

Antrag

der Abgeordneten Dr. R. Werner Schuster, Tilo Braune, Dr. Wolfgang Wodarg, Klaus Barthel, Dr. Michael Bürsch, Edelgard Bulmahn, Ursula Burchardt, Wolf-Michael Catenhusen, Peter Enders, Petra Ernstberger, Lothar Fischer (Homburg), Dagmar Freitag, Karl Hermann Haack (Extertal), Stephan Hilsberg, Eike Hovermann, Klaus Kirschner, Dr. Hans-Hinrich Knaape, Horst Kubatschka, Brigitte Lange, Waltraud Lehn, Doris Odendahl, Dr. Martin Pfaff, Dr. Edelbert Richter, Günter Rixe, Gudrun Schaich-Walch, Dieter Schanz, Horst Schmidbauer (Nürnberg), Regina Schmidt-Zadel, Heinz Schmitt (Berg), Dr. Angelica Schwall-Düren, Bodo Seidenthal, Wieland Sorge, Antje-Marie Steen, Dr. Peter Struck, Jörg Tauss, Wolfgang Thierse, Wolfgang Weiermann, Reinhard Weis (Stendal), Verena Wohleben, Rudolf Scharping und der Fraktion der SPD

Reform der ärztlichen Ausbildung

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

1. Eine umfassende medizinische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland im 21. Jahrhundert, die patientennah, interdisziplinär und inter-institutionell kooperationsfähig arbeitende Ärzte voraussetzt, braucht eine Reform des Medizinstudiums und der medizinischen Fakultäten.

Die Reformvorschläge des Bundesrates 1989, des Wissenschaftsrates, des Deutschen Ärztetages 1996, des Murrhardter Kreises 1995 und der Bund-Länder-Arbeitsgruppe der Gesundheitsminister 1995/97 werden begrüßt.

2. Die Reform ist überfällig, weil die derzeitige Ausbildung
 - den Anforderungen der Gesundheitsversorgung für die heutige Zeit (z. B. Gesundheitsförderung, Prävention, Rehabilitation, fächerübergreifende Betrachtungsweise von Krankheiten, Fähigkeit die Behandlung zu koordinieren, Beachtung gesundheitsökonomischer Auswirkungen) nicht gerecht wird,
 - zu wenig praxisnah ist,
 - zu wenig die tatsächliche Funktion der bestehenden Gesundheitsversorgungseinrichtungen und künftige Entwicklungen berücksichtigt,

- mit ihrer weiter wachsenden Stofffülle die Studierenden überfordert,
 - die Studierenden erst nach 8 Jahren berufsfähig entläßt.
3. Die Ziele einer grundsätzlichen Reform müssen sich orientieren an
- diesen absehbaren Anforderungen für einen über die rein ärztliche Kuration hinausgehenden Versorgungsauftrag (Prävention, Rehabilitation),
 - der Integration der praktischen Ausbildung – unter Einbeziehung der regionalen Versorgungsstruktur mit entsprechender Qualitätskontrolle – in die universitäre Ausbildung,
 - der Verkürzung der Ausbildungsdauer auf 6 Jahre.
4. Das Studium an der Hochschule basiert auf dem Konzept der somatischen, psychischen und sozialen Einheit des Patienten und auf den diesem Patientenbild entsprechenden human- und naturwissenschaftlichen Grundlagen. Die praxisnahe, anwendungsbezogene Ausbildung unter starker Betonung des allgemeinärztlichen Grundwissens und seiner Grundfertigkeiten muß zu einem Ausbildungsstand des Arztes nach sechsjährigem Studium führen, die seinen eigenverantwortlichen Einsatz in der Krankenversorgung rechtfertigt und ihn zur Weiterbildung befähigt.
5. Um eine diesem Arztbild verpflichtete Ausbildung zu gewährleisten, muß die medizinische Fakultät der Zukunft als Institution für Lehre und Forschung in Verbindung mit der erforderlichen Krankenversorgung diese Ausbildung in einer engen Zusammenarbeit auch mit den Krankenhäusern ihrer Region, den Praxen niedergelassener Ärzte und weiterer medizinischer Versorgungseinrichtungen verantwortlich koordinieren und die Qualität der Ausbildungsergebnisse evaluieren und sichern. Die Verantwortung der medizinischen Fakultät für Ausbildung und Hinführung zu einer bundeseinheitlichen, staatlichen Prüfung während des Medizinstudiums ist dabei zu wahren.
6. Die unterschiedlichen Zuständigkeiten für die Aus-, Weiter- und Fortbildung auf Bundes- und Landesebene, die bei den Gesundheits-, Wissenschaftsministerien und Ärztekammern angesiedelt sind, müssen im Interesse von Lehre, Forschung und Krankenversorgung arbeitsteilig bleiben, die verschiedenen Ebenen aber kooperativer als bisher zusammengeführt werden.
7. Die Reform der ärztlichen Aus- und Weiterbildung bedarf eines öffentlichen Diskurses.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

