

## » Die unendliche Geschichte: Die Reform der ärztlichen Ausbildung

**Zusammenfassung:** Der Versuch einer grundsätzlichen Reform der ärztlichen Ausbildung ist in Deutschland inzwischen eine unendliche Geschichte geworden. Die strukturellen Defizite sind seit langem bekannt:

- ein großes Defizit an praktischen Erfahrungen während der gesamten 6jährigen Ausbildung. Sie werden erst in der anschließenden 1,5jährigen AiP-Phase angeboten.
- eine strikte Trennung der theoretischen vorklinischen 2jährigen Phase und der folgenden 3jährigen vorwiegend theoretischen klinischen Ausbildungsperiode und dem Praktischen Jahr (PJ).
- eine nichtfunktionale Betrachtungsweise der verschiedenen Lehrgegenstände, d. h. kein problemorientiertes Lernen.
- eine Orientierung des Lernoutputs hauptsächlich am Level der Universitätsmedizin, d. h. aber ein Defizit hinsichtlich regionaler Gesundheitsversorgung, Präventivmedizin und Patientenorientierung.
- eine rudimentäre, unsystematische Evaluation der Lehre.
- Darüber hinaus ist in Deutschland die politische Verantwortung für die ärztliche Ausbildung geteilt: Der Bundesgesundheitsminister schreibt den formalen Rahmen, die Approbationsordnung, vor, hängt aber diesbez. von der Zustimmung der 16 Länderregierungen ab. Dieser Länderlevel – repräsentiert durch 16 Wissenschaftsminister – ist verantwortlich für die Universitätskliniken inkl. Forschung und Lehre. Alle wesentlichen Reformen verlangen deshalb den bislang fehlenden Dialog zwischen diesen verschiedenen Regierungspartnern – ganz zu schweigen von den spezifischen Interessen der betroffenen Gruppen, z. B. der Medizinischen Fakultäten, der Studenten, der Ärztekammer und der Gewerkschaften.

Der SPD-Vorschlag versucht alle diese Handikaps zu überwinden. Außerdem soll die Ausbildungszeit durch Wegfall des AiP auf 6 Jahre verkürzt werden. Eines der Hauptziele ist es, eine öffentliche Diskussion darüber anzustoßen, welche Anforderungen und Erwartungen an das professionelle Profil der Ärzte für die nächsten Jahrzehnte nötig sind.

**Reform of medical education:** In Germany there is an old and never-ending debate over the best way to educate future physicians i.e. medical students. The following proposal from the SPD-faction of the federal parliament is only understandable if one is familiar with the specific background here in Germany. There is:

W. Schuster<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Mitglied des Deutschen Bundestages

- a large deficit of practical experience during the entire 6 year curriculum, which is offered mainly in the last year and a half of internship.
  - a strict separation of the theoretical, preclinical phase of 2 years followed by a mainly theoretical orientated 3 years of clinical training period and a practical year.
  - only theoretical consideration of the various topics rather than procedures like problem-oriented-learning.
  - a non-systematic, rudimentary evaluation of the medical teaching process.
  - an orientation of the teaching concentrating mainly on university hospital medicine with its highly selected clientele which means a total lack of concern of community health care, prevention medicine and patient orientation.
  - a divided political responsibility for the medical training: the federal minister of health proscribes the formal framework (Approbationsordnung) which then depends upon the agreement of the 16 federal state governments. The federal state level (represented by 16 ministers of science) is responsible for the university hospitals, including research and education. All substantial reform therefore should require a dialog between all these different governmental partners, dealing with the specific interests of the involved groups, and including for instance the medical school faculties, students, physician associations and trade unions, all of which has been missing up to now.
- The SPD-proposals are trying to overcome these handicaps and to shorten the training period. One of the main goals is to initiate a public discussion about the demands and expectations on the professional profile of medical doctors in the coming decades.

