

AUSBILDUNGSZAHLEN ALS QUALITÄTSMABSTAB?

K. Hinrichsen, Bochum

Zusammenfassung:

Seit 1976 besteht bei der Kommission der Europäischen Gemeinschaft in Brüssel ein "Beratender Ausschuss für die ärztliche Ausbildung". Dieser Ausschuss hat eine Definition der allgemeinen Ziele der ärztlichen Ausbildung erarbeitet. Weiterhin bemühte er sich um einen Vergleich der Studienbedingungen durch die Studenten-Patienten-Relation und Lehrer-Studenten-Relation, wobei es wegen der unterschiedlichen Definitionen dieser Parameter zu keiner Übereinstimmung kam. Auch die Relationen Ärzte/Einwohner und Medizinstudenten/Einwohner ergaben keine brauchbaren Maßstäbe. Als zweckmäßigster Ansatz erwiesen sich die Relationen der jährlich zugelassenen Medizinstudenten/-Einwohner und der jährlich neu approbierten Ärzte/Einwohner. Die Entwicklung dieser Relationen ist in zwei Abbildungen dargestellt. Dabei nimmt die Bundesrepublik Deutschland Spitzenpositionen ein, was durch den entscheidenden Einfluß der Verwaltungsgerichte auf die Zulassungszahlen bedingt ist, ein Faktum, welches den Vertretern der anderen Länder schwer verständlich ist.

Quantitative measures of medical educations as a measure of quality?

Abstract:

Since 1976 there is an "Advisory Committee for Medical Education" at

Seit 1976 besteht bei der Kommission der Europäischen Gemeinschaft in Brüssel ein "Beratender Ausschuss für die

the Commission of the European Communities in Brussels. This committee has proposed a definition of the general aims of undergraduate medical education. Furthermore there have been attempts to compare the conditions of medical education by student-patient-ratios and teacher-student-ratios. But an unanimous agreement has not been found by reasons of the great differences between the countries in defining the meaning of these ratios. The ratios of doctors/population or students of medicine/population have not been proven as suitable measures too. The best approach resulted in acceptance the ratios of the number of admitted students/population/year and of the number of licenced doctors/population/year. The development of these ratios is demonstrated in two figures showing the Federal Republic of Germany ranging in the top level. This is due to the decisive influence of rulings of the administrative tribunals defining the number of students to be admitted, a fact which is poorly understood by the representatives of the other countries.

ärztliche Ausbildung", der aus allen Mitgliedsländern für eine jeweils 3-jährige Mandatsperiode dreifach be-

schickt wird:

Durch staatliche Vertreter
(bei uns Frau MR Schleicher,
Stellvertreter MR Scholz,
München)

durch Vertreter der Ärzte-
verbände (bei uns Dr. Brauer
von der BÄK, Stellvertreter
Herr Dr. Hoppe)

und von den Universitäten
(Vertreter ich, Stellvertre-
ter Professor Meiser, Hom-
burg/Saar).

Aufgabe dieses Ausschusses
ist es, die Europäische Kom-
mission in allen Fragen der
ärztlichen Aus- und Weiter-
bildung zu beraten mit dem
Ziel, ein möglichst ver-
gleichbares Niveau der Aus-
bildungen in allen Ländern
sicherzustellen. Es ist aus-
drücklich nicht das Ziel,
eine Angleichung der Ausbil-
dungsformen (EG-Jargon "Har-
monisierung") zu erreichen!

(1)

In Erfüllung dieses Auf-
trages hat der Ausschuß 1978
+ 1979 allgemeine Empfehlun-
gen zum Studium erarbeitet
und eine Ausbildungsziel-
Definition vorgenommen, die
die allgemeinen Ziele der
"Ärzterichtlinie" von 1976
genauer formuliert (07. 10.
81, Dokument III/D/132/3 -
/81):

"Die medizinische Grundausbildung sollte auf die bio-

logischen, medizinischen,
psychologischen und gesell-
schaftsbezogenen Wissen-
schaften gegründet sein. Sie
sollte den Ärzten am Ende
der Ausbildung die notwen-
dige Menge grundlegenden
Wissens, wissenschaftliche
Einstellung, klinische Fä-
higkeiten und Erfahrung
als Vorbereitung für ihre
weitere Fortbildung und Be-
rufsarbeit vermittelt haben.

