



Teilnehmer der Podiumsdiskussion, v. r. Frau Anne Kandler, Frau Prof. Dr. Hedwig J. Kaiser, Prof. Dr. Heyo K. Kroemer, Prof. Dr. Josef Pfeilschifter, Frau Dr. Annette Güntert, Prof. Dr. Peter Dieter

Podiumsdiskussion

Prof. Dr. Peter Dieter

Auslandsbeauftragter der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus
der TU Dresden

Frau Anne Kandler

Sprecherrat der Medizinstudierenden, Marburger Bund

Prof. Dr. Heyo K. Kroemer

MFT-Vizepräsident, Wissenschaftlicher Vorstand/Dekan
Universitätsmedizin Greifswald

Prof. Dr. Hedwig J. Kaiser

Mitglied des Medizinausschusses des Wissenschaftsrates, Köln,
Vizektorin Lehre Universität Basel

Frau Dr. Annette Güntert

Leiterin Dezernat 2, Ärztliche Aus- und Weiterbildung,
Bundesärztekammer

Prof. Dr. Josef Pfeilschifter

Moderator, MFT-Präsidiumsmitglied, Vorsitzender der MFT-AG
Lehre, Dekan des Fachbereichs Medizin der Johann Wolfgang Goethe-
Universität Frankfurt

Prof. Pfeilschifter: Wir haben heute das Thema "Wissenschaftliche Mediziner-
ausbildung – 100 Jahre nach Flexner" behandelt. Ich denke, daß wir in
der Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten in Deutschland den Spagat schaf-
fen, wissenschaftlich und praktisch im Studium auszubilden. Dies ist eine
singuläre Eigenschaft eines Universitätsstudiums, welches beiden Aspekten
– trotz aller Kritik – weitestgehend genüge tut. Wir stellen aber nun sukzes-
sive den hohen wissenschaftlichen Anspruch, der schon durch die ÄAppO

vorgegeben wird, in Frage. Das beginnt mit den Modellstudiengängen, in denen auf die M1-Prüfung verzichtet wird und die die aus meiner Sicht unverzichtbaren naturwissenschaftlichen Grundlagenfächer an den Rand schieben. Wir definieren uns neuerdings vom "outcome" her. Wir schaffen in Deutschland neue Universitätsklinika, die ohne Standards auskommen und als Außenstelle einer ausländischen Hochschule fungieren, wie es aktuell in Kassel praktiziert wird. Die gegenwärtig kommunizierte Novellierung der ÄAppO will die Lehrkrankenhäuser abschaffen und durch eine Liste, die von einer Landesbehörde festgelegt wird, ersetzen. Wie dort die Qualitätssicherung erfolgen soll, bleibt offen. Alle diese Punkte führen zu einem Verlust der Wissenschaftlichkeit und zu einem Studium, welches wir so nicht wollen.

Ich möchte die Teilnehmer hier am Tisch um ihre Meinungen dazu bitten, fordere aber auch alle Teilnehmer an der Tagung auf, sich an der Diskussion zu beteiligen.

Frau Kandler: Mein Vergleich ist die Humboldt'sche Trias. Mein Lieblings-Hochschullehrer sollte diese Trias perfekt verkörpern, also ein guter Lehrer, Kliniker und Forscher in einer Person sein. Wie soll ich ärztliche Haltungen lernen, wenn nicht von einem hervorragenden Kliniker? Wie soll ich wissenschaftliches Denken lernen, wenn nicht von einem Wissenschaftler? Gleichgültig ob ich später einmal eine wissenschaftliche Karriere beginnen oder kurativ z. B. als der vielzitierte Landarzt tätig sein werde – in beiden Richtungen brauche ich kritisches, wissenschaftliches Denken.