**Key words:** Reform of medical education – Regional health care system

Als ich 1966 an der Universität Tübingen mein Staatsexamen als Arzt ablegte, beklagten wir schon damals, daß das Medizinstudium zu stark theorielastig und zu wenig praxisnah sei und sich, von wenigen Ausnahmen abgesehen, an hochselektierten Krankheitsbildern der Hochschulmedizin und nicht der allgemeinen Krankenversorgung orientiere. Heute, 30 Jahre später, muß ich als Gesundheitspolitiker feststellen, daß sich – abgesehen von einigen Reformansätzen (Robert-Virchow-Klinikum in Berlin, Witten/Herdecke, Greifswald, München etc.) – wenig geändert hat. Allerdings haben sich die Studentenzahlen sicher mehr als verdoppelt – bei nicht wesentlich veränderten Ausbildungsvoraussetzungen.

Auch heute ist de facto das Leitbild in der Ausbildung der „Facharzt für...“ möglichst mit Qualifikation zur wissenschaftlichen Arbeit. Während ihrer Ausbildung erfahren angehende Ärzte wenig über Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation. Auf eine bedarfsgerechte, ganzheitliche Krankenversorgung und Gesundheitsvorsorge sind die jungen Ärztinnen und Ärzte nicht ausreichend vorbereitet.

Verständnis für die Verknüpfung der Zusammenhänge von Gesundheit und sozialen und ökologischen Umfeldbedingungen, für die besonderen Situationen von Kindern, Männern und Frauen und für die ökonomische Verantwortung im Rahmen des sozialen Sicherungssystems wird nur ausnahmsweise vermittelt. Fächerübergreifendes, vernetztes Denken wird nur ansatzweise trainiert. Der Umgang mit den kranken Menschen und seinen Angehörigen und die dringend notwendige Zusammenarbeit mit anderen Heil- und Hilfsberufen (Krankenpflege, Physiotherapie, Psychotherapie) aber auch die Bedeutung der nicht primär ärztlichen Gesundheitsförderung in kommunalen Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen u. a. werden in ihrem für den betroffenen Patienten erfolgreichem Zusammenwirken nur selten erfahren. Es fehlt die Vermittlung von sozialer Kompetenz. Das Bewußtsein, das *im Mittelpunkt* einer adäquaten Gesundheitsversorgung nicht der Arzt, sondern der *Patient steht*, wird den meisten Studenten eigentlich erst nach ihrer Ausbildung bewußt, den Hausärzten stärker als den Fachärzten.

Die unbestritten als notwendig erachtete Erweiterung des Lehrstoffes (z.B. Sozialmedizin, Umweltmedizin, medizinische Informatik, Psychologie etc.) wird in „altbewährter“ Weise den Studentinnen und Studenten im Kurrikulum einfach zusätzlich aufgebürdet. Eine grundsätzliche *Entrümpelung des Lehrstoffes* ist bislang unterblieben.

Dabei gibt es seit vielen Jahren konkrete Verbesserungsvorschläge nicht nur der Medizinstudenten, sondern auch z.B. des Murrhardter Kreises oder des Wissenschaftsrates. Engagierte Reformkonzepte einzelner medizinischer Fakultäten drohen bislang an fehlenden Modellversuchsklauseln der ärztlichen Approbationsordnung zu scheitern.

Der Ruf nach einer *grundsätzlichen Reform* ist nicht nur von den Medizinstudenten, sondern auch wiederholt vom Deutschen Ärztetag (zuletzt 1996) gefordert worden. Bislang scheiterten alle Reformversuche letztlich am Widerstand des medizinischen Fakultätentages und an der Unfähigkeit der Politiker, sich über solche Partikularinteressen in Verantwortung für eine zukunftsweisende Gesundheitsversorgung hinwegzusetzen. Das Bewußtsein der Entscheidungsträger, daß die Qualität der Ausbildung letztlich auch die Qualität der Gesundheitsversorgung in den nächsten Jahrzehnten wesentlich beeinflußt, scheint eher unterentwickelt zu sein. Dies gilt erst recht für die allgemeine Öffentlichkeit.