Mit Abschluß des Studiums
sollten die ausgebildeten
Ärzte in der Lage sein,

1. die Anamnese eines Pati-
enten zu erheben und eine
vollständige klinische Un-
tersuchung vorzunehmen, so
daß sie Beschwerden bestim-
men, Krankheiten diagnosti-
zieren und normale und ab-
normale Zustände unterschei-
den können;

2. das volle Spektrum medi-
zinischer Untersuchungen
durchzuführen, indem sie die
erforderlichen Fertigkeiten
erworben und den Stellenwert
besonderer Untersuchungen zu
beurteilen gelernt haben;

3. die geeignete Behandlung
des individuellen Patienten
aus ihrem Wissen um die
volle Breite möglicher The-
rapie zu bestimmen (Not-
fallmaßnahmen eingeschlos-
sen);

4. Erste Hilfe zu leisten

und Notfallmaßnahmen durchzuführen und mit den Rettungsdiensten zusammenzuarbeiten;

5. die wahrscheinliche Prognose der Krankheit abzuschätzen und klar und einfühlbar mit den Patienten und ihren Angehörigen die Art des Zustandes, die notwendige Behandlung und das voraussichtliche Ergebnis zu besprechen;

6. die Notwendigkeit vorbeugender Maßnahmen zu erkennen, welche die Erhaltung der Gesundheit des Einzelnen oder der Bevölkerung fördern, und sie einzuführen;

7. fachwissenschaftliche Berichte auszuwerten und deren Ergebnisse Patienten und der Öffentlichkeit mitzuteilen. Sie sollten das Verständnis der Öffentlichkeit für Gesundheitsprogramme des Gemeinwesens fördern und zur Mitarbeit werben können;

8. fachlich auf dem neuesten Stand zu bleiben, indem sie Veröffentlichungen verfolgen und an Fortbildungsveranstaltungen teilnehmen;

9. mit anderen Berufen in Gesundheitswesen und Sozialarbeit zusammenzuarbeiten;

10. über angemessene Kenntnisse in der ärztlichen Rechtskunde zu verfügen;

11. die ethischen, menschlichen und sozialen Aspekte

des Arztberufes vor jeder ärztlichen Entscheidung zu beachten.

Die medizinische Grundausbildung muß fortlaufend überprüft werden, ob sie diese Ziele erreicht, so daß die Lehrpläne gemäß den gemachten Erfahrungen angepaßt werden können."

In mehrjähriger Arbeit hat eine Arbeitsgruppe des Ausschusses versucht, die äußeren Bedingungen für das Medizinstudium vergleichbar zu definieren. Dabei ging es sowohl um die Frage, wieviel Patienten zur Verfügung stehen müssen, wie auch um die Frage der Lehrer-Schüler-Relation. Bei dieser Arbeit hat sich gezeigt, daß es außerordentlich schwer ist, die sehr unterschiedlichen Verhältnisse in den Mitgliedsstaaten zahlenmäßig zu erfassen. Wir alle kennen aus der Diskussion um die Kapazitätsverordnung das Problem der Bemessung der Patientenzahlen ("tagesbelegte" Betten, Einbeziehung der Poliklinik-Patienten, Einbeziehung außeruniversitärer Krankenhäuser).

Eine allgemeine Empfehlung über die erforderliche Pa-

tientenzahl kam nicht zustande. Immerhin wurde auf den "Modellfall" England verwiesen, wonach (bezogen auf alle Medizinstudenten) im klinischen Teil der Ausbildung 10 Patienten/Student zur Verfügung stehen.

