

## » Warum die „neue Approbationsordnung“ scheiterte

Meine Darstellungen werden sich auf einige Stichworte beschränken, die den Prozess des Scheiterns der „neuen Approbationsordnung“ zu skizzieren versuchen. Der Grund für diese nachteilige Entwicklung ist vor allen Dingen darin zu suchen, dass neben dem Ziel, das von Seiten der Medizinischen Fakultäten (inhaltliche Reform des Medizinstudiums) vertreten wurde, eine Reihe anderer ungelöster Probleme in der medizinischen Ausbildung gleichzeitig mitbewältigt werden sollten. Diese unbewältigten Probleme betreffen sehr unterschiedliche und heterogene Inhalte, so dass sie am besten durch Aufzählung wiedergegeben werden, um zu verdeutlichen, welche widerstreitenden Interessen zur gegenseitigen Blockierung und damit letztendlich zum Scheitern der Approbationsordnung beigetragen haben.

*Zum Ersten* sollte mit der neuen Approbationsordnung ein Ziel erreicht werden, das insbesondere dem Gesundheitsminister der vergangenen Regierung, Minister Seehofer, am Herzen lag. Es ging um die Senkung der Zulassungszahlen zum Medizinstudium. Nun ist dieses sicher auch ein Ziel der Medizinischen Fakultäten, da sie schon seit langem der Auffassung sind, dass die Ausbildung unter der großen Zahl der Medizinstudenten qualitativ leidet. Allerdings ist diese Absicht zuerst vom Minister für Gesundheit in die Diskussion eingebracht worden, um damit die zukünftige Entwicklung zu einer substanziellen Zahl von arbeitslosen Ärzten in ihrer Entstehung zu verändern und evtl. zu beseitigen. Von ihm wurde die Senkung der Zulassungszahlen als ein Ziel, dem jegliche Art von Studienreform im Studiengang Humanmedizin Rechnung tragen müsse, postuliert. Diese Forderung hat sich der Medizinische Fakultätentag dann zu eigen gemacht und als ein erklärtes Ziel auch der eigenen Vorstellungen formuliert (s. Protokolle der Beratungen des Medizinischen Fakultätentages MFT von 1996 – 1998).

Genau genommen handelt es sich bei dieser Zielvorstellung eigentlich *nicht* um ein Thema, das durch die Approbationsordnung geregelt werden sollte.

*Zum Zweiten* ging es darum, die Kosten, die die Länder für die medizinische Ausbildung aufbringen, wenn schon nicht zu senken, so doch wenigstens in den Griff zu bekommen. Auch

R. P. Nippert

Institut für Ausbildung und Studienangelegenheiten (IfAS) der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms Universität

dieses Ziel ist eigentlich *keines*, dass durch die Approbationsordnung zu regeln wäre, das aber, von der Seite der Länder, als eine wesentliche Stellgröße für die Umsetzung einer neuen Approbationsordnung angesehen wird.

*Zum Dritten* ging es bei der Entwicklung der neuen Approbationsordnung um die Realisierung des langfristigen Ziels, die Arztlizenzen an den Bedarf (was immer das ist) anzupassen, da von Seiten der Gesundheitspolitik in dieser Größe die entscheidende Einflusskategorie für die Entwicklung der Leistungsausgaben im Gesundheitswesen gesehen wird. Auch dieses Ziels – würde ich meinen –, ist eigentlich kein *primäres* Regelungsanliegen der Approbationsordnung.

Schließlich ging es *viertens* darum, dass der generelle Konsens unter Studierenden und Lehrenden, nach Verbesserungserfordernissen der medizinischen Ausbildung eingelöst werden sollte und dafür die organisatorischen und inhaltlichen Festlegungen getroffen werden sollten. Dieses Ziel ist nach meiner Ansicht das einzige und *originäre* Anliegen, das durch die Approbationsordnung bearbeitet und bewältigt werden sollte.

Lässt man also die unterschiedlichen Ziele Revue passieren:

1. Senkung der Zulassungszahlen zum Medizinstudium,
2. Kontrolle bzw. Senkung der Ausbildungskosten für die Bundesländer,
3. Senkung der Arztlizenzen in der Zukunft,
4. Verbesserung der medizinischen Ausbildung und Neuordnung der Lehrinhalte,

so wird man sich nicht wundern, dass die beteiligten Institutionen und Organisationen in sehr unterschiedlichem Maße ihre jeweiligen Interessen unnachgiebig verfochten haben und dadurch zu einer Pattsituation kamen.

Wer sind diese beteiligten Institutionen?