Frau Prof. Kaiser: Es braucht nicht das "entweder – oder", sondern das "sowohl als auch". Wie bei einem Pendel werden immer wieder durch übergeordnete Gremien angebliche Defizite gesehen, die dann in einer Art von "Hype" zu überregulierenden Vorgaben führen, bis sie durch das nächste Gremium wieder herunterreguliert werden, weil ein anderes Defizit gesehen wird – das Pendel schwingt dann wieder zurück. Wir können die Qualität des Studiums nur verbessern, wenn beide Seiten, die Patientenversorgung und die Wissenschaftlichkeit berücksichtigt und bei Veränderungen beachtet werden. Wir müssen die Studierenden zu Wissenschaftsmethodik und

selbständigem wissenschaftlichen Arbeiten heranzuführen und das kann nicht erst am Ende oder gar nach dem Studium und auch nicht allein in der Verantwortung des Promotionsbetreuers geschehen.

Prof. **Kroemer**: Der Stand der Wissenschaftlichkeit in der Ausbildung ist in den Medizinischen Fakultäten in Deutschland trotz der sich in den vergangenen Jahren massiv verändert habenden Rahmenbedingungen nicht so schlecht, wie es in der politischen Diskussion behauptet wird. Heute ist die Art des Studierens ganz anders, als noch vor 10 Jahren. Die Studierenden können viel stärker ihren Studienablauf mitbestimmen. Die Fakultäten müssen Angebote machen, dabei aber beachten, daß trotz der vielfältigen Angebote die Wissenschaftlichkeit erhalten bleibt.

Prof. **Pfeilschifter**: Ich will Frau Dr. Güntert als Vertreterin der Bundesärztekammer direkt fragen – können wir die Wissenschaftlichkeit in der Ausbildung stärken, in dem wissenschaftliche Tätigkeit auf die Facharztqualifikation angerechnet wird?

Frau Dr. **Güntert**: Ich gebe auch für mein Haus, die Bundesärztekammer, ein ganz starkes Bekenntnis zur Wissenschaftlichkeit des Studiums der Medizin ab. Wenn man bedenkt, daß ein durchschnittliches Erwerbsleben etwa 40 Jahre dauert und die Halbwertszeit des Wissens in der Medizin nur 4 - 5 Jahre beträgt, dann muß jeder Mediziner wissenschaftsmethodisch so geschult sein, die weitere Entwicklung im Fachgebiet verfolgen zu können. Das gilt für den nicht-wissenschaftlich tätigen Mediziner um so mehr.

Die Bundesärztekammer denkt politisch. Schon vor über 20 Jahren gab es Tendenzen und Überlegungen, das Studium der Medizin nicht als akademisches weiterzuführen, sondern als empirisches Fach besser als Fachhochschul-Studium zu definieren. Auch heute sind solche Überlegungen immer wieder zu verspüren. Die Bundesärztekammer lehnt solche Konzepte entschieden ab. Damit würde weder die Qualität der Patientenversorgung gesichert noch die Qualität künftiger Fachärzte erhalten bleiben.

Zur Frage der Anerkennung von Forschungszeiten auf die Facharzt-Weiterbildung erinnere ich an die Novelle von 2003, die zu einer Reihe von Anfragen, u. a. der DFG, der AWMF und anderer Gremien führte. Die Bundesärztekammer hat in ihren Aussagen seit 2005 immer wieder betont, daß Forschungstätigkeit von Ärzten, die dem Ziel der Weiterbildung entspricht,

für die Weiterbildungszeit anerkannt werden kann. Ein Facharzt-Zeugnis muß keine Forschungs- oder Lehrkompetenzen oder alle Zeitanteile der Weiterbildung ausweisen. Somit können aus Sicht der Bundesärztekammer inhaltlich dienliche Zeiten der Forschung auf die Weiterbildungszeit anerkannt werden.

Zum Einwand, daß eine Approbationsordnung nicht für mehr Landärzte sorgen soll, kann ich hier nur ergänzen, daß auch eine Weiterbildungsordnung nicht als "eierlegende Wollmilchsau" den verschiedensten Interessen dienen kann. Auch in den Weiterbildungsordnungen müssen Grenzen bestehen. Sie werden Anforderungen beinhalten, die nicht alle Eventualitäten einer späteren Tätigkeit abdecken können. Anrechnungsfähige Elemente müssen ausgewiesen werden, die Weiterbildungszeit muß dabei aber auch im Auge behalten werden.