Noch schwieriger war es, die Lehrer-Studenten-Relation zu bestimmen. Es gibt in keinem Land eine so exakte Datenerfassung wie bei uns. Es zeigte sich aber auch besonders, daß die Definition einer Lehrkraft länderweise höchst unterschiedlich ist. Wird so verfahren wie bei uns, d.h. wird der jüngste Assistent, auch als Berufsanfänger, bereits mit zu den Lehrpersonen gezählt, kommt eine Lehrer-Schüler-Relation von 1 : 2,5 oder weniger heraus, die im europäischen Vergleich einmalig günstig wäre. Ganz anders sähe es natürlich aus, wenn man nur die habilitierten oder wie in England üblich nur die "Senior-Lectures" und die eigentlichen Professoren zählt. Wir mußten als deutsche Vertreter darauf bestehen, daß für Deutschland in den dann publizierten Tabellen keine Zahlen genannt werden, weil zu befürchten war, daß die Gerichte aus der günstigsten Lehrer-Schü-

ler-Relation Europas entsprechende schwerwiegende Folgerungen ziehen würden. Trotz dieser Probleme wurde ein Verhältnis 1 : 10 für die Vorklinik und 1 : 5 für die Klinik empfohlen (alle Studierende dieses Abschnittes). 2)

Die Arztdichte (Schwankung 1:500 - 1:800) oder die Zahl der Medizinstudenten/Einwohner (Schwankung 1:312 (Italien) bis 1 : 2997 (England)) ergab keine brauchbaren Anhaltspunkte. Diese Bemühungen der Bestimmung von Rahmenbedingungen für eine für gut gehaltene Ausbildung zu finden, waren also recht frustrierend. Daher war es ein bedeutsamer Schritt, als in einer neuen Periode eine neu zusammengesetzte Arbeitsgruppe eine andere Beziehung aufstellte.

Man ging dabei davon aus, daß in den zivilisierten Ländern der europäischen Gemeinschaft es keine gravierenden Unterschiede im Morbiditätsspektrum gibt. Es sollte eigentlich auch keine gravierenden Unterschiede in der ärztlichen Versorgung geben. Von dieser Grundüberlegung ausgehend war es dann naheliegend, das Verhältnis der jährlich neu approbier-

ten Ärzte zur Einwohnerzahl des jeweiligen Landes und ebenso das Verhältnis der jährlich aufgenommenen Medizinstudenten zur Einwohnerzahl des Landes zu berechnen. Dabei zeigten sich gravierende Unterschiede:

Abb. 1 zeigt die Zahlenverhältnisse bei den jährlich neu approbierten Ärzten. Abfallende Kurven (Verhältniszahlen!) zeigen eine Steigerung der Zahl der Approbierten, steigende Kurven eine Abnahme der relativen Zahlen.

Abb. 2 gibt die Zahlenrelationen für die jährlich neu immatrikulierten Studenten (für Frankreich die Aufnahme in das 2. Studienjahr) an. Fast alle Länder haben durch Senkung der Aufnahmezahlen die Relation "verbessert" (ansteigende Kurven!), besonders stark gegenläufig ist auch hier die Bundesrepublik (Zusammenstellung von Prof. Castermans, Brüssel, Vorsitzender der Arbeitsgruppe).

Die Unterschiede sind so gravierend, daß man zunächst fragen muß, ob denn die Grundannahmen stimmen. Aus England wird neuerdings berichtet, daß die ärztliche Versorgung nicht voll aus-

