



Foto: Photostock

HOCHSCHULMEDIZIN

Angst vorm „Schmalspurarzt“ unbegründet

Bachelor- und Masterabschlüsse halten viele für nicht vereinbar mit dem Medizinstudium. Doch eine solche Regelung würde Vorteile und Chancen bieten.
Ein Diskussionsbeitrag von Dr. med. Dirk Hagemeyer

Der „Bologna-Prozess“ ist seit seiner Initiierung im Jahre 1999 in aller Munde. Ziel dieser Reform ist es, die Mobilität sowohl der Studierenden als auch der Graduierten akademischer Studiengänge zu erhöhen. Dazu soll einerseits die Vergleichbarkeit der Arbeitsleistung in einem bestimmten Studienabschnitt durch die Einführung einer europaweit einheitlichen Maßeinheit studentischer Arbeit (European Credit Transfer and Accumulation System – ECTS) hergestellt werden. Dadurch will man es den Studierenden erleichtern, Austauschsemester an ausländischen Universitäten zu absolvieren, da langwierige Äquivalenzprüfungen entfallen. Andererseits soll durch die Vereinheitlichung der akademischen

Abschlüsse die Migrationsfähigkeit der Akademiker innerhalb des europäischen Arbeitsmarktes gesteigert werden.

Bessere Vergleichbarkeit durch einheitliche Abschlüsse

Bei einheitlich benannten akademischen Graden innerhalb der Europäischen Union (EU) fällt es dem potenziellen Arbeitgeber (auch außerhalb der EU) wesentlich leichter zu erkennen, welchen Abschluss der Bewerber hat. Heutzutage ist beispielsweise einem belgischen Arbeitgeber nicht unmittelbar die Qualität eines deutschen „Staatsexamens“ geläufig, da dieser Begriff in unserem Nachbarland für den Abschluss der beruflichen Ausbildung gebraucht wird, also etwa für einen

Facharbeiterbrief. Ein weiteres Beispiel: In Südafrika muss der deutsche Diplomabsolvent zunächst klar machen, dass sein viereinhalbjähriges Studium durchaus anspruchsvoller ist als die üblicherweise einjährigen „Diplomas“ an dortigen Universitäten.

Eine der normativen Vorgaben der europäischen Vereinbarung ist die Einführung eines generell zweigliedrigen Studienaufbaues. Dabei soll ein in der Regel dreijähriges Bachelorstudium zu einem ersten berufsqualifizierenden Abschluss führen. Ein konsekutives, in der Regel zweijähriges Masterstudium soll dann die Möglichkeit zur Vertiefung spezieller Kenntnisse in diesem Fach geben. Die Annahme, die Anpassung des Medizinstudiums an diese Struktur habe zur Folge, dass bereits ein dreijähriges Bachelorstudium für den Arztberuf qualifiziere, hat zu empörten Protesten geführt (1). Von einem „Schmalspurarzt“ war die Rede. Solche Vorbehalte bestehen offenbar nicht nur in Deutschland, sondern werden auch von Ärzterevertoren auf europäischer Ebene geäußert (2). So überrascht es dann auch nicht, dass eine Studie zum Stand der Implementierung des Bologna-Prozesses feststellt, dass in allen betrachteten Ländern (Frankreich, Niederlande, Norwegen, Öster-

reich, Ungarn, Vereinigtes Königreich) das Medizinstudium bis dato ausgenommen bleibt (3).

Ist also die Medizin prinzipiell mit den Vorgaben des Bologna-Prozesses unvereinbar? Schadet die Einführung eines „Bachelor of Medicine“ und eines „Master of Medicine“ dem Ansehen der Medizin?