Die Bundesärztekammer hat einen neuen Hauptgeschäftsführer und ein neues Präsidium – eine neue Ära hat begonnen. Nach Gesprächen mit Internisten und Vertretern anderer Fachgebiete wird in den Weiterbildungsgremien ein Papier beraten, nach dem für alle Fachgebiete Forschungszeiten im In- oder Ausland von einem Jahr auf die Weiterbildungszeit anrechenbar sein sollen.

Prof. Pfeilschifter: Ich frage Herrn Kollegen Dieter als ehemaligen Studiendekan, der als Auslandsbeauftragter viele Partnereinrichtungen in Europa und Übersee kennt, ob unsere deutschen Ärztinnen und Ärzte wissenschaftlich irgendwo schlechter oder nicht ausreichend qualifiziert sind.

Prof. Dieter: Bevor ich die Frage beantworte, gebe ich ein klares Statement ab – wissenschaftlich-kritisches Denken/Wissenschaftskompetenz gehört integral in das Medizinstudium. Sie muß auch geprüft werden können, daher muß man überlegen, ob man Wissenschaftskompetenz z. B. in einen bestehenden Querschnittsbereich integriert oder einen neuen Querschnittsbereich definiert.

Ich bin seit etwa 12 Jahren Auslandsbeauftragter der Dresdener Fakultät und habe in dieser Zeit etwa 20 Partnerschaften mit anderen Medical Schools geschaffen, zur Zeit z. B. acht Partnerschaften in den USA. Die Studierenden, die im PJ in die USA nach Boston gehen, haben an der Harvard University

ein Programm. Vor 12 Jahren waren sie im naturwissenschaftlichen Wissen besser als die Harvard-Studenten, in den klinischen Skills dagegen schlechter. Das hat sich geändert und sie sind heute in beiden Bereichen sehr gut und gehören zu den 10 % Besten aller Studierenden dort. Unsere Ausbildung bezüglich Wissenschaft und klinischer Fähigkeiten ist ausgezeichnet. In Dresden ist ein strukturiertes MD-Programm aufgelegt worden, inzwischen wurde auch ein MD/Ph.D.-Programm eingerichtet. Die Möglichkeiten für interessierte und leistungsstarke/leistungswillige Studierende bestehen also im Curriculum. Auch ich hatte eine Medizinerdoktorandin, die am MIT in Boston ihren experimentellen Teil in einem Labor von Prof. Bonventre für etwa neun Monate durchgeführt hat. Prof. Bonventre, der gleichzeitig ein M.D./Ph.D-Programm am MIT leitet, war begeistert von der Wissenschaftlichkeit, mit der meine Doktorandin ihre Arbeiten durchführte. Ein weiteres Beispiel dafür, daß deutsche Studierende mit Sicherheit nicht schlechter ausgebildet sind als Studierende aus anderen Ländern.

Prof. **Pfeilschifter**: Das sind sehr gute Ergebnisse, dennoch sollten wir nicht vergessen, daß wissenschaftliche Kompetenz nicht automatisch mit guter Wissenschaft gleichgesetzt werden kann.

Prof. **Putz**: Ich muß zu den Ausführungen von Herrn Kollegen Dieter entschieden Protest anmelden. Woher kommt die Kritik an fehlender oder mangelnder Wissenschaftlichkeit und an wen richtet sich diese Kritik? Es sind doch nicht die 10 - 15 % der Studierenden, die sich für die Wissenschaft interessieren und in Harvard in Austauschprogrammen hervorragende Leistungen zeigen – auch die Münchener Studierenden, die nach Harvard gehen, sind ausgezeichnet. Das Problem nicht nur des Curriculums, sondern der gesamten Ausbildung, ist die linke Hälfte im Diagramm der Studierendenpopulation, die von mir angesprochenen "müden Zeitgenossen". Wenn wir das Studium sinnvoll verbessern wollen, müssen wir überlegen, wie wir mit dieser Gruppe der Studierenden arbeiten können. Hierhin sollte die Diskussion gelenkt werden, denn die kleine Gruppe der sehr guten Studierenden bedarf solcher Diskussionen nicht mehr.

