

AUSBILDUNGSKAPAZITÄT UNTER DEM ASPEKT EINER NEUEN APPROBATIONSORDNUNG FÜR ÄRZTE (ÄAPPÖ)

MARTINA SCHÄFER, WOLFGANG HARDEGG, HEIDELBERG

Zusammenfassung

Eine neue Approbationsordnung sollte vor allem folgende Aufgaben erfüllen:

- Eine Verstärkung der praktischen Ausbildung, um die praktischen Fähigkeiten der Studierenden zu verbessern
- Eine mäßige Senkung der Zulassungszahlen - wobei Bedarfsgesichtspunkte keinerlei Rolle spielen und auch nicht spielen dürfen. Der Bedarf an Ärzten ist eine nicht exakt bestimmbare Zahl und hängt entscheidend davon ab, wieviel die Bevölkerung für die Gesundheitsvorsorge und -fürsorge zu bezahlen bereit ist. Es besteht aber kein Zweifel daran, daß ein Übermaß an Ärzten das gesamte Finanzierungssystem der Gesundheitspolitik zu sprengen vermag.

Die Frage der Zulassungszahl und ihrer Bestimmung spielt im Moment eine sehr wichtige Rolle. Entsprechende Analysen und Vorschläge für das methodische Vorgehen werden in dieser Arbeit beschrieben. Die Frage der Prüfungen und der Prüfungsstrukturen sind in dieser Zusammenstellung nicht enthalten (s. dazu Hardegg et al. 1995).

Summary

Primarily a new Approbationsordnung (ÄAppO) should have the following functions:

- an intensification of the practical training to enhance the practical abilities of the students
- a moderate lowering of the number of permitted students - at which the requirement-aspects do not and must not play any role. The demand for physicians is a number which cannot be exactly determined. It depends crucially on how much the population is ready to pay for health care and public health services. Yet there can be no doubt that an excess of physicians might possibly be beyond the scope of the whole financial system of Public Health policy.

The problem of the number of permitted students and its determination currently plays a very important role. Corresponding analyses and suggestions for the methodical procedures are being described in this work. The problem of examinations and their structures are not included in this survey (refer to: Hardegg et al. 1995).

Im Dezember 1995 wurde ein Bund-Länder-Entwurf für eine neue Approbationsordnung vorgelegt, der auf mehreren richtungsweisenden Beschlüssen des Bundesrates basiert. Diese beinhalten eine stärkere praktische Ausrichtung schon zu Beginn der Ausbildung, insbesondere durch eine stärkere Verzahnung von Klinik und Vorklinik und ein frühzeitiges Angebot fächerübergreifenden Unterrichts. Dieser Entwurf fand unter anderem Zustimmung - mit teilweisen Einschränkungen - bei den Sozial- und Kultusministern der Länder.

Der Entwurf wurde vom ordentlichen Medizinischen Fakultätentag (MFT) am 7./8. Juni 1996 in Leipzig und auf einem außerordentlichen Fakultätentag am 26. November 1996 in Mainz abgelehnt und zwar im wesentlichen wegen der Reduktion der Vorlesungsstunden zugunsten des sog. Kleingruppenunterrichts insbesondere am Patienten. Dabei spielte die Frage, ob der erste Studienabschnitt auf zwei Jahre oder zweieinhalb Jahre angesetzt werden sollte, keine so wesentliche Rolle.

Im September 1996 wurden von einer vom MFT in Leipzig eingesetzten sog. Präsidialkommission „Empfehlungen zur Änderung der Approbationsord-

nung für Ärzte“ vorgelegt, die im Januar 1997 noch ergänzt wurden.

Die vorliegende Arbeit bezieht sich im wesentlichen auf den Aspekt des personellen Unterrichtsaufwandes pro Student - ausgedrückt in dem sogenannten Curricularnormwert (CNW) - und auf die Frage einer ausreichend genauen Bestimmung der patientenbezogenen Kapazität im zweiten klinischen Studienabschnitt.

Im Laufe des Jahres 1995 wurde der Verwaltungsausschuß der ZVS offiziell vom Bundesministerium für Gesundheit darüber informiert, daß die Rechtsgrundlagen im Studiengang Medizin durch eine neue Approbationsordnung verändert werden soll. Der Verwaltungsausschuß hat auf seiner Sitzung am 20.09.1995 die zuständigen Gremien der ZVS gebeten eine Stellungnahme zu den Vorstellungen des Bund-Länder-Entwurfs (Dezember 1995) zu erarbeiten.