reichend sei, besonders in den Kliniken wird für Anfängerpositionen in bestimmten Fächern, beispielsweise Anästhesiologie, im Ausland, besonders Irland, aber auch in der Bundesrepublik um Ärzte geworben. In Italien ist erst in den letzten zwei Jahren ein recht strenger Numerus clausus eingeführt worden, der die jährliche Aufnahmequote jetzt auf rd. 8.000 Studienanfänger fest schreibt. Italien hat aber das besondere Problem, daß aus den zurückliegenden Jahren ein solcher Überhang an fertig ausgebildeten Medizinern besteht, daß es Jahre dauern wird, bis diese Form einer "Ärztenschwemme" abgebaut sein wird. Mehrere Mitgliedstaaten der europäischen Gemeinschaft haben in den vergangenen 10 bis 15 Jahren die Zahl der Studienanfänger in der Medizin drastisch reduziert. So z.B. in Belgien von rd. 4.000 auf 2.500, in Dänemark von rd. 1.600 auf fast 500, in Spanien von über 13.000 auf rd. 5.000, in Frankreich von 8.600 auf 4.400 und in Portugal von 2.013 auf 250. Nur England hat leicht von 3.500 auf 3.900 gesteigert, in den Niederlanden ist die Zahl praktisch unverändert (1.600 - 1.400). Dem steht in der Bundesrepublik die Zahl von

5.728 im Jahr 1972 gegen 11.614 im Jahre 1987 gegenüber. Wir haben immer die größten Schwierigkeiten, den Kollegen aus den anderen Mitgliedstaaten die besondere Situation der verfassungsmäßigen Grundlagen unseres Numerus clausus und seine Überwachung durch Gerichte zu erklären. Es findet überhaupt kein Verständnis, daß nicht die Universitäten oder die Ministerien die für richtig gehaltenen Zahlen festsetzen und diese dann auch durchhalten kön-

nen. Seit Einführung des N.c. in Italien ist die Bundesrepublik nun der Mitgliedsstaat mit den absolut und relativ höchsten Zulassungszahlen. Die noch bessere Relation in Belgien wird durch das dortige besonders strenge Prüfungssystem im Laufe des Studiums drastisch verändert. Dies wird auch aus der unterschiedlichen Kurvenlage für Belgien in Abb. 1 + 2 deutlich.

