

# WAS BRINGT DAS ECKPUNKTE-PAPIER ?

## - ZUM STAND DER REFORM DES MEDIZINSTUDIUMS

R. P. NIPPERT, MÜNSTER

### Zusammenfassung

Das Eckpunkte-Papier des Bundesministers für Gesundheit (BMG) stellt die konsensfähigen und noch konsensbedürftigen Teile einer 8. Nov. der Ärztlichen Approbationsordnung (ÄAppO) vor. Grundlage dieser Darstellung sind der Entwurf einer Approbationsordnung für Ärzte, Fassung nach dem Arbeitsstand der Bund-Länder-Arbeitsgruppe, Dezember 1995 und die Empfehlungen der Präsidialkommission des Medizinischen Fakultätentages zur Neufassung der Approbationsordnung für Ärzte. Die Implikationen beider Entwürfe werden vor dem Hintergrund der politischen Realisierbarkeit diskutiert.

### Summary

The licensing regulations for physicians (Approbationsordnung für Ärzte) are to be rewritten. At the time only two proposals are still being discussed. The one of the Federal Ministry of Health and the proposal by the Medizinischer Fakultätentag (the representation of medical schools in Germany). The proposals differ in many respects. A fundamental difference lays in the diverging concept of the structure of the curriculum and the examination characteristics during the clinical training phase.

The strengths and weaknesses of both are demonstrated. A consensual blend of both proposals is discussed regarding the political chances for implementation.

---

Seit der Veröffentlichung der „Empfehlungen zur Neufassung der Approbationsordnung für Ärzte“ durch die Präsidialkommission des Medizinischen Fakultätentages (MFT) im Herbst 1996, ist die Diskussion um die 8. Novelle der Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO) wieder lebhaft geworden. Dies geschah nicht zuletzt dadurch, daß der Zeitplan von einem Ereignis mitbeeinflusst wird, das für die Bundesrepublik insgesamt von großer Bedeutung ist, der Wahl zum Deutschen Bundestag 1998. Mit diesem Termin im Rücken, verengt sich das Zeitfenster für die erfolgreiche Konsensfindung zwischen dem Ministerium für Gesundheit und den die Ausbildung tragenden Fakultäten sowie den beteiligten Organisationen und berufsständischen Interessenvertretungen von Tag zu Tag. Durch diese zeitliche Enge wird es nachvollziehbar, daß inzwischen - seitens des Ministers - die Problematik: **Reform des Medizinstudiums** sich auf eine „bloße“ Novellierung der ÄAppO reduziert. Die ursprünglich angekündigte „Jahrhundertreform“ der Mediziner Ausbildung wird ins nächste Jahrtausend verschoben und zunächst vorrangig die Realisierung der „Minimalreform“, d.h. die Durchführung einer Approbationsordnungsneuvollziehung, betrieben.

In diesem Verfahren kommt es dem Ministerium gelegen, daß die Konsensbereitschaft auf Seiten der Fakultäten und Fachbereiche zu einer Novellierung so groß ist, daß das Reformbemühen auf eine schlichte Ab-

gleichsform zwischen dem ministeriellen Hausentwurf, der freilich einige Ergänzungen durch die Bund-Länder-Kommission erfahren hat, und dem Entwurf der Präsidialkommission des MFT hinausläuft. Das sind zur Zeit die beiden wesentlichen, noch als Spieler in diesem Match übrig gebliebenen Beteiligten.

Es ist daher zwar eine insgesamt wichtige, aber wohl kaum von Erfolg gekrönte Aufgabe, weiterhin generelle Reformkonzepte zu verfolgen, die die hierzulande angebotene Mediziner Ausbildung mit langfristiger Perspektive zu reformieren beabsichtigen.