Dafür gibt es naturgemäß auch ein paar Gründe. So ist die Approbationsordnung eine Rechtsverordnung, die formal vom Bundesgesundheitsminister (BMG) zusammen mit den Ländern (Bundesrat) verabschiedet wird. Die in diesen Gremien geführten Diskussionen gelangen naturgemäß nur selten über den direkt betroffenen Insiderkreis hinaus. Eine wirklich öffentliche Diskussion darüber, welche Erwartungen die Gesellschaft zu Recht an ÄrztInnen im 21. Jahrhundert zu

stellen hat, erfolgt nicht. Zusätzlich erschwerend wirkt, daß funktionell *Aus- und Weiterbildung* von ÄrztInnen im *Gesamtzusammenhang* zu sehen sind, die Zuständigkeiten hierfür aber in unterschiedliche Kompetenzbereiche fallen. Folgerichtig stößt jeder Vorschlag, einen mehrdimensionalen Lösungsansatz zu wählen, von vornherein auf die berühmte Vorgartenmentalität mit entsprechendem Zuständigkeitsgerangel.

Ähnliches gilt in mehrfacher Hinsicht auch für die *unterschiedlichen Bund-Länder-Zuständigkeiten*. Die Approbationsordnung selbst fällt in die Zuständigkeit des Bundes, die praktische Umsetzung in den Universitätskliniken jedoch in die der Länder. Hier aber entscheiden vor allem die Wissenschafts- und im Hintergrund noch entscheidender die Finanzminister. Ein systematischer Dialog über Zukunftsperspektiven ärztlicher Ausbildung zwischen den Gesundheits- und Wissenschaftsministern ist in den einzelnen Bundesländern eher die Ausnahme als die Regel. In Zeiten leerer öffentlicher Kassen ist die Bereitschaft in den Ministerien zur vernetzten Zusammenarbeit zusätzlich beeinträchtigt.

Hinzu kommt die fehlende Bereitschaft des Bundes, sich für eine ernsthafte Reform der Approbationsordnung einzusetzen. Es war der *Bundesrat*, der mit Beschlüssen vom November 1986 und Dezember 1989 folgende *Verbesserung* des Medizinstudiums *gefordert* hatte:

- Engere Verzahnung von klinischen und vorklinischen Ausbildungseinheiten
- Verstärkung des praktischen Unterrichts am Patienten
- Stärker fächerübergreifendes integrierendes Studium
- Einführung von Blockunterricht bzw. Praktika
- Anpassung der Zahl der Medizinstudenten an die Ausbildungsmöglichkeiten.

Spätestens seit dieser Zeit ist die unendliche Geschichte aktenkundig. Es haben viele Gespräche zwischen Bund- und Länderministerien stattgefunden. Es gab eine Reihe von inoffiziellen BMG-Entwürfen, zuletzt der Referentenentwurf vom 22.9.97 und jetzt per Kabinettsbeschuß vom 17.12.97 die offizielle Vorlage des BMG als Bundesratsdrucksache 1040/97.