baldmöglichst in Absprache mit den Gesundheitsministern (GMK) und den Wissenschaftsministern (KMK) der Länder unter Wahrung

ihrer verfassungsrechtlichen Zuständigkeiten und unter Einbeziehung der Hochschulen und Ärzteschaft ein Konzept zur Novellierung der Bundesärzteordnung und der Approbationsordnung vorzulegen. Damit ist die Reform der ärztlichen Ausbildung unter Einbeziehung der nachfolgenden Aspekte in Angriff zu nehmen:

1. Die Anforderungen und das Verfahren für die das Studium abschließenden Staatsprüfungen sind so zu regeln, daß sie bundeseinheitlich ausschließlich Studienziele und einen Rahmen von Ausbildungsstandards sowie eine systematische Evaluation der Lehre an allen medizinischen Ausbildungsstätten gewährleisten.

Reformwillige und innovative Medizinische Fakultäten sollen im Rahmen leistungsbezogener Finanzzuwendungen ermutigt werden.

2. Die bundeseinheitlich festzulegenden Studienziele und Ausbildungsstandards orientieren sich an fächerübergreifenden und funktionalen Zusammenhängen. Die patientennahe praktische Ausbildung ist vom ersten Semester ab integraler Bestandteil des Studiums. Damit können das bisherige praktische Jahr (PJ) und der Arzt im Praktikum (AiP) entfallen. Staatsexamen und Approbation ermöglichen nach 6 Studienjahren eine eigenverantwortliche Tätigkeit in der Krankenversorgung und eine eigenverantwortliche Weiterbildung.
3. Die Dauer der klinisch-praktischen Ausbildung am Patienten darf ein Drittel der gesamten Studienzeit nicht unterschreiten. In die praktische Ausbildung werden Versorgungseinrichtungen in der Region der Hochschulkliniken systematisch im Rahmen eines Ausbildungsverbundes einbezogen (Krankenhäuser, Arztpraxen, Gesundheitsämter, Sozialstationen etc.). Zur Sicherung der Qualität der Ausbildung sind geeignete Maßnahmen (z. B. Organisation durch Studiendekanate, Vertragsgestaltung mit Gesundheitseinrichtungen) zu treffen.
4. Die Länder werden vom Bund bei ihren Bemühungen unterstützt, für die Finanzierung von Forschung und Lehre gesonderte, von den Kosten für die Krankenversorgung getrennte Budgets mit eigenen Verantwortlichkeiten einzuführen und die Lehre zu stärken.
5. Der Schwerpunkt wissenschaftlicher Graduierung in der Medizin im engeren Sinne erfolgt analog den geistes- und naturwissenschaftlichen Fächern.