Ein Blick nach Großbritannien lässt diese Sorge ein wenig abklingen, schließt doch der sechsjährige Studiengang der Medizin an der Universität Oxford mit dem Doppelabschluss „Bachelor of Medicine & Bachelor of Surgery“ (BMBS) ab (4). In der Tat handelt es sich bei diesem akademischen Grad um den üblichen akademischen Abschluss des Medizinstudiums, nicht nur im Vereinigten Königreich, sondern auch in zahlreichen durch die britische Kolonialmacht geprägten Ländern, wie zum Beispiel Pakistan, Singapur und Südafrika (5, 6, 7). Zum Teil sind die Abschlüsse hier auch lateinisch bezeichnet: „Medicinae Bacchalaureus et Chirurgiae Bacchalaureus“ (MBChB). Bei allen diesen Studiengängen handelt es sich um fünf- bis sechsjährige universitäre Programme, sodass die Interpretation, der Begriff „Bachelor“ stehe stets für ein drei- bis dreieinhalbjähriges Programm, falsch ist – sehr wohl eine etwas verwirrende Situation.

Vorbild England: Bachelor of Science

Wie lässt sich nun aber die Zielvorgabe des Bologna-Prozesses umsetzen, nach drei Jahren einen ersten berufsqualifizierenden Abschluss zu ermöglichen? Auch hier gibt das britische Beispiel einen gangbaren Weg vor: Der naturwissenschaftlich ausgerichtete erste, dreijährige Studienabschnitt an der Universität Oxford endet mit einem Abschluss als „Bachelor of Science“ (BSc). Darauf baut der klinische, ebenfalls dreijährige Studienabschnitt auf, Absolventen anderer Bachelorstudiengänge in Biowissenschaften oder Chemie haben in diesem System die Möglichkeit, in ein verkürztes, vierjähriges Medizinstudium einzusteigen (4) – ein Ablauf, der der US-amerikanischen Struktur ähnelt

(zunächst Bachelor, gewöhnlich BSc, danach „medical school“). Dieses Modell mit der Zwischenschaltung eines „Bachelor of Science“ auf dem Weg zum medizinischen Abschluss scheint auch in der Schweiz favorisiert zu werden (8).

Vielfalt an Masterabschlüssen

Bereits heute gibt es zahlreiche „Master of Medicine“ auf der Welt. In einigen der Länder, die nach dem britischen Vorbild das Medizinstudium mit dem Bachelorgrad beenden, stellt der „Master of Medicine“ den Abschluss einer universitären Weiterbildung in einem klinischen Fach dar und ist in diesem Sinne ein

möglich ist, auch das Medizinstudium im Sinne der Bologna-Vorgaben zu strukturieren. Dem Sinn der Vereinbarung würde dabei am besten Rechnung getragen, wenn das Grundstudium abschließende Examen („Physikum“) zu einem „Bachelor of Science“ aufgewertet werden würde. Die Vermittlung klinischer Kenntnisse und die „Prägung zum Arzt“ würde dann in einem konsekutiven zweiten Abschnitt erfolgen, der mit der Verleihung des akademischen Grades eines „Master of Medicine“ nach sechs Jahren Studium beendet würde – ob dieses auf der Basis einer Forschungsarbeit zu erfolgen hätte, wie etwa beim „Di-

Den Bologna-Vorgaben würde am besten Rechnung getragen, wenn das Physikum zu einem Bachelor of Science aufgewertet würde.

Facharztexamen, häufig verbunden mit dem Verfassen einer Dissertation – zum Beispiel in Südafrika (9). Daneben bestehen „Master of Medicine“-Programme, die zwar eine mehrjährige klinische Weiterbildung beinhalten, aber ausdrücklich kein fachspezifisches Examen bedeuten, etwa in Singapur (10). Solche Programme bieten Allgemeinpraktikern die Möglichkeit des Verfassens einer Forschungsarbeit in ein bis zwei Jahren (Melbourne, Australien [11]). In Kalifornien existiert ein „Master of Science in Medicine“, der sich an nichtmedizinische Doktoratsstudenten richtet, um diesen ein Verständnis der klinischen Medizin zu vermitteln (12). Auch in Österreich wird mittlerweile ein fünfsemestriger Aufbaustudiengang zum „Master in Stroke Medicine“ für Ärzte und Fachärzte angeboten (13). Kurzum, eine verwirrende Vielfalt unterschiedlichster postgradualer Masterprogramme.