Prof. **Kroemer**: Wir wollen die Studierenden so ausbilden, daß sie zu einer lebenslangen Weiterbildung befähigt sind. Sehen wir in die aktuelle Tagespolitik, stellen wir fest, daß die Abgeordneten Entscheidungen über Sach-

verhalte treffen müssen, deren Tragweite bzw. Hintergründe sie nur noch in Ansätzen verstehen. Auch unsere Studierenden sind von der Komplexität der Sachverhalte häufig überfordert. Wir werden künftig Wissen nicht mehr flächendeckend vermitteln können, sondern müssen überlegen, wie man ärztliche Weiterbildung aktiv gestaltet. Ärztliche Weiterbildung muß der Komplexität der Informationen Rechnung tragen und sie interessenfrei so transportieren, daß sie für die Menschen noch verständlich bleiben. Hier sehe ich eine wesentliche Änderung der künftigen lebenslangen Weiterbildung.

Frau Dr. **Güntert**: Hier gebe ich Ihnen Recht. Die didaktischen Konzepte für die Ausbildung und Weiterbildung müssen weiterentwickelt werden, die Weiterbildner können und sollen von den Ausbildenden an den Universitäten lernen.

Prof. **Treede**: Im neuen Referentenentwurf zur ÄAppO taucht das Wort "Wissenschaftlichkeit" erst im Abschnitt der Prüfungen auf, nicht etwa im § 1. Wissenschaftlichkeit ist zwar im Ausbildungsziel definiert, die heute hier besprochenen Dinge, wie Wissenschaftskompetenz, kritisches Denken sind nicht formuliert. Man kann sie hineininterpretieren, man kann interpretieren, daß das, was die Dozenten lehren, wissenschaftlich sein soll. Daher hatte die AWMF schon 2008 überlegt, ob in die Aufzählung im § 1 auch die Wissenschaftskompetenz aufgenommen werden sollte. Es gab eine Formulierung der AWMF, heute sind eine ganze Reihe alternativer Formulierungen angesprochen worden. Mein Vorschlag wäre, in einer gemeinsamen Erklärung die Erwartung an den Verordnungsgeber zu formulieren, in den § 1 Wissenschaftskompetenz aufzunehmen.

Prof. **Pfeilschifter**: Ich bitte die AWMF, diesen Wunsch an den MFT zu schicken. Es müssen verschiedene Kanäle bedient werden, um dieses Ziel zu erreichen.

Frau **Fleischmann**: Als Vertreterin der Medizinstudierenden frage ich, was das Aufnehmen des Begriffes "Wissenschaftskompetenz" bringen würde. Das Ziel ist bereits jetzt in der ÄAppO enthalten und es ist Sache der Fakultäten, das auszugestalten. Gleiches gilt für die Schaffung eines neuen Querschnittsbereiches, denn dafür müßte ein anderer Querschnittsbereich aufgegeben

werden, doch welcher? Wir können nicht immer neue Inhalte in die vorgegebene Studienzeit hineinpressen. Zum Praktischen Jahr und der vorhin geschilderten Sorge, daß mit einer Ausweitung der Lehrkrankenhäuser die wissenschaftliche Qualität der PJ-Ausbildung sinken könnte, frage ich die Vertreter der Fakultäten, welche Maßnahmen im Moment eingesetzt werden oder zu implementieren wären, um die Qualität im PJ zu sichern. Wie könnten von Seiten des MFT eingewirkt werden?