Bonn, den 31. Oktober 1997

Dr. R. Werner Schuster
Tilo Braune
Dr. Wolfgang Wodarg
Klaus Barthel
Dr. Michael Bürsch
Edelgard Bulmahn
Ursula Burchardt

Wolf-Michael Catenhusen
Peter Enders
Petra Ernstberger
Lothar Fischer (Homburg)
Dagmar Freitag
Karl Hermann Haack (Extertal)
Stephan Hilsberg

Eike Hovermann	Regina Schmidt-Zadel
Klaus Kirschner	Heinz Schmitt (Berg)
Dr. Hans-Hinrich Knaape	Dr. Angelica Schwall-Düren
Horst Kubatschka	Bodo Seidenthal
Brigitte Lange	Wieland Sorge
Waltraud Lehn	Antje-Marie Steen
Doris Odendahl	Dr. Peter Struck
Dr. Martin Pfaff	Jörg Tauss
Dr. Edelbert Richter	Wolfgang Thierse
Günter Rixe	Wolfgang Weiermann
Gudrun Schaich-Walch	Reinhard Weis (Stendal)
Dieter Schanz	Verena Wohlleben
Horst Schmidbauer (Nürnberg)	Rudolf Scharping und Fraktion

Begründung

1. Die Bundesregierung hatte angekündigt, in der 13. Legislaturperiode (erstes Quartal 1996) eine Reform des Medizinstudiums auf den Weg zu bringen. Der letzte Entwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) als Zwischenergebnis der Bund-Länder-Arbeitsgruppe lag seit dem 15. Januar 1996 vor. Das BMG hat nun am 22. September 1997 einen offiziellen Referentenentwurf vorgelegt. Dies ist in dieser Legislaturperiode die letzte Gelegenheit, in einem öffentlichen Diskurs über den Kreis der direkt Betroffenen (Ärzteverbände, Hochschulen, Bundes- und Landespolitiker) hinaus die Frage zu erörtern, welche Qualität von Ärztinnen und Ärzten das künftige Gesundheitsversorgungssystem benötigt, d. h. welche Kenntnisse, Fähigkeiten und ethischen Einstellungen diesen Ärztinnen und Ärzten vermittelt werden müssen, damit sie in der Lage sind, den Bedarf der Bevölkerung an Gesundheitsleistungen zu decken. Es wäre wünschenswert, wenn sich hierzu auch Patienten kritisch zu Wort melden könnten. In jedem Fall muß vor der Verabschiedung der Bundesärzteordnung und der Approbationsordnung eine öffentliche Anhörung im Deutschen Bundestag stattfinden.
2. Das derzeitige Ausbildungssystem produziert zu viele Spezialisten. Die Gründe hierfür sind vielfältig: So werden z. B. bereits in der Ausbildungsphase zu Lasten der Vermittlung von Basiswissen ein Übermaß von Spezialitäten gelehrt. Des weiteren findet die Weiterbildung in Krankenhäusern statt, die heute mehr denn je entsprechend den ökonomischen Bedingungen, denen sie ausgesetzt sind, gezwungen sind, möglichst effizient arbeitende Fachkräfte zu beschäftigen. Hinzu kommt aber auch, daß nach wie vor die Tätigkeit als Spezialarzt höher angesehen wird als die eines Allgemeinarztes. In den Zahlen spiegelt sich dies wider: 1990 waren von den an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden 71 700 Ärztinnen und Ärzten nur 41,6 % als Allgemeinärztinnen und -ärzte, jedoch 41 900 als Spezialistinnen und Spezialisten (58,4 %) qua-

lifiziert und als Fachgebietsärzte niedergelassen. Diese Relation hat sich unter Einbeziehung der vom Gesundheitsstrukturgesetz zum Januar 1996 geforderten Hausarztentscheidung (d. h. inklusive der hausärztlich tätigen Internisten und Kinderärzte) etwas zugunsten der Hausärzte (55 : 45) verschoben, ist aber noch deutlich von der gesundheitspolitischen wünschenswerten Zielvorstellung (60 : 40) entfernt. Grundsätzlich aber gilt, daß der Gesamtbedarf der Bevölkerung an Gesundheitsleistungen mit ganzheitlichem Ansatz z. Z. nur mangelhaft gedeckt wird, da die Spezialisten trotz hohem Apparat- und Kostenaufwand jeweils nur Teilbereiche abdecken. Der nach wie vor ungebrochene Zuspruch vieler Patienten zu Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern und Alternativmedizinerinnen und -mediziner zu Lasten der Schulmedizin spricht hier eine deutliche Sprache.