Bei der jetzt anstehenden Reform geht es dem Minister, wie dem MFT, vorrangig um ein Ziel: die Verkürzung der medizinischen Ausbildung - ohne dabei europäische Strukturkonsensformen infrage zu stellen - versteht sich. Dieses Ziel, das als ein Art Minimalkonsens fungiert, zu erreichen, ist unter dem herrschenden Zeitdruck dennoch keine geringe Leistung; denn, angenommen, es käme zu keinem weiteren Versuch, die Novellierung zu realisieren, so wäre die Chance, auch nur geringfügige Änderungen an der Mediziner Ausbildung durchzusetzen, bis zum Jahr 2000, verfahrenstechnisch nicht mehr zu realisieren. Auf Bundesebene wird 1998 gewählt, auf der Ebene einiger wichtiger Länder 1999. Das bedeutet, alles was noch in diesem Jahrtausend Gesetzeskraft erreichen soll, muß bis spätestens zum Jahresende 1997 möglichst in (Referenten-)

Entwurfsform vorliegen. Sollte es dazu nicht kommen, ist die Konsequenz, daß frühestens im Jahre 1999 bzw. erst 2000 die Beratungen (bei unbekanntem Mehrheitsverhältnissen) wieder aufgenommen werden könnten. Die bis dahin abgelaufene Entwicklung dürfte nicht zur Erhöhung des Konsenswillens beitragen, sondern vielmehr wieder grundsätzliche Diskussionen über die Notwendigkeit einer Novelle stimulieren.

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen erscheint es mir daher ebenfalls vordringlich, dem erreichten Diskussionsstand Vorrang zu geben und bestehende Defizite und nicht erfüllte Wünsche mit Hilfe einer **extensiv ausgelegten Experimentierklausel zu kompensieren** bzw. zu realisieren.

Das käme im übrigen dem ausbildungs- und reformfreudigen Vorbild der meisten amerikanischen Universitäten nahe, hier werden entsprechende Prüfungen und Studieninhalte sowie die Studiengangbesonderheiten ebenfalls durch universitäts- bzw. fakultätsspezifische Bedingungen hervorgebracht und modifiziert.

Dieser Forderung nach weitgehender Autonomie der Fakultäten bei der Gestaltung der Reforminhalte der jeweiligen Studienmöglichkeit, trägt das Eckpunkte-Papier in hinlänglichem Maße Rechnung. Die Lehre wird expressis verbis in die Verantwortung der Universitäten gestellt, wobei das geltende Recht nur Rahmenbedingungen definiert. Dem Praxisbezug des Medizinstudiums wird insbesondere Vorrang in der Studienorganisation eingeräumt.

Die auch unter den Fakultäten nicht einheitlich präferierte Semestergliederung des Studiums aus dem MFT-Vorschlag (4:4:4), womit die Dauer der Grundlagenphase, des klinischen Ausbildungsabschnitts sowie des PJ's beschrieben wird, ist sicher mit dem ministeriellen Vorschlag zu einem Konsens zu führen, wenn die Gliederung in Zukunft lautete: 4:6:2. Den verschiedenen bestehenden Reformansätzen wird immerhin dadurch Rechnung getragen, daß vorgesehen ist, die frühzeitige Einführung von klinischen Themen, fachübergreifender Unterricht und somit die Integration von Klinik und Vorklinik vorzubereiten. Wenn auch erst damit nur Ansätze der Studienreform realisiert sind, so sind sie dennoch ausbaufähig und sollten unterstützt werden.

Das Ziel einer solchen Unterrichtsgestaltung und Organisation liegt vor allem in der multifunktionalen Bedeutung für die Studierenden, die sich damit vermittelt. Es folgen daraus Motivationserhöhung, Verstärkung von Praxisbezug und die permanente Aufforderung zur Studienreform. In der Konsequenz ergibt sich außerdem, daß kontinuierliche Evaluationsprogramme für die neue inhaltliche und formale Gliederung des Studiums erforderlich werden, die über den Erfolg bzw. Mißerfolg der Ansätze Rechenschaft führen können.

Auch im klinischen Studienabschnitt stellen sich prinzipielle Gegensätze nach dem Eckpunkte-Papier (EP) in

der Auffassung von den Studieminhalten nicht. Hier sollte dafür Sorge getragen werden, daß Erreichtes (wie in Münster) in Modellstudiengängen nicht infrage gestellt, sondern ausbaufähig weitergeführt werden kann.

Das EP geht davon aus, daß zumindest die ärztliche Prüfung als Staatsprüfung erhalten bleibt. U.U. könnte die ärztliche Vorprüfung zu einer Hochschulprüfung umgewandelt werden. Diese Entwicklung, wenn sie denn so realisiert wurde, hätte nicht nur Vorteile: sie würde vermutlich neben einer Reihe juristischer auch das generelle Problem der Vergleichbarkeit von Prüfungsleistungen und der Prüfungsgerechtigkeit wieder entstehen lassen, das seinerzeit zur Einrichtung des MC-Prüfungsverfahrens und des IMPP geführt hat.