Frau Prof. **Kaiser**: In der Schweiz gibt es Krankenhäuser, in denen einzelne Abteilungen den Arzt-Patienten-Unterricht übernehmen. Das deutsche System der Lehrkrankenhäuser kennt die Schweiz in diesem Sinne nicht. Das PJ hat in der Schweiz eine andere Geschichte und wird sehr liberal betrieben – jeder soll das kennenlernen, wofür er Interesse hat. Jeder Studierende darf sich seine 10 Monate selbst aussuchen, vorgeschrieben sind drei Monate Innere Medizin, drei Monate Chirurgie und drei Monate ein weiteres Fach. Die Studierenden müssen ein sog. Logbuch erfüllen, das alle Fertigkeiten, die der Lernzielkatalog vorgibt, enthält und dieses wird von der jeweiligen Einrichtung, in der das PJ absolviert wird, im Logbuch bescheinigt. Die Größe der Einrichtung spielt keine besondere Rolle, lediglich müssen drei Monate an einer sog. A-Klinik (Universitätsklinik oder größere Kantonsspitäler) absolviert sein. Wir sehen es als einen Sinn des PJ an, die Realität des Arztberufes in möglichst großer Vielfalt kennenzulernen.

Prof. **Dieter**: Ich sehe einen großen Unterschied zwischen der Novelle und der gegenwärtig gültigen Regelung in der ÄAppO. Jetzt haben die Universitäten die Hoheit über die akademischen Lehrkrankenhäuser und können entscheiden, welches Krankenhaus in Deutschland für ein PJ freigegeben wird. Jetzt können wir Evaluationen durchführen und so die Qualität des PJs sichern. Nach der Novelle soll der Studierende an jedes beliebige Krankenhaus in Deutschland gehen können. Das geht derzeit nicht einmal im Ausland, wo ein Krankenhaus für das PJ an eine Universität angeschlossen sein muß und sogar der Dekan diese Zugehörigkeit bestätigen muß. Eine deutsche Landesbehörde legt dann künftig fest, wer Lehrkrankenhaus sein kann und der Fachvertreter der Fakultät hat kein Einspruchsrecht mehr. Das kann und wird zu einer Qualitätsminderung führen.

Frau **Kandler**: Ich habe an der Philipps-Universität Marburg die Erfahrung gemacht, daß ein Lehrkrankenhaus, in dessen Abteilung die Qualität des PJ nicht mehr gut war, für diese Abteilung keine PJ-Studenten mehr erhält. Wir erleben ständige Evaluationen, sowohl der einzelnen Abteilungen als auch der Universität selbst. Aus eigener Erfahrung kann ich sehr enge Anbindungen bestätigen. Wir haben früher kritisiert, daß es leichter war, das PJ im Ausland zu machen, als in einer Klinik der Nachbarschaft und sind auf die neuen Regelungen gespannt.

Prof. **Heidecke**: Auch in Greifswald gibt es Logbücher, in denen die großen und kleinen Fächer genau abgebildet sind. Greifswald hat sieben Lehrkrankenhäuser, davon eines im Land Brandenburg, die alle mit den Curricula der Fakultät ausgestattet sind. Problematisch wird es, wenn die Studierenden ins Ausland gehen, da dann die Fakultät keinen Zugriff hat. Wenn der Studierende mit dem Logbuch der jeweiligen Heimatuniversität überall sein PJ absolvieren kann, sehe ich Probleme, denn die Logbücher werden sich unterscheiden. Dann ist das Krankenhaus in der mißlichen Situation, unterschiedliche Curricula unterschiedlicher Fakultäten abbilden zu müssen. Solche Probleme sollte man den Studierenden ersparen. Deshalb wollen wir die vollkommene Freigabe des PJs verhindern und die Mobilität innerhalb der vorgegebenen Lehrkrankenhäuser beibehalten.

Prof. **Pfeilschifter**: Meine Sorge geht noch einen Schritt weiter. Wie soll dann das Prüfungsprozedere nach dem PJ ablaufen, soll auf die Heranziehung von Prüfern aus den Lehrkrankenhäusern verzichtet werden? Die Qualitätsunterschiede werden dann gravierend sein.