Seit der WHO-Konferenz in Alma Ata versucht man vergeblich, dieser weltweit zu beobachtenden Entwicklung entgegenzusteuern.

3. Der Numerus clausus für Medizinstudentinnen und -studenten, das hohe Sozialprestige und die Verdienstaussichten für Ärzte hatten in den vergangenen Jahrzehnten in Westdeutschland dazu geführt, daß nicht immer die Motivation für eine spätere, patientenorientierte Zuwendung im Vordergrund der Entscheidung für die Wahl des Medizinstudiums stand. Aber es ist vor allem wichtig, daß sich primär solche junge Menschen um das Medizinstudium bewerben, für welche ärztliche Zuwendung zum Patienten eine wesentliche Motivation darstellt und die sich bewußt sind, daß persönliche Verantwortung ein unabdingbares Korrelat des vielzitierten Sozialprestiges der Ärztinnen und Ärzte darstellt.
4. Trotz vieler Novellierungen der Approbationsordnung verlangt sie eine Ausbildung an deutschen Hochschulkliniken, welche immer noch den Eindruck vermittelt, das Ziel des Medizinstudiums sei primär die Produktion von Wissenschaftlern, die möglichst viele seltene Spezialkrankheiten und Syndrome diagnostizieren können. Auf eine bedarfsgerechte ganzheitliche Krankenversorgung und Gesundheitsvorsorge (Hausarzt) mit entsprechenden sozialen Kompetenzen 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, da dies in den Prüfungsstoffen nicht vorgesehen ist.

Deutsche Hochschulmedizinerinnen und -mediziner sind primär an Forschung und die Kliniker unter ihnen darüber hinaus an privatärztlicher Krankenversorgung interessiert. Die Lehre wird vielfach als notwendiges Übel betrachtet, ganz im Unterschied zu manchen amerikanischen Medical Schools. Diese Fehlentwicklung wurde vom Bund zusätzlich erleichtert, da dieser es in den letzten Jahrzehnten versäumt hat, ange-

sichts steigender Studentenzahlen durch eine grundlegende Reform des Medizinstudiums regulierend einzuwirken, obwohl konkrete Forderungen von Seiten des Bundesrates seit mehr als 10 Jahren vorliegen.

5. Wie vor Jahrzehnten werden die als notwendig erachteten Erweiterungen des Lehrstoffes (z. B. Sozialmedizin, Umweltmedizin, medizinische Informatik, Psychologie etc.) den Studentinnen und Studenten im Curriculum einfach zusätzlich aufgebürdet. Eine grundsätzliche Entrümpelung des Lehrstoffes ist bislang unterblieben. Die Empfehlungen der SPD aus der Mitte der 80er Jahre, des Murrhardter Kreises sowie die Leitlinien des Wissenschaftsrates vom Juni 1992 blieben unbeachtet.

Engagierte Reformkonzepte einzelner Medizinischer Fakultäten (z. B. Berliner Modell seit 1989) drohen bislang an fehlenden Modellversuchsklauseln der Ärztlichen Approbationsordnung zu scheitern. Integriertes Lernen, wie es in vielen Ländern mit fortschrittlichem Ausbildungssystem (Dänemark, Kanada, Niederlande, USA) praktiziert wird, findet nur ausnahmsweise statt. Bislang werden in der Vorklinik immer noch Physik, Chemie und teilweise Anatomie und Biochemie so ausführlich gelehrt, als ob die Mehrzahl der Studenten später Medizintechniker, Forscher, Chirurgen, Orthopäden oder Neurologen werden wollen. Fächerübergreifendes vernetztes Denken ist nur ansatzweise vorgesehen. Der Umgang mit dem kranken Menschen und seinen Angehörigen und die dringend notwendige Zusammenarbeit mit anderen Heil- und Hilfsberufen (Krankenpflege, Physiotherapie, Psychologie), aber auch mit der nicht-primär-ärztlichen Entwicklung der Gesundheitsförderung (z. B. kommunale Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen) werden in ihrem für den betroffenen Patienten erfolgreichen Zusammenspiel nur selten erfahren.

