen der Qualitätssicherung und –entwicklung, die Entwicklung von Anreizmechanismen in der Lehre, die Modularisierung, sowie die Funktion und der Zuschnitt eines möglichen Bachelor-Abschlusses. Darüber hinaus sei die Frage der medizinischen Promotion und Forschung in der Zukunft zunehmend zu beachten.

Als weitere konkrete Schritte wurde angekündigt, dass zunächst die Beiträge der Tagung im Internet publiziert werden. Zudem wurde auf die Tagung des DAAD zur Umsetzung von ECTS in der Medizin am 22. und 23. Februar 2006 hingewiesen. Zudem wird die HRK im Sommer 2006 mit den Fakultäten/Fachbereichen eine weitere Tagung zu Praxismodellen zu bestimmten Fragestellungen wie Modularisierung, Qualitätssicherung, Lernzielorientierung etc. organisieren, deren Ergebnisse in einer Publikation veröffentlicht werden sollen.

Abschließend wurde darauf hingewiesen, dass der vom Stifterverband für die deutsche Wissenschaft ausgelobte Lehrpreis Ars Legendi von der HRK im Rahmen der Jahresversammlung 2006 verliehen werde und in dieser Runde für die Medizin ausgeschrieben sei.