Sieht man mal von nicht

Abb. 1 VERHÄLTNISS DER EINWOHNER ZU STUDIENANFANGERN IN DER MEDIZIN / JAHR

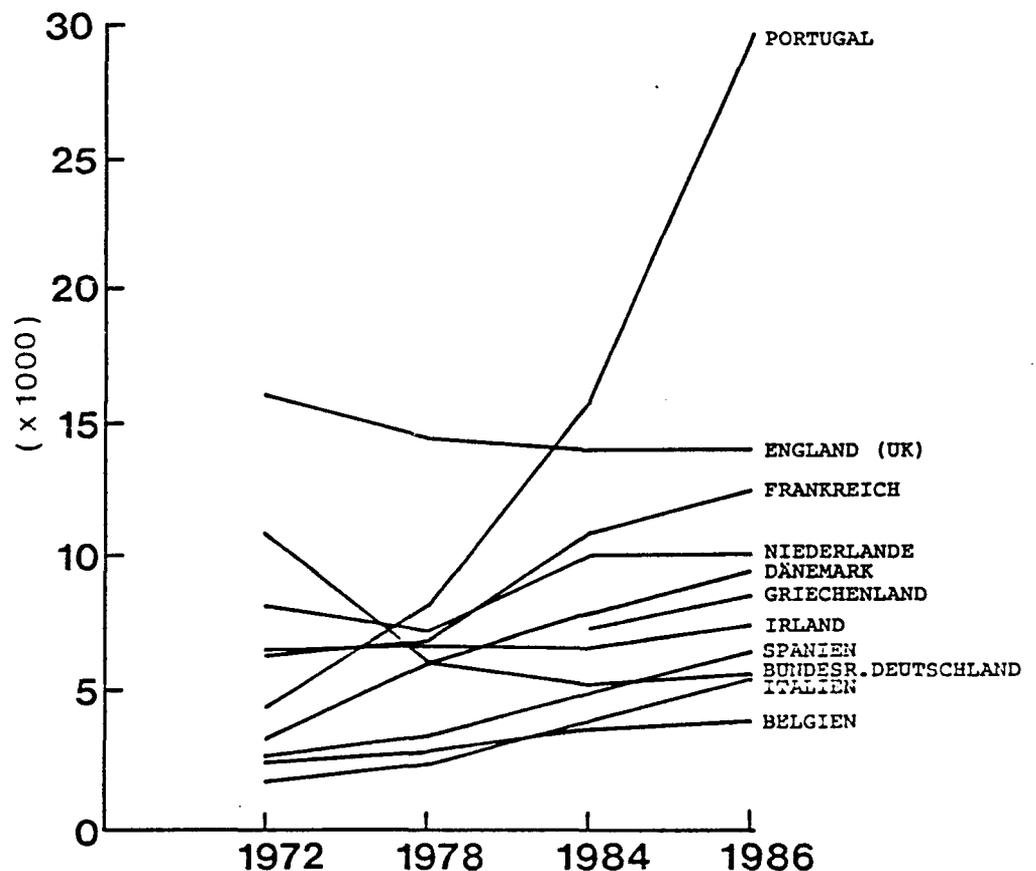
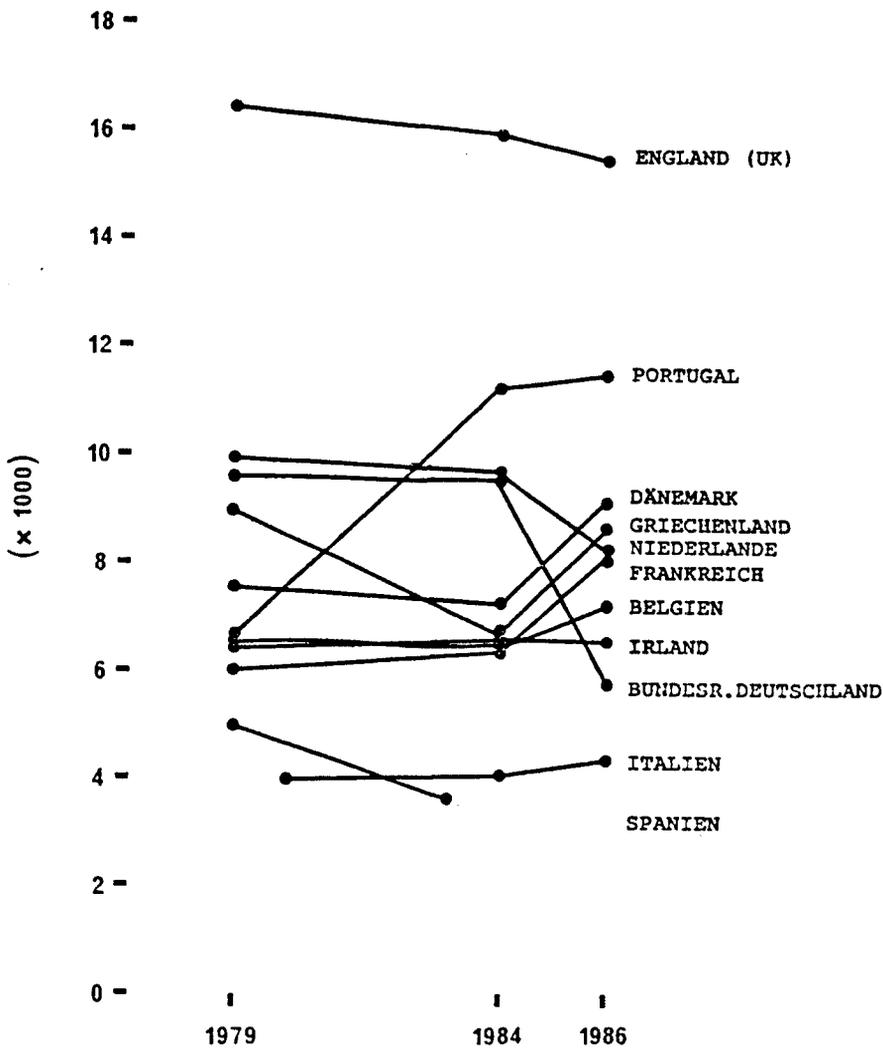