Aus einem reinen Mißverständnis heraus ergab diese Überprüfung einen CNW von 12,2, woraufhin der Verwaltungsausschuß, der diesen CNW - völlig zu recht - für zu hoch erachtet, am 25.02.1997 dem Unterausschuß „Kapazitäts-verordnung“ empfohlen hat, „...die

engen Beschränkungen im Hinblick auf die Vorgabe der Gruppengrößen nochmals zu überprüfen.“

Fälschlicherweise wurde für den Unterricht am Krankenbett eine personalbezogene Gruppengröße von 3 eingesetzt, anstatt dem korrekten Wert von 5. Es wurde hier der personalbezogene Parameter mit dem patientenbezogenen verwechselt. Dieses Vorgehen führt zu einer Erhöhung des Curricularnormwertes, die dem Gebot der erschöpfenden Nutzung eindeutig widerspricht. Eine korrekte Berechnung unter Einbeziehung weiterer Faktoren und Überlegungen ergibt einen CNW von 8,7; mit einem solchen Curricularnormwert wären viele Mängel der bisherigen Ausbildungsstruktur zu beseitigen.

Im Vergleich zur 7. Änderungsverordnung der Approbationsordnung vom 21.12.1989 würde ein solcher Wert eine etwa 20%ige Senkung der Zulassungszahlen nach sich ziehen. Dieses wurde allgemein als politisch durchsetzbar angesehen.

Da es nicht möglich war, zwischen den Vorschlägen des Bund-Länder-Entwurfs und der Präsidialkommission der Medizinischen Fakultäten eine zufriedenstellende Übereinstimmung herzustellen, hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) nach weiteren Besprechungen am 24.03.1997 ein sogenanntes „Eckdaten-Papier“ veröffentlicht, das man als möglichen Kompromiß zwischen den divergierenden Auffassungen ansehen kann.

Im Hinblick auf die Vorstellungen des Verwaltungsausschusses der ZVS wurde in diesem Eckdaten-Papier nahezu vollständig auf Zahlenwerte jeglicher Art verzichtet. Es wurden weder Stundenzahlen noch Gruppengrößen angegeben - wie im übrigen auch beim 2. Entwurf der Präsidialkommission vom Januar 1997. Die einzigen Zahlenangaben, die in diesem Papier noch verbleiben, sind die patientenbezogenen Gruppengrößen 2 und 6 beim Unterricht am Krankenbett.

Es muß eines deutlich festgestellt werden:

Ohne entsprechende Zahlenwerte ist nach gegenwärtigem Recht keine eindeutige Kapazitätsbestimmung - und zwar weder personal- noch patientenbezogen - möglich.

Das heißt, weder beim sogenannten Eckdaten-Papier des BMG noch beim Entwurf der Präsidialkommission kann derzeit der Curricularnormwert und die patientenbezogene Kapazität - und damit die Zulassungszahl - ausreichend exakt bestimmt werden.

Legt man nun die gleichen methodischen Kriterien wie beim Bund-Länder-Entwurf an - ein nach mehr als 20 Jahren gerichtsfestes und ausgefeiltes Verfahren zur Bestimmung der Kapazität - führt der September-Entwurf der Präsidialkommission für die ersten 4 Studienjahre zu einem CNW von 4,8. Dies würde gegenüber dem jetzigen Curricularnormwert von 7,27 eine Verminderung von einem Drittel bedeuten, was zur Folge hätte - da nur nach diesem Wert die Zulassungszahl bestimmt wird - daß diese um 50% erhöht werden müßte. Gleichwertige Ergebnisse resultieren bei der Berechnung der patientenbezogenen Kapazität. Daß

eine solche Auswirkung sämtliche Reformbestrebungen zunichte machen würde, ist sicherlich unbestritten.

Die MFT-Kommission - dieses wohl erkennend - machte den Vorschlag, die Kapazitätsberechnung anhand von definierten Studienplätzen in den beiden praktischen Jahren festzulegen. Dabei ist vorgesehen, daß die Studierenden mindestens ein Jahr von diesen beiden Jahren an einem Universitätsklinikum studieren müssen und daß pro Student 8 tagesbelegte Betten als Maximum vorzusehen sind.