Um dieser „unendlichen Geschichte“ etwas mehr Schwung zu verleihen, haben Gesundheitspolitiker der *SPD-Bundestagsfraktion* bereits 1995 begonnen, ihrerseits Alternativen zu formulieren. Diese Eckpunkte wurden zuerst in ganz kleinem Kreis von Gesundheitspolitikern der SPD-Bundestagsfraktion und einiger Bundesländer als Eckpunkte vorbereitet. Sie wurden dann im Herbst 1995 mit einem kleinen Kreis mit Dritten diskutiert und im Mai 1996 in einer SPD-internen Anhörung Vertretern einschlägiger Verbände und Interessenvertretungen zur kritischen Beurteilung vorgestellt und entsprechend überarbeitet. Danach erfolgte ein mühseliger Abstimmungsprozeß mit den verschiedenen SPD-Gremien. Manchmal wollten die drei Primärautoren, meine ärztlichen Kollegen Braune, Wodarg und ich, schon das Handtuch werfen, da sich vor allem die Verständigungsschwierigkeiten zwischen Wissenschafts- und Gesundheitspolitikern als erheblich erwiesen. Letztlich war es dann der aktiven Unterstützung des rheinland-pfälzischen Wissenschaftsministers, Prof. Jürgen Zöllner, der als Arzt in seiner Person beide Aspekte repräsentiert, zu verdanken, daß die SPD-Bundes-

tagsfraktion im Oktober 1997 einen formellen Antrag zur Reform der ärztlichen Ausbildung (BT.Drs. 13/8901) eingebracht hat: spät, aber nicht zu spät. Das Deutsche Ärzteblatt titelte damals „Wettlauf um Reformkonzept“ (24.10.97).

Was sind nun die *Schwerpunkte der SPD-Vorstellungen?*

1. *Patientennahe, praktische Ausbildung* vom ersten Semester an als integraler Bestandteil des Studiums, um den Studenten von Anfang an Einblick in ihr späteres Berufsumfeld zu ermöglichen.
2. Konsequente *Verzahnung* von klinischen und vorklinischen Fächern während der gesamten Dauer des Studiums.
3. *Fächerübergreifende*, problemorientierte und praxisbezogene Wissensvermittlung, wie sie in anderen Ländern (USA) bereits erfolgreich praktiziert wird.
4. Bewußte *Einbeziehung regionaler Gesundheitsversorgungseinrichtungen* (Arztpraxen, Gesundheitsämter, Beratungsstellen, Sozialstationen, Krankenhäuser etc.) in der Region der Universitätsklinik, um einen möglichst vielfältigen alltäglichen Einblick in das Lebensumfeld von Patienten zu ermöglichen. Dies erleichtert gleichzeitig die funktionale Einbindung der Universitätsklinik in die Gesundheitsversorgungsstrukturen der Einzugsregion.
5. *Verkürzung des Studiums* durch Wegfall des bisherigen praktischen Jahres (PJ) und des Arztes im Praktikum (AiP). Staatsexamen und Approbation ermöglichen bereits nach sechs Studienjahren eine eigenverantwortliche Tätigkeit in der Krankenversorgung und eigenverantwortliche Weiterbildung. Dies nützt nicht nur den StudentInnen, da sie deutlich jünger in die berufliche Tätigkeit entlassen werden können, sondern auch den Ausbildungseinrichtungen durch eine entsprechende Entlastung. Dem schließt sich natürlich die obligatorische, mehrjährige Weiterbildung zum Haus- oder Gebietsarzt für diejenigen an, die später in leitende Krankenhausfunktionen oder als niedergelassene Ärzte tätig werden wollen.
6. Den *Hochschulen wird in der Lehre mehr Autonomie* gewährt, um ein eigenes Profil und Wettbewerb untereinander zu ermöglichen. Da am Ende der 6jährigen Ausbildung ein Staatsexamen abzulegen ist, bedeutet dies eine bundeseinheitliche Festlegung des Ausbildungszieles anstatt wie bisher des Ausbildungsweges. Gleichzeitig sind Mindeststandards notwendig.
7. *Systematische Evaluation* der Lehre, sowohl bei konventionellen Studiengängen als auch bei Modellstudiengängen. Mit diesem regelmäßigem Feedback soll Lehre stärker als bisher professionalisiert werden.
8. In den Universitätskliniken sind *drei getrennte Budgets* für Krankenversorgung, Lehre und Forschung einzuführen, um organisatorisch und finanziell klare Verantwortungsbereiche zu schaffen.
9. Da die Verantwortung für die Ausbildungsqualität auch in Zukunft bei den Hochschulen verbleibt, sind *in den Hochschulkliniken geeignete Maßnahmen* (z.B. Organisation durch Studiendekanate, Vertragsgestaltungen mit Gesundheitseinrichtungen) zu treffen.