Es fehlt die Vermittlung von sozialer Kompetenz.

Im Mittelpunkt des Gesundheitsversorgungssystems hat nicht der Arzt, sondern der Patient zu stehen.

6. Als Alternative wird – basierend auf diesen Überlegungen – eine völlige Neustrukturierung vorgeschlagen:
- Der Zugang zum Medizinstudium soll verstärkt Personen eröffnet werden, die ihre Aufgabe darin sehen, eine ganzheitliche Gesundheitsversorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Hierzu soll nach der Hochschulreife ein dreimonatiges Praktikum beitragen, das auch durch entsprechende krankenschwägerische Tätigkeit während des Zivildienstes bzw. Wehrdienstes nachgewiesen werden kann. Außerdem muß der Zugang zum Medizinstudium für qualifizierte Berufstätige (z. B. Krankenschwägerinnen und -schwäger) ermöglicht werden.

Nachsatz: Die positiven Erfahrungen in der ehemaligen DDR mit einem 12monatigen Krankenschwägerpraktikum als Motivationskriterium werden sich leider wegen einiger

rechtlicher, finanzieller und organisatorischer Probleme kaum nützen lassen.

- Für das Medizinstudium gelten folgende Forderungen:
 - Verzahnung von Klinik und Vorklinik während der gesamten Dauer des Studiums, damit z. B. die AiP-Phase entfallen kann;
 - durchgehende Vermittlung von Inhalten und Fähigkeiten der Allgemeinmedizin;
 - fächerübergreifende, problemorientierte und praxisbezogene Wissensvermittlung, damit z. B. Physik, Chemie u. a. auf den für den künftigen Mediziner relevanten Umfang reduziert und in den medizinisch richtigen Zusammenhang gestellt wird;
 - dahin gehende Ausgestaltung des Medizinstudiums, daß die „Arzt-im-Praktikum-Phase“ entfallen kann;
 - Einführung einer Öffnungsklausel für die Erhaltung und die Durchführung von Reformstudiengängen, deren inhaltliche und didaktische Gestaltung über die Reformvorgaben der Approbationsordnung hinausgehen (Experimentierklausel);
 - Angebot des Unterrichts in fächerübergreifender, problemorientierter und in Kleingruppen durchgeführter Form;
 - stärkere Gewichtung des mündlichen Teils der ärztlichen Prüfung zu Lasten des schriftlichen (Multiple-Choice). Dabei sind für die mündlichen Prüfungen Formen zu finden, die objektivierbar sind;
 - Auswahl der Ausbildungseinrichtungen, nicht mehr an der Zahl tagesbelegter Betten, sondern an der Zahl der jeweils behandelten Patientinnen und Patienten sowie stärkere Einbeziehung von Praxen und anderen ambulanten Einrichtungen des Gesundheitswesens in die Ausbildung;
 - Gewährleistung der kapazitätsneutralen Umsetzung der Reform durch Ergänzung bzw. Änderung der Kapazitätsverordnung.
- Es gliedert sich in ein dreijähriges Grundstudium mit Zwischenprüfung – für Berufswechsler (Krankenpflege, Physiotherapie etc.) werden entsprechende Teile angerechnet – und ein dreijähriges Hauptstudium.
- Das Hauptstudium schließt mit Staatsexamen und Approbation ab. Das bisherige PJ und das AiP entfallen ersatzlos, da diese Praxiserfahrungen integraler Bestandteil von Grund- und Hauptstudium sind.

Diese Neustrukturierung setzt eine inhaltlich und zeitlich koordinierte Änderung von Bundesärzte- und Approbationsordnung voraus.

7. Sowohl während des Grund- als auch während des Hauptstudiums werden theoretische Kenntnisse fächerübergreifend und problembezogen zusammengefaßt vermittelt (z. B. die Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems mit Anatomie, Physiologie, Pathologie, Klinik).

Für die praktische Ausbildung in den 6 Jahren sind von Anfang an auch Arztpraxen, Gesundheitsämter, Beratungsstellen, Sozialstationen, Krankenhäuser etc. in der Region der Universitätsklinik systematisch mit einzubeziehen, 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. Durch diese regionale Integration können langfristig sowohl die Kosten der Ausbildung als auch der Patientenversorgung relativ gesenkt werden.