Man sollte sich von vornherein im Klaren sein, dass die Approbationsordnung keineswegs durch die Gesundheits bzw. Sozialministerien in Bund und Land ihre jeweiligen institutionellen Vertreter gefunden hätte. Vielmehr sind an der Diskussion um die Approbationsordnung beteiligt:

1. der Gesundheitsminister des Bundes,
2. die Gesundheits- und Sozialministerien/Senatoren der Länder,
3. die Bildungs- bzw. Kultus-/Wissenschaftsministerien im Bund und in den Ländern sowie

#### 4. Organisationen wie Medizinischer Fakultätentag, ZVS, HRK, Arbeitsgemeinschaft der Amtschefs der Länder etc.

Aus dieser Aufzählung wird deutlich, dass mit der Vielzahl der betroffenen und beteiligten Einrichtungen die Chance auf Einigung nur dann gewährleistet ist, wenn ein entsprechender Konsens erreichbar ist. Dieser Konsens ist immer dann besonders schwierig zu erstellen, wenn die einzelnen Einrichtungen mit der Forderung auftreten, dass über alles geredet werden könne, es dürfe nur im Effekt kein Geld kosten. Nun sind jedoch alle vier Problemkreise, die die Approbationsordnung regeln sollte, mit erheblichen Folgekosten verbunden. Die Zulassungszahlensenkung macht nur dann als Qualitätsverbesserung Sinn, wenn die personelle und sächliche Ausstattung der Fakultäten erhalten bleibt. Dieses war jedoch seitens der Länder keineswegs so gesehen worden. Im Gegenteil, auf dem Medizinischen Fakultätentag im Jahre 1995 und auf der Sitzung der Arbeitsgemeinschaft der Amtschefs der Gesundheits- und Sozialminister im Jahre 1996 wurde bereits definitiv zum Ausdruck gebracht, dass seitens der Länder eine wie auch immer reformierte Approbationsordnung nur dann die Zustimmung der Länder erfahren würde, wenn eine konsequent betriebene Verringerung der Zulassungszahlen durch eine proportionale Verringerung der Ausstattung der Medizinischen Fakultäten begleitet würde. Somit war bereits frühzeitig angekündigt worden, dass für die Bundesländer die Kostensenkung für die Medizinische Ausbildung Priorität vor der qualitativen Verbesserung der Ausbildung haben werde. Diese Ankündigung ist von Seiten der Gesundheitsministerien in Bund und Ländern offenbar als wenig ernst zu nehmend qualifiziert worden, denn im Hinblick auf die so geäußerten Konsequenzen wurde keinerlei Aktivität entfaltet, um die Länder zu einer Modifizierung der so gekennzeichneten Auffassung zu bringen. Offenbar bestand die Auffassung, man werde die Länder durch ein Programm zur qualitativen Verbesserung der medizinischen Ausbildung im Nachhinein überzeugen können, es bei der bisherigen Zuwendung für die Ausbildung zu belassen und die in der Vergangenheit üblichen Steigerungsraten für den „Zuführungsbetrag“ weiterhin zu akzeptieren. Das dieses keineswegs von der Kultusseite der Länder akzeptabel sein würde, schien bis zum Januar 1998 eine unbekannte Aussage bei den Gesundheits- und Sozialministern in Bund und Land zu sein. Man arbeitete unbeeindruckt an Ziel Nr. 4, der Verbesserung der Medizinischen Ausbildung und der Neuordnung der Lehrinhalte in der Hoffnung, dass ein solches Programm sich selbst erklärend und überzeugend sein würde, um die mitbeteiligten Ministerien umzustimmen. Es scheint, als habe diese Vernachlässigung dazu geführt, dass die sehr spät einsetzenden Sondierungsgespräche zwischen den Ministerien, der Gesundheitsseite auf der einen und der Kultusseite auf der anderen, auf eine bereits verhärtete Diskussionslage getroffen ist, die in der Feststellung gipfelte, dass die Senkung der Zulassungszahlen ein politisch nicht wünschbares und auch nicht durchsetzbares Ziel sei.

Vor dem Hintergrund des Beifalls der Medizinischen Fakultäten hatten nämlich die Gesundheitsminister sich auf das Ziel, die Zulassungszahlen zu senken, in seltener Einmütigkeit eingelassen und glaubten sich im Besitze besserer Argumente und größerer Durchsetzungskraft. Man erhoffte sich, dass die Kultusseite – beeindruckt von dem qualitativ besseren Entwurf – sich auf eine Modifikation der geäußerten Position einlassen würde. Im Übrigen gab es viele institutionelle und per-

sonelle Unterstützer, die den Gesundheitsministern beipflichteten und eine qualitative Verbesserung der medizinischen Ausbildung von der Vorleistung der Senkung der Zulassungszahlen abhängig machte.