Derartige Festlegungen könnten durchaus getroffen werden; es ist aber füglichst zu bezweifeln, daß sie gerichtsfest sind, und zwar aus folgenden Gründen:

1. Einen Engpaß zwischen dem 5. und 6. Studienjahr zu legen, führt mit Sicherheit zu Teilzulassungen für die ersten 4. Studienjahre. Auf die gegenwärtige rechtliche Situation mit Teilzulassungen für die ersten zwei Jahre wird hingewiesen. Für die ersten 4 Jahre existieren jedoch keine konkreten Vorschriften, die zu einer gleichmäßigen und erschöpfenden Nutzung, wie es das Bundesverfassungsgerichts vorschreibt, führen könnten. D.h. für den Eingangsbereich des Medizinstudiums und den zweiten Teil bis zum Ende des 4. Studienjahres besteht keine Grundlage für eine Bestimmung der erschöpfenden Nutzung!
2. Der Ansatz von 8 tagesbelegten Betten pro Student führt nach allen Erfahrungen zu einer Verringerung des praktischen Lehrerfolgs; es sollten mindestens 12-15 Betten als Richtwert angesetzt werden.

Es ist an sich nicht überzeugend, warum die Präsidialkommission auf der zweijährigen Praktischen Ausbildung entsprechend dem gegenwärtigen „Praktischen Jahr“ beharrt. Hier müssen Überlegungen vorliegen, die sachlich nur schwer begründbar sind.

Die Präsidialkommission verzichtet in ihrem Entwurf völlig auf eine personalbezogene Kapazitätsbestimmung. Sie will sich vielmehr auf eine patientenbezogene Kapazität der beiden Praktischen Jahre stützen.

Eine personalbezogene Kapazitätsbestimmung, eventuell auch nur als Überprüfungstatbestand ist in jedem Falle unerläßlich, besonders für den vorklinischen Studienabschnitt.

Es ist unsinnig zu glauben, daß man ohne eine Personalbedarfsbestimmung einen vernünftigen Unterrichtsaufbau gewährleisten kann. Man könnte sich natürlich vorstellen, daß tatsächlich der patientenbezogene Parameter so bestimmend ist, daß man auf den personalbezogenen keine Rücksicht mehr nehmen kann; aber dann müßte man gegebenenfalls auch daran denken, daß der Personalbestand reduziert werden müßte.

In den Bestimmungen bezüglich des Praktischen Jahres liegt auch der entscheidende Unterschied zwischen dem Eckdaten-Papier des BMG und dem Entwurf der Präsidialkommission. Während erstere eine einjährige Praktische Ausbildung an Universitätskliniken und Akademischen Lehrkrankenhäusern vorsieht, geht die Präsidialkommission von einer zweijährigen Praktischen Ausbildung aus.

Bei den Beratungen über den Bund-Länder-Entwurf wurde bereits früher die Frage einer Erweiterung des Praktischen Jahres eingehend überprüft. Aus verschiedenen Gründen einigte man sich auf ein zusätzliches halbes Jahr; ein höherer Zeitanteil wurde verworfen. Für dieses halbe Jahr waren die sogenannten Blockpraktika (§ 2 Abs. 3) eingeführt worden.

Eine weitere wesentlich Unterscheidung zwischen den beiden verschiedenen Vorschlägen ist die, daß die praktische Ausbildung beim Entwurf der Kommission erst ab dem 3. Studienjahr (also dem 6. Semester) stattfinden soll.

Das späte Einsetzen der praktischen Ausbildung widerspricht allerdings allen, auch ausländischen Erfahrungen.

Es dürfte allgemein anerkannt sein, daß die besten Ergebnisse eines Medizinstudiums dann erreicht werden, wenn die theoretischen Elemente der Ausbildung in Verbindung mit der praktischen Anschauung gelehrt werden. Ebenso wie klinisch-praktische Studieninhalte bereits im 1. Studienabschnitt integriert werden, sollen die theoretischen Grundlagen auch in den klinischen Studienabschnitten vermittelt werden.

Neben dieser vertikalen Verzahnung wird im Konzept des Bund-Länder-Entwurfs aber auch eine horizontale Verzahnung angestrebt. D.h. die Fächer, die zur gleichen Zeit stattfinden, müssen miteinander kommunizieren; hier lagen leider noch keine quantitativen Anweisungen vor.

Eine weiteres wichtiges Unterscheidungsmerkmal zwischen dem Eckdaten-Papier und dem MFT-Entwurf ist der Anteil des Unterrichts in kleinen Gruppen. Während im Bund-Länder-Entwurf das Verhältnis zwischen Vorlesungen und Kleingruppenunterricht (Seminare, Praktika, Unterricht am Krankenbett, Blockpraktika und Gegenstandsbezogene Studiengruppen) etwa 1/3 zu 2/3 beträgt, bevorzugt das Konzept der Präsidialkommission deutlich die Veranstaltungsart Vorlesungen; das Verhältnis liegt hier bei etwa 50%.

Um es deutlich herauszustellen: Vorlesungen sind ein unverzichtbarer und wichtiger Bestandteil des Medizinstudiums.