Die Gliederung der Prüfung in der vorgesehenen 4:6:2-Struktur würde für eine Beibehaltung der Prüfungsintervalle wie bisher sprechen. Die Überlegung, die ärztliche Prüfung um einen Abschnitt zu verringern, würde keine Kostenvorteile mit sich bringen. Es steht im Gegenteil zu vermuten, daß durch die Prüfungswiederholer ein eher kontraproduktiver Kosteneffekt eintritt. Zwischen den Prüfungen sollten kurze Intervalle eingehalten werden, die der Semestergliederung des Studiums entsprechend die 2-Jahres-Phase nicht überschreiten.

Die vorgesehenen Prüfungsmodalitäten, bei der ÄVP (Erhöhung des Gewichtungsfaktors des mündlichen Prüfungsanteils), auf der Basis der bisherigen Auswertungen der mündlichen und schriftlichen Prüfungsleistungen der Absolventen (vgl. Ergebnisse der Prüfungen nach der ÄAppO, Frühjahr 1993 - Herbst 1996, IMPP, Mainz verschiedene Jahrgänge) zeigen deutlich, daß kontinuierlich eine Divergenz der mündlichen und schriftlichen Durchschnittsnoten von mehr als einer Notenstufe zu Gunsten der mündlichen Prüfungen auftritt. Zu diesen Disparitäten der Notengebung tritt ebenfalls eine deutliche regionale Differenz hinzu, so daß zu erwarten ist, daß bei einem höher gewichteten mündlichen Prüfungsanteil in der Folge unerwünschte Begleiterscheinungen im Hinblick auf die Verteilung der erzielten Prüfungsergebnisse die Folge sein werden. Daher ist nach meiner Ansicht, die unter kontrollierten Bedingungen ablaufende MC-Prüfung, mindestens was die Grundlagenphase betrifft, beizubehalten. In der klinischen Ausbildungsphase ist hingegen mit der gewollten Intensivierung des Praxisbezugs die Möglichkeit verbunden, von der MC-Prüfung zu Gunsten eines Prüfungsverfahrens abzurücken, das stärker die klinische Kompetenz der Studierenden abzubilden in der Lage ist. In diesem Falle wäre an eine Form der „Objective-Structured-Clinical-Examination (OSCE)“ gedacht, die vor ca. 20 Jahren bereits von Harden eingeführt, inzwischen zum Standard-Prüfungsprogramm der anglo-amerikanischen Mediziner Ausbildung gehört. Da MC-Fragestellungen klinische Kompetenz kaum abbilden können, wäre in diesem Ausbildungsabschnitt dieses Prüfungsverfahrens, das wir bereits probeweise mit gutem Erfolg eingesetzt haben, zu verwenden. Der

Vorteil dieser Methode liegt darin, daß es praxisreflexiv ist und nicht auf Buchwissen abstellt.

Ein Wegfall des ersten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung nach dem 6. Semester ist generell nicht empfehlenswert. Eine solche Lösung stellte eine unbillige Härte für jene zweiten Wiederholer dar, die z.B. dann erst zum Ende ihres klinischen Ausbildungszeitraums, nach 5 Jahren, die Mitteilung gemacht bekommen müssten, daß sie endgültig gescheitert sind. Es ist also davor zu warnen, die bisherigen Abschnitte der Ärztlichen Prüfung zu verringern oder deren zeitliche Intervalle zu verlängern.

Vielmehr scheint es geboten, die Prüfungsverfahren stärker den Prüfungsinhalten anzupassen. Das wäre in dieser Form die Einrichtung von OSCE-Prüfungen mit klar definierten Katalogen, die es den Studierenden zusätzlich ermöglichen, den Fortschritt ihrer klinischen Kompetenz zu kontrollieren.

