

Stellungnahme

zum Vorschlag der EU-Kommision zur
Änderung der Richtlinie 2005/36/EG über die
Anerkennung von Berufsqualifikationen

Hier:
Medizin- und Zahnmedizinstudium

Berlin, 14. Februar 2012

Ansprechpartner
MFT Medizinischer Fakultätentag
der Bundesrepublik Deutschland e. V.

Tel.: 030/6449 8559-0
E-Mail: berlin@mft-online.de
www.mft-online.de

Verband der Universitätsklinika
Deutschlands e. V. (VUD)

www.uniklinika.de

Deutsche Hochschulmedizin e. V.
Alt-Moabit 96
10559 Berlin

Vorbemerkung

Bei der Brüsseler Initiative handelt es sich um eine Maßnahme, die eigentlich die Erleichterung der Mobilität von ausgebildeten Ärzten und Angehörigen anderer Professionen zum Gegenstand hat. Im Rahmen dieser Initiative soll aber auch europaweit die bestehende Mindestdauer des Medizinstudiums von sechs auf optional fünf Jahre bei unveränderter Unterrichtszeit verkürzt werden. Das kürzere Studium dürfte sich dann als Regelstudienzeit durchsetzen, um Wettbewerbsverzerrungen zu vermeiden.

Ferner beabsichtigt die EU-Kommission, „angemessene“ Inhalte des Medizin- und Zahnmedizinstudiums festzulegen.

I. Vorschläge der EU-Kommission

Der Vorschlag sieht für das Medizinstudium vor, Art. 24 Abs. 2 S. 1 Richtlinie 2005/36/EG zu ändern. Die geltende Fassung lautet

„(2) Die ärztliche Grundausbildung umfasst mindestens sechs Jahre oder 5 500 Stunden theoretischen und praktischen Unterrichts an einer Universität oder unter Aufsicht einer Universität.“

und soll wie folgt geändert werden

„(2) Die ärztliche Grundausbildung umfasst mindestens fünf Jahre (kann auch in der entsprechenden Anzahl von ECTS-Punkten ausgedrückt werden) und besteht aus mindestens 5 500 Stunden theoretischen und praktischen Unterrichts an einer Universität oder unter Aufsicht einer Universität.“

Ferner soll ein neuer Abs. 4 in Art. 24 eingefügt werden, der die Kommission ermächtigt, delegierte Rechtsakte nach Art. 58a zu erlassen, um anzugeben, welche angemessenen Kenntnisse, Erfahrungen und Praktiken im Medizinstudium erworben werden und zu welchen Kompetenzen diese führen sollten.

Künftig sollen auch die Inhalte des Zahnmedizinstudiums durch die EU-Kommission festgelegt werden. Hierfür wird Art. 34 analog zu Art. 24 Abs. 4 ergänzt.

II. Argumente gegen die Änderungen

Künftig sollen ECTS-Punkte als Maßgaben für die ärztliche und zahnärztliche Ausbildung gelten. Die angestrebte Vereinheitlichung des Studiums in Europa wird damit jedoch konterkariert, da ECTS-Punkte in den Mitgliedsstaaten nicht einheitlich definiert sind und völlig unterschiedlich vergeben werden. Während manche Staaten ein Vollzeitstudium voraussetzen, reichen in anderen Wochenendveranstaltungen.

Eine Reduzierung des Medizinstudiums auf fünf Jahre bei gleichbleibender Stundenzahl und die Abgabe nationaler Kompetenzen an die EU-Kommission ist aus folgenden zehn Gründen nicht realisierbar:

II.1. Erhöhung des Lernaufwands

Der wöchentliche zeitliche Lernaufwand von derzeit 72 Stunden würde sich auf 90 Stunden erhöhen. Ein derartiger zeitlicher Aufwand ist für die Studierenden nicht leistbar.

	geltendes Recht: 6 Jahre	künftiges Recht: 5 Jahre
Vorgesehene Stundenzahl	5 500	5 500
Reduktion um Praktisches Jahr (PJ)	3 580	3 580
Unterrichtssemester ohne PJ	10	8
Stunden pro Semester	358	448
Präsenzstunden pro Woche bei 15 Semesterwochen	23,9	29,9
Resultierende Stunden pro Woche mit Vor- und Nachbereitung i. H. v. insgesamt 2 Stunden	72	90

II.2. Verschlechterung praktischer Fähigkeiten

Eine deutliche Erhöhung der Vorlesungszeit resp. der Präsenzzeit pro Semester, wie sie zur Anpassung notwendig wäre, nähme den Studierenden die Möglichkeit, die vorgeschriebenen Pflegepraktika und Famulaturen zu absolvieren. Da diese nicht zur Unterrichtszeit zählen, müssten sie aus der Ärztlichen Approbationsordnung (ÄAppO) gestrichen werden. Dies würde zur Verschlechterung der praktischen Fähigkeiten und Kenntnisse führen.

II.3. Probleme für Modellstudiengänge

Bei den Modellstudiengängen dürfte die Zeitverkürzung erhebliche Probleme aufwerfen, da sie insbesondere auf alternative Lehr- und Lernformen abstellen und Lernen am Krankenbett intensiver in ihren Studienplänen betrieben wird, als es ohnehin schon in der ÄAppO vorgeschrieben ist.

II.4. Verringerung des Studienerfolgs

Bei einer verkürzten Studienzeit würden insbesondere ältere und ausländische Studierende weniger erfolgreich die Prüfungen absolvieren, da sie i. d. R. besonderer Förderung bedürfen und mehr Zeit brauchen. Die medizinischen Grundlagenfächer, die meist in der Vorklinik gelehrt werden, müssten dann mit noch weniger Zeit als bisher rechnen, was den notwendigen Kenntniserwerb, insbesondere für diese Studierenden erschweren würde. Durch kürzere Zeiten für die Prüfungsvorbereitungen und Wiederholungen würde es auch insgesamt mehr Studienabbrecher geben.