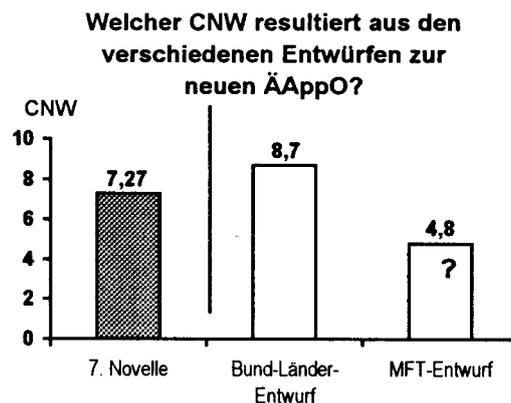
Da die Gesamtzahl der Unterrichtsstunden nicht erhöht werden kann und darf, muß, wenn der Kleingruppenunterricht verstärkt werden soll - und damit ein höherer CNW resultieren würde - die Anzahl der Vorlesungsstunden verringert werden. Dadurch wird auch der Unterschied zwischen dem CNW des Bund-Länder-Entwurfs (8,7) und dem der MFT-Kommission (4,8) verständlich.

Im übrigen sind die Ausbildungsziele und -inhalte der beiden Entwürfe sehr ähnlich.

Es ist insgesamt gesehen auch nicht so entscheidend, inwieweit die inhaltliche Gestaltung des Studienganges innerhalb der einzelnen Medizinischen Fakultäten voneinander abweichen. Jede Medizinische Fakultät hat ausdrücklich das Recht ihre eigenen Vorstellungen bezüglich des Ablaufs durchzusetzen.

Entscheidend wichtig ist aber die allgemeine Festsetzung der Art der Unterrichtsveranstaltungen und der

jeweiligen Teilnehmerzahl in einer bestimmten Veranstaltungsart.



Aus den oben dargestellten Curricularnormwerten würden sich folgende Auswirkungen auf die Zulassungszahl ergeben:

	Zulassungszahl
Bund-Länder-Entwurf	Senkung um 20%
MFT-Entwurf	Erhöhung um etwa 40%

Literatur

- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT: *Eckpunkte-Papier zur Reform des Medizinstudiums*; BMG/Abt.3; 24.03.1997
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT: *Entwurf einer Approbationsordnung für Ärzte*; Fassung nach dem Arbeitsstand der Bund-Länder-Arbeitsgruppe, Dezember 1995.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT: *Vorschläge zur Gestaltung des Medizinstudiums der Sachverständigenengruppe zu Fragen der Neuordnung des Medizinstudiums*. Geschäftszeichen: 315-4331-0/43 B.; Bonn 12.11.1992.
- BUNDESRAT: *Begründung* vom 21.12.1989. Drucksache 632/89
- BUNDESRAT: *Beschluß* vom 07.11.1986. Drucksache 372/86.
- BUNDESRAT: *Beschluß* vom 21.12.1989. Drucksache 632/89
- HARDEGG W., BAYER A., NELLE A. & SCHÄFER M.: *Prognose über die Auswirkungen eines Konzeptes zur Neugestaltung des Medizinstudiums nach den Vorschlägen der Sachverständigenengruppe zu Fragen der Neuordnung des Medizinstudiums*; Heidelberg, 1993

HARDEGG W., SCHÄFER M., NELLE A. & RICHTERICH A.:
*Untersuchung ausländischer Prüfungssysteme im
Studiengang Medizin im Zusammenhang mit den
Diskussionen zur neuen Approbationsordnung für
Ärzte*; Heidelberg 1995, Druck: Medizinischer Fa-
kultätentag

HARDEGG W., SCHÄFER M.: *Reform des Medizinstudi-
ums - Untersuchungen über Voraussetzungen, Not-
wendigkeiten und Möglichkeiten der Realisierung*;
Heidelberg, 1996; Zu beziehen durch: Prof. Dr. W.
Hardegg, Im Gabelacker 3, 69120 Heidelberg

HARDEGG W., SCHÄFER M.: *Erläuterungen zu den Ent-
würfen der Approbationsordnung für Ärzte vom De-
zember 1995*; Heidelberg, März 1996

MFT-PRÄSIDIALKOMMISSION: *Empfehlungen zur Neu-
fassung der Approbationsordnung für Ärzte*; Sep-
tember 1996 und Ergänzung Januar 1997.

Wir danken Frau E. Eckl und den Herren H. Hanse-
mann und B. Schroller für die wertvolle Mitarbeit und
Hilfe bei der Abfassung dieser Arbeit.

Anschrift der Verfasser:

Planungsgruppe Medizin
Bergheimerstraße 20
D -69115 Heidelberg