Demgegenüber stehen die Entwicklungen in Belgien (14) und der Schweiz, zweier Teilnehmerstaaten am Bologna-Prozess, die in den nächsten Jahren den „Master of Medicine“ als Abschluss des Medizinstudiums einführen werden. Der Blick über die Landesgrenzen hinaus offenbart, dass es durchaus

plom-Mediziner“ in der DDR, bliebe zu entscheiden.

Durch die bessere und internationale Vergleichbarkeit könnte man so sicherlich Vorteile bei der Qualitätssicherung der Ausbildung erreichen. Daneben würde sich auch die „Migrationsfähigkeit“ der angehenden Ärzte und Fachärzte verbessern. Wenn im Laufe dieses Prozesses die Verleihung der Erlaubnis zur ärztlichen Tätigkeit vom Postboten in einen etwas würdigeren akademischen Rahmen verlagert würde, wäre dies das Ende einer „deutschen Tradition“, die sicherlich viele bereit sind aufzugeben. Eine zukunftsfähige Politik sollte nicht nur an Bewährtem festhalten. Sie muss gleichzeitig die Erfordernisse der Zukunft erkennen und umsetzen. In diesem Sinne sollte sich auch die Medizin in Deutschland an den künftigen Gegebenheiten Europas ausrichten.

■ Zitierweise dieses Beitrags:
Dtsch Arztebl 2007; 104(4): A 173–4

Anschrift des Verfassers
Dr. med. Dirk Hagemeister
POB 6299
Rustenburg 0300
Südafrika
E-Mail: Dirk@Dr-Hagemeister.de

 **Literatur im Internet:**
www.aerzteblatt.de/lit0407

LITERATURVERZEICHNIS HEFT4/2007, ZU:

HOCHSCHULMEDIZIN

Angst vorm „Schmalspurarzt“ unbegründet

Bachelor- und Masterabschlüsse halten viele für nicht vereinbar mit dem Medizinstudium. Doch eine solche Regelung würde Vorteile und Chancen bieten. Ein Diskussionbeitrag von Dr. med. Dirk Hagemeister.

LITERATUR

1. Richter-Kuhlmann, E: Hochschulmedizin - Gegen den Schmalspurarzt. Dtsch Arztebl 2005;102(36):A 2368.
2. Vonhoff, R: Europäische Ärzte - gegen Bachelor und Master. Dtsch Arztebl 2005; 102(11):A 740.
3. Alesi, B et al.: Stand der Einführung von Bachelor- und Master-Studiengängen im Bologna-Prozess sowie in ausgewählten Ländern Europas im Vergleich zu Deutschland. http://www.bmbf.de/pub/bachelor_u_master_im_bolognaprozess_in_eu.pdf am 18. 10. 2006.
4. <http://www.medscl.ox.ac.uk/study/medicine/courses> am 18. 10. 2006.
5. <http://www.zmu.edu.pk/mbbs.html> am 22. 10. 2006.
6. <http://www.nus.edu.sg/nusbulletin/0405/med/index.htm> am 22. 10. 2006.
7. <http://www.uct.ac.za/faculties/health/dd.php> am 22. 10. 2006.
8. Rektorenkonferenz der Schweizer Universitäten. Hochschulmedizin 2008 – Konzept zur Reform der medizinischen Lehre und Forschung an den Universitäten der Schweiz. <http://www.vsm-aems.ch/downloads/Hochschulmedizin2008.pdf> am 21. 10. 2006.
9. <http://www.uct.ac.za/faculties/health/dd.php> am 22. 10. 2006.
10. <http://www.nus.edu.sg/nusbulletin/0405/med/index.htm> am 22. 10. 2006.
11. <http://www.gp.unimelb.edu.au/courses/pgrad/mmed.html> am 22. 10. 2006.
12. <http://msm.stanford.edu/> am 22. 10. 2006.
13. <http://www.donau-uni.ac.at/de/studium/fachabteilungen/umwelt/zentren/neuro-studienangebot/stroke/medicin/index.php> am 22. 10. 2006.
14. <http://www.opleidingen.ugent.be/studiegids/2006/EN/FACULTY/GE/MABA/DMARTS/INDEX.HTM> am 22. 10. 2006.