Was die Ergänzungen des Fächerkatalogs zum bisherigen Ausbildungsumfang anlangt, so sollte der geforderten und zum Teil zugestandenen Experimentierklausel entsprechend, die Hochschule in ihrem Zusatzangebot frei bleiben. Daraus könnten sich positive Konkurrenzsituationen zu anderen Ausbildungsstandorten entwickeln. Hingegen ist die Vorstellung naiv, daß durch Hinzufügen von gesundheitsökonomischen Inhalten sich langfristig Struktureffekte ergeben, die auf der Ebene der praktizierenden Ärzte (in Klinik oder Niederlassung) zu verordnungs- und therapie-relevanten Verhaltensformen führen, die stärker kostenbewußtes Handeln entstehen lassen. Diese Effekte ließen sich durch Einführung spezifischer, honorareffektiver Maßnahmen (ökonomische Disincentives) wesentlich leichter und nachdrücklicher erreichen.

Was die Veränderung der Fächerstruktur betrifft, so ist sicher der Vorschlag des ministeriellen Entwurfes nach verstärkt fachübergreifenden und gegenstandsbezogenen Angeboten zu begrüßen. Auch die Ergänzungen des klinischen Fachkanons in Hinblick auf Pharmakotherapie und Allgemeinmedizin sind zu begrüßen. Hingegen ist der Hinweis auf elementare hausärztliche Inhalte in dieser Form keine fachspezifische Erweiterung, sondern Bestandteil allgemeinmedizinischer Lehrangebote. Die Addition des Faches Gesundheitsökonomie im klinischen Ausbildungsgang wäre sinnvoller als Angebot während der PJ-Phase zu plazieren, da in diesem Zeitraum zum ersten Mal kontinuierlich die ökonomischen Grenzen für medizinisch Machbares den Studierenden sichtbar vor Augen geführt werden. Da die jetzige Form der Approbationsordnung bereits ausdrücklich die Hinzuziehung von Allgemeinmedizinern zum dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung vorsieht, scheint der

ausdrückliche Hinweis auf die Wählbarkeit der Allgemeinmedizin bereits weitgehend berücksichtigt.

Die Frage der Leistungsnachweise und ihrer Veränderung ist bereits dadurch mit definiert, daß im Vorangegangenen von der Einbeziehung von OSCE-Prüfungsmodi gesprochen worden ist. Diese lassen eine verlässliche Beurteilung von qualitativen Inhalten (klinische Kompetenz bei den zu Prüfenden) zu und würden sich somit auch als Grundlage zur Erteilung von Leistungsnachweisen eignen.

Die Einführung von Modell- und Experimentierklauseln ist bereits nachdrücklich begrüßt worden. Sie sollten den Fakultäten, im Rahmen der von der Approbationsordnung gesetzten Bedingungen, die Möglichkeit eröffnen, zu innovativen Lehr- und Prüfungskonzepten zu kommen. Daß diese nicht ohne begleitende Evaluation stattfinden können, versteht sich von selbst.

Das Eckpunkte-Papier nimmt zu dem Kardinalproblem, der Reduzierung der Studierendenzahlen, mit einem lapidaren Satz Stellung: „es wird davon ausgegangen, daß die Größenordnung der Absenkung bei rd. 20 v.H. liegt“. Diese Absenkung dürfte in dieser Form vermutlich politisches Programm bleiben, es ist nicht zu erwarten, daß so starke Reduzierungen allein durch Nachfragerückgänge entstehenden würden. Sollte die Nachfrage nach medizinischen Studienplätzen im jetzigen Umfang bestehen bleiben, sehe ich rechtlich keine Möglichkeit, sie durch Veränderung von Gruppengrößen gerichtsfest zu verringern.

Was die Bedeutung des Arztes im Praktikum betrifft, so wäre nach dem hier dargestellten Ausbildungsphasenmodell 4:6:2 zu diskutieren, ob eine Verlängerung des PJ's um zwei Semester zu dann 4:6:4 denkbar ist, um einen Teil der Praxiserfahrung, die das jetzige AiP Gelegenheit bietet, zu kompensieren, eine Maßnahme, die im Sinne der Ausbildungsqualität und des Arbeitsmarktes für Ärzte sowie der Beschäftigungs- und Stellenproblematik der sie beschäftigenden Kliniken wäre.

#### **Anschrift des Verfassers:**

Prof. Dr. R. P. Nippert  
Komm. geschf. Direktor des Instituts für Ausbildung  
und Studienangelegenheiten der Medizinischen Fakultät  
(IfAS)  
von-Esmarch-Str. 56

D - 48149 Münster