Abb. 2 VERHALTNIS DER EINWOHNER ZUR ZAHL DER NEU APPROBIERTEN ÄRZTE / JAHR



unerheblichen Unterschieden der Arzt-Dichte in den einzelnen Mitgliedstaaten ab, worin sich auch eine unterschiedliche Nachfrage nach ärztlichen Leistungen widerspiegeln mag, so ist im Prinzip das Zahlenverhältnis der Studienanfänger oder auch der neu approbierten Ärzte zur Gesamteinwohnerzahl offenbar die Vergleichszahl, die auf sehr einfache und neutrale Weise Aufschluß über die Ausbil-

dungssituation zu geben vermag. Im beratenden Ausschuß besteht eine deutliche Tendenz die englischen Zahlenverhältnisse von einem Studienbewerber auf rd. 14.000 Einwohner als ein Maß für eine optimale Ausbildung zu erklären und in einen zu verabschiedenden Bericht auch aufzunehmen. Mir erschiene es ein tragbarer Kompromiß, wenn die Zahlen für Frankreich seit der massiven Reduzierung der Zulas-

sungen im Jahre 1984 auf 5.000 pro Jahr (jetzt 4.400 pro Jahr) zugrunde gelegt würden, was einem Verhältnis zwischen 1 : 10.000 und 1 : 12.000 pro Einwohner entspricht. Würde man dies auf Deutschland übertragen, so würde die Zahl der jährlich zuzulassenden Studierenden zwischen 6.000 und 7.000 liegen und damit etwa den Verhältnissen von 1972 wieder entsprechen (3). Dies wird politisch nicht erreichbar sein, z.Z. wird inoffiziell von einer Reduzierung der Studienanfängerzahlen um etwa 15 % gesprochen.

Als Richtgröße, die einen einfachen und raschen Vergleich der Situation in verschiedenen Ländern ermöglicht, scheint mir diese Relation von Studienanfängern oder neu approbierten Ärzten in Bezug zur Einwohnerzahl durchaus brauchbar. Sie erfaßt aber natürlich nicht die Ausbildungssituation im einzelnen. So weist der Bericht des beratenden Ausschusses (2) selbst auf mögliche unterschiedliche Lehrdeputate in den Mitgliedstaaten hin. Auch wäre z.B. für die Bundesrepublik zu fragen, ob eine Reduzierung der Studienanfängerzahlen mit einer Abschmelzung

des Lehrkörpers einhergeht, wie dies in Nordrhein-Westfalen z.Z. versucht wird, oder ob die Abschmelzung nur der Verbesserung des Verhältnisses Lehrer / Schüler dienen soll. Wie schnell sich hier die Verhältnisse ändern zeigt die Modellrechnung für Bochum: Für die vorgesehene Reduzierung der Studienanfängerzahl sollen 18 Stellen des wissenschaftlichen Personals der vorklinischen Fächer gestrichen werden. Allein die zusätzliche Einführung der vom Fakultätentag geforderten Seminarveranstaltungen und die entsprechende Erhöhung des CNW würde den jetzigen Personalbestand weiter erforderlich machen.

Für eine Bestimmung der Ausbildungsqualität bedarf es also weiterer Parameter, die aber - wie eingangs ausgeführt - sehr schwer von Land zu Land vergleichbar zu gewinnen sind.

Anmerkungen

1) Kommission der Europäischen Gemeinschaften: Die ärztliche Ausbildung in der Europäischen Gemeinschaft.

Springer-Verlag: Berlin Heidelberg New York London Paris Tokyo 1987

2) Dokument III/D/230/4/80
vom 10.03.81:

Bericht und Empfehlungen zum
Problem eines ausgewogenen
Verhältnisses zwischen der
Zahl der Medizinstudenten
und den für ihre Ausbildung
erforderlichen Mitteln.

3) Empfehlungen des Wissenschaftsrates zur Struktur
und zum Ausbau der medizinischen Forschungs- und
Ausbildungsstätten. März
1968: Planungsziel für 1972.

Prof. Dr. K. Hinrichsen
Lehrstuhl für Anatomie der
Universität Bochum
Universitätsstraße 150
4630 Bochum 1