Wie die unendliche Geschichte schlußendlich ausgehen wird, ist derzeit noch nicht endgültig abzusehen. Das BMG möchte seine Bemühungen noch vor dem Ende der Bundestagswahlperiode, d. h. bis September 1998 als Rechtsverordnung verabschieden lassen. Es hat daher nicht ganz zufällig erhebliche

Veränderungen zwischen dem Referentenentwurf vom September und dem Kabinettsbeschuß vom Dezember 1995 gegeben. Vor allem in der redaktionell völlig überarbeiteten Begründung wird deutlich, daß selbst *das BMG einige der von uns formulierten Zielvorstellungen zumindest mittelfristig für wünschenswert erachtet*. Andererseits haben einige Bundesländer erneut Nachbesserung im Sinne der Bundesratsbeschlüsse 1989 gefordert, denn auch der Kabinettsbeschuß hält z. B. an der Trennung von Vorklinik und Klinik sowie dem PJ und AiP fest. Außerdem sehen die wesentlich erweiterten Möglichkeiten für den Modellstudiengang immer noch als praktisches K.O.-Kriterium vor, daß die Modelluniversitätskliniken glaubhaft regeln müssen, wie beim Übergang von ihrem Modellstudiengang in den Regelstudiengang einer anderen Universitätsklinik hinsichtlich des Weiterstudiums zu verfahren ist. Dies bedeutet voraussichtlich auch für ein Modell die Festschreibung der beiden Ausbildungsphasen Vorklinik/Klinik. Auch die Länderforderung nach einer kapazitätsneutralen Umsetzung birgt noch erheblichen Sprengstoff im Detail. Andererseits setzt der SPD-Vorschlag in seiner Konsequenz voraus, daß die Bundesärzteordnung als Bundesgesetz modifiziert wird. Dies scheint aus Zeitgründen wenig realistisch zu sein.

*Ein tragfähiger Kompromiß* könnte so aussehen, daß sich das BMG bereiterklärt, doch noch einige Nachbesserungen vorzunehmen und vor allem die Voraussetzungen für den Modellstudiengang so zu präzisieren, daß für die Reformuniversitäten ein realistischer Anreiz besteht, die unbestritten notwendigen zusätzlichen Mehrbelastungen eines Modellstudienganges in Angriff zu nehmen. Die Experimentierklausur müßte also auch de facto ihrem Namen gerecht werden. Damit würde sich nach meinem Verständnis sehr schnell eine Konkurrenzsituation zwischen Reformuniversitäten einerseits und den übrigen andererseits herausbilden. Wenn sich dann zusätzlich die Wettbewerbsvorteile der Reformuniversitäten durch Evaluationen öffentlich dokumentieren ließen, käme der Reformansatz auf die richtigen Gleise. Der zweite Teil der unendlichen Geschichte könnte dann mit aller Gelassenheit in der nächsten Wahlperiode (inkl. Änderung der Bundesärzteordnung) abgeschlossen werden. Der derzeitige Zustand jedenfalls ist weder für die betroffenen StudentInnen wie auch die zukünftigen Patienten nicht zu verantworten. Um die grundsätzliche Reformbereitschaft zu erhöhen, bedarf es in den nächsten Monaten einer verstärkten *öffentlichen Diskussion* auch und gerade zwischen den Betroffenen der einzelnen Universitätskliniken.

Dr. W. Schuster

Bundeshaus NHA 334

53113 Bonn

E-mail: [bonn@schuster-idstein.de](mailto:bonn@schuster-idstein.de)

Homepage: <http://www.schuster-idstein.de>