Diese Ausbildung in der Region bedarf einerseits einer effizienten Koordinationsstruktur innerhalb der Fakultäten (professionelle Studiendekanate), führen aber andererseits zu einer wünschenswerten Erweiterung der herkömmlichen Fakultät.

8. Die bisherige „Regelpromotion“ ist von der Approbation zu entkoppeln, da sie ein sinnvolles Studium erschwert. Die Promotion sollte wissenschaftlich aufgewertet werden. Mit ihr sollte erst nach dem Staatsexamen begonnen werden. Für diese Promotionsarbeiten werden im Rahmen der regulären Förderung – wie in anderen wissenschaftlichen Bereichen Promotionsstipendien vergeben. Auf diese Weise soll der wissenschaftliche Nachwuchs gezielt gefördert werden.

9. Während die Approbation zu selbständiger und eigenverantwortlicher ärztlicher Tätigkeit berechtigt, ist die Niederlassung als Hausarzt und Gebietsarzt (Internist, Gynäkologe etc.) an eine vier- höchstens fünfjährige Weiterbildung mit abschließender Facharztprüfung gebunden. Notwendige Spezialkenntnisse (z. B. aus der bisherigen Vorklinik Anatomie, Pharmakologie, Sozialmedizin etc.) werden erst jetzt gebietspezifisch ergänzt. Auch dies setzt eine stärkere Verzahnung von Universitätsklinik (bzw. Fakultät) und regionaler Versorgungsstruktur voraus.

Auf diese Weise soll erreicht werden, daß sich Ärztinnen und Ärzte bereits deutlich jünger als bisher entweder in freier Praxis niederlassen oder verantwortliche Funktionen an Krankenhäusern und anderen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung mit beruflichen Perspektiven ausüben können.

10. Dieser Reformvorschlag ist wegen der Kulturhoheit der Bundesländer nur mit diesen gemeinsam zu erreichen. Dies setzt u. a. voraus:

- Alle 16 Bundesländer müssen sich der Reformchance nicht nur für den Hochschulbereich im engeren Sinne, sondern einer patientenorientierten Gesundheitsversorgung bewußt sein, da dieser Reformvorschlag bewußt an regionalen Versorgungsstrukturen ausgerichtet ist. Insofern ist eine

intensive Abstimmung sowohl länderintern zwischen den für Gesundheit und Wissenschaft zuständigen Ressorts als auch auf Bundesebene zwischen dem Bund, der Kultusministerkonferenz und der Gesundheitsministerkonferenz zwingend.

- Bund und Länder müssen einerseits gemeinsam in den Hochschulkliniken ausreichende Infrastrukturvoraussetzungen schaffen, aber andererseits mittelfristig getrennte Budgets für die drei Bereiche Krankenversorgung, Forschung und Lehre mit klaren Verantwortungskompetenzen einführen. Hierbei ist die Bedeutung der Lehre als eigentliche Hochschulaufgabe zu verstärken.
- Den Hochschulen ist in der Lehre mehr Autonomie (z. B. alternative Studiengänge mit hochschuleigener Prüfung) zu gewähren, um eigenes Profil und Wettbewerb untereinander zu ermöglichen. Ein Mehr an Autonomie in der Lehre verlangt aber unabdingbar
 - bundeseinheitliche Vorgaben für Studienziele und für Mindeststandards,
 - eine systematische Evaluation der Lehre (sowohl bei regulären Studiengängen als auch bei Modellstudiengängen),
 - eine demokratische Beteiligung aller Lehrenden und Lernenden.

Der Bund muß seine bedauerlichen Versäumnisse der letzten 10 Jahre ernsthaft aufholen wollen und verhindern, daß die überfällige Reform von den verschiedenen Interessengruppen zerredet wird. Der konstruktive Dialog mit den Ländern ist intensiv und schnell fortzusetzen, um eine kurzfristige Umsetzung zu erreichen.