II.5. Soziale Selektion

Eine Verkürzung der Gesamtstudienzeit würde nicht nur zu Lasten der „lernschwächeren“, sondern auch auf Kosten der „finanzschwächeren“ Studierenden gehen, da diese noch we-

niger Zeit zur Finanzierung ihres Studium hätten. Zur Wochenstundenzahl mit einer Anwesenheitspflicht kommen außerdem die vielen Prüfungsverpflichtungen, so dass auch für ein verantwortliches gesellschaftliches Engagement den Studierenden keine Zeit mehr bliebe. Die mittelfristige Veränderung der Studierenden würde zu langfristigen Änderungen der Ärzteschaft führen, die nicht im gesellschaftlichen Interesse sein können.

II.6. Absenkung der Kenntnisse

Generell würden wissenschaftliche Studieninhalte, Forschungssemester, Auslandsaufenthalte und Promotionen deutlich reduziert werden müssen. Noch bieten die unterrichtsfreien Zeiten Studierenden die Möglichkeit, außercurriculare Kompetenzen zu erwerben und ein akademisches Selbststudium durchzuführen. Diese Freiräume schaffen die Voraussetzungen für eine künftige Bewertung des schnellen medizinisch-technischen Fortschritts. Bei einer Verkürzung der Freiräume würde die eigene Urteilsfähigkeit der Ärztinnen und Ärzte abnehmen.

II.7. Belastung der Lehrenden

Die Studienzeitverkürzung bei gleicher Stundenzahl könnte nur durch mehr Personal oder eine Erhöhung der Lehrverpflichtung mit erheblichen Mehrbelastungen der Lehrenden kompensiert werden. Da ein entsprechender Mittelzuwachs für Personal nicht in Aussicht steht, würde der Arbeitgeber „Hochschulmedizin“ an Attraktivität verlieren. Dies hätte Auswirkungen auf den medizinischen Fortschritt und die internationale Wettbewerbsfähigkeit.

II.8. Erhöhung der Infrastrukturkosten

Es ist sicher, dass sich Konsequenzen in Bezug auf die notwendigen Unterrichts-, Demonstrations- und Übungsräume ergeben würden. Die staatlichen Vorgaben für den Kleingruppenunterricht würden ohne Erhöhung der Infrastrukturmittel nicht mehr erfüllt werden können, auch dies hätte Auswirkungen auf die Qualität des Studiums.

II.9. Politische Festlegung akademischer Inhalte

Zur Festlegung der akademischen Inhalte im Medizin- und Zahnmedizinstudium müsste künftig in einem multinationalen Verfahren eine Beurteilung des medizinisch-technischen Fortschritts erfolgen. Eine konsensorientierte Anpassung der Inhalte ist national schon mit erheblichem Aufwand verbunden. Dafür würde auf EU-Ebene zu viel Zeit verloren gehen, bis Innovationen der Ausbildung und damit den Patienten zugute kommen könnten.

Die hohe Patientensicherheit und Zufriedenheit sowie die international anerkannte medizinische und zahnmedizinische Ausbildungsqualität Deutschlands würden durch politische Mehrheiten auf ein europäisches Mittelmaß abgesenkt werden. Der produktive Wettbewerb innerhalb des europäischen Bildungssystems käme zum Stillstand.

II. 10. Abgabe nationaler Kompetenzen an die EU-Kommission

Die bisher den Mitgliedsstaaten vorbehaltene Festlegung von konkreten Inhalten und Fachbenennungen in der ärztlichen und zahnärztlichen Aus- und Weiterbildung sollte neben den genannten qualitativen Aspekten auch aus rechtlich-strukturellen Gründen nicht der EU-Kommission nach Art. 58a übertragen werden. Insbesondere das Subsidiaritätsprinzip erfordert, dass die EU nur tätig wird, sofern die Ziele der in Betracht gezogenen Maßnahmen von den Mitgliedstaaten weder auf zentraler noch auf regionaler oder lokaler Ebene ausrei-

chend verwirklicht werden können. Die Ziele einer hochqualitativen Ausbildung in Medizin und Zahnmedizin werden unbestritten national sehr gut erreicht, so dass allein schon die Gefahr einer Absenkung des Ausbildungsniveaus die geplanten Änderungen verbietet.

Zusammenfassung

Bevor ECTS-Punkte als Maßgaben für die ärztliche und zahnärztliche Ausbildung in Europa eingeführt werden, müssen die Kriterien für die Punktevergabe in den Mitgliedsstaaten einheitlich definiert werden.

Artikel 24 (2) muss weiter sechs Jahre Mindestausbildungszeit für Mediziner vorsehen. Das Festhalten an 5 500 Stunden begrüßen wir ebenso wie den Ersatz des Wortes „oder“ durch „und“ bei der Verknüpfung der Unterrichtsstundenzahl mit den Studienjahren.

Bei einer Verkürzung auf fünf Jahre würde das lehr-, lern- und prüfungsintensive Medizinstudium erschwert und die hohe Qualität der ärztlichen Ausbildung abgesenkt werden. Die Ausbildungskosten würden erhöht und die Studienabbrüche zunehmen. Die Verkürzung des Studiums dürfte auch zu einer sozialen Veränderung der Studierenden und späteren Ärzteschaft führen.

Ferner sollten die Inhalte des Medizin- und Zahnmedizinstudiums und Fachbenennungen in der ärztlichen und zahnärztlichen Aus- und Weiterbildung nicht durch die EU-Kommission nach Art. 58a festgelegt werden.