Prof. **Bitter-Suermann**: Wenn schon heute mit Recht die Praxis in manchen Lehrkrankenhäusern von studentischer Seite kritisiert wird, wie soll dann in künftig nicht mehr durch die Fakultäten benannten Krankenhäusern wissenschaftliche Qualität oder Prüfungsfähigkeit kontrolliert werden – ein Logbuch wird dafür nicht das sinnvolle Mittel sein. Dieser Punkt ist im jetzigen Entwurf der Novelle der ÄAppO so oberflächlich analysiert, daß hier unbedingt Änderungsbedarf besteht.

Ich stimme Herrn Kollegen Putz zu, daß wir uns jetzt nicht auf die Schultern klopfen und sagen "bei uns ist alles gut!". Von Seiten der Studierenden muß die Kritik so kommen, daß wir darauf reagieren können. Machen wir das an

den Promotionen fest, so gibt es natürlich Betreuer, die mitnichten ihre Doktoranden richtig trainieren oder selbst nicht einmal ein Ziel der Promotion richtig formulieren. Das unsinnigste Leistungskriterium für die Vergabe von LOM in diesem Zusammenhang war die Zahl der Promotionen je Betreuer. Quantität darf nicht vor Qualität einer Promotion stehen und die Fakultäten, die mit solchen Quantitäten LOM vergeben, sollten das umgehend überdenken. Das führt uns zum Kernthema "Wie wertvoll ist die medizinische Promotion?" zurück. Die Fakultäten haben es selbst in der Hand, für Qualität zu sorgen. Ein Weg dazu, den wir in Hannover nun einführen werden, ist die doppelte Betreuung, wie sie in den naturwissenschaftlichen Promotionen üblich ist. Das ist ohne große Änderungen möglich und wird die Qualität verbessern.

Prof. **Pfeilschifter**: Ich stimme dem vollkommen zu. Als Sprecher eines Graduiertenkollegs erlebe ich Promotionen in der Medizin und in den Naturwissenschaften. Eine Zahl an Promotionen ist kein Maß der Qualität.

Frau **Kandler**: Ich will einen zusätzlichen Aspekt in die Diskussion einbringen. Die Betreuung der Promotionen ist sehr heterogen, viele Studierende beklagen eine ungenügende Betreuung. Mit der Promotion habe ich eigentlich eine 1:1-Situation zwischen Studierenden und Betreuer, die sonst so kaum erreicht wird. Die Lehre selbst sollte auf wissenschaftlicher Grundlage erfolgen. Die Lehre sollte weiter professionalisiert werden, ich erwähne hier nur das Stichwort MME. Das wünschen wir uns standardmäßig für alle Fakultäten. Wir hatten heute das Privileg, zusammenzukommen und miteinander reden zu können. Wir konnten uns darüber austauschen, was wo besonders gut funktioniert, so, wie es das Konzept der "best practice" in der Lerntheorie beschreibt. Wissenschaftlichkeit heißt auch, daß die Lehre auf wissenschaftlichen Grundlagen stattfindet. Nicht alle Flexner'schen Ideen sind nach 100 Jahren noch uneingeschränkt gültig – Lehre muß den gleichen Stellenwert wie Forschung besitzen, um über gute Lehre auch den Nachwuchs heranzuziehen.

Prof. **Pfeilschifter**: Das war schon fast das Schlußwort. Ich will auf Heidelberg und alle Standorte des fakultätsübergreifenden Weiterbildungsstudienganges Master of Medical Education verweisen, die mit der MME-Ausbildung hier sehr Wichtiges leisten. Forschungsorientierte Ausbildung

heißt auch forschungsbasierte Lehre und Ausbildung. Das Thema "Tarifstruktur und Bezahlung" vertagen wir auf eine kommende Tagung.
Ganz herzlichen Dank allen Teilnehmern und Diskutanten.