Demgegenüber argumentierte die Kultusseite völlig ungeführt, dass keine wissenschaftlich ernst zu nehmende Studie existiere, die beweise, dass abgebaute Studienplätze notwendig zur Verbesserung der Ausbildung führen. Diese Forderung: Zulassungsreduzierungen als notwendige Vorausbedingungen für die qualitative Verbesserung des Studiums zu postulieren, hat aber die fatale Eigenschaft, weitere Handlungsmöglichkeiten zu blockieren und eine Form des Denkverbots hervorzurufen, alternative Wege zu entwickeln, die dasselbe Ziel – qualitative Verbesserung der Ausbildung – erreichen könnten. In dieser Pattsituation haben sich aber Gesundheitsseite einerseits und Kultusseite andererseits in Bund und Ländern jeweils mit den sie inhaltlich unterstützenden Organisationen und Institutionen selbst gebracht. Sie waren dann nicht mehr in der Lage, sich auf politisch erreichbare Ziele, zu denen zur Jetztzeit die Einrichtung der Modellklausel gehört hätte, zu verständigen. Man erstarrte in der Hoffnung und Erwartung auf „bessere Zeiten“ und war zur politischen Beweglichkeit nicht mehr in der Lage, da sie bedeutet hätte, Abstriche von der jeweils eigenen Position vorzunehmen.

Was hat denn nun die Kultusseite zu ihrer Festlegung gebracht, dass eine Reduzierung der Studienanfängerzahlen nur bei proportional entsprechender Reduzierung der personellen und sächlichen Mittel für die medizinische Ausbildung möglich sei?

Wir haben in der Vergangenheit einen kontinuierlich steigenden Personal- und Sachmittelbedarf für die Medizin in den Länderhaushalten feststellen können. Dieser Steigerungssatz, der dabei zu beobachten war, ist zum größten Teil deutlich über dem Geldentwertungssatz gelegen und führt in der Konsequenz zu einem nicht mehr zu finanzierbaren Anteil des Landeshaushaltes für die Medizinischen Einrichtungen. Somit war für die Länder und insbesondere für die Kultusseite klar, dass eine Approbationsordnung, die in Form und Inhalt nur durch eine Senkung der Zulassungszahlen realisierbar ist, für sie unannehmbar sei.

Das war etwa der Stand bis zum Januar 1998. Zu diesem Zeitpunkt traten zum ersten Mal die Länder mit ihrer Forderung auf, dass auf eine Senkung der Zulassungszahlen verzichtet werden müsse. Da sie ihrerseits von der Gesundheitsseite keinerlei Bereitschaft zur Diskussion und Modifikation der Senkung der Zulassungszahlforderung fanden, erklärten die Länder, dass die neue Approbationsordnung für sie nicht finanzierbar sei und sie sie deshalb ablehnen würden. Sie verwiesen außerdem darauf, dass ein Teil der vorgesehenen Veränderungen der Approbationsordnung zur Erhöhung der so genannten „Teilzulassungen“ führen würden, solche Zulassungen, die nur die Erlaubnis zur Absolvierung des vorklinischen Studienabschnitts umfasst und keinen Anspruch auf Fortsetzung des Studiums auch nach bestandener ärztlicher Vorprüfung begründet. Eine solche Konsequenz war gleichermaßen sozial wie politisch unerwünscht und wurde deshalb von den Ländern abgelehnt. Weiterhin wiesen die Länder darauf hin, dass qualitative Verbesserungen, die in Reduzierungen der Studenten/Lehrpersonenquote ihren Niederschlag finden, zu unfinan-

zierbaren Raumerfordernissen führen würden und einen weiteren Ablehnungsgrund darstellten.

Es zeigt sich also, dass nahezu zum Ende der Diskussion (aufgrund von administrativen Erfordernissen wie Zulassungsdaten) eine Diskussion stattfand, die gut 1½ Jahr zuvor hätte geführt werden müssen, um Aussicht auf Erfolg zu bieten. Dass von der Gesundheitsseite diese Diskussion nicht geführt wurde, lässt sich nur mit großer Unterschätzung der finanziellen Folgekosten für einzelne Entscheidungen bezüglich der neuen Approbationsordnung erklären.

Wie steht es nun mit den anderen Zielen und Forderungen, die die Approbationsordnung erfüllen und leisten sollte?

Die Senkung der Arztzahlen ist nach meiner Ansicht eine Forderung, die nicht über eine Ausbildungsordnung gelöst werden kann, sondern nur im gesamtgesellschaftlichen Konsens. Da in der Bevölkerung ungebrochen die Vorstellung herrscht, dass mehr Ärzte auch mehr Gesundheit für alle bedeutet, kann davon ausgegangen werden, dass wir bei der Diskussion um die Begrenzung der Arztzahlen und die Koppelung an Bedarfskategorien erheblichen Nachholbedarf hinsichtlich der gesellschaftlichen Aufklärung besitzen. Es ist bisher nämlich versäumt bzw. nur unzureichend versucht worden, der Bevölkerung zu verdeutlichen, dass die Vermehrung der Arztzahlen ab einer gewissen Schwelle keine substanziellen Verbesserungen der gesundheitlichen Lage mehr hervorbringt, vielmehr übertreffen die entstehenden Kosten den jeweils entstehenden gesundheitlichen Effekt um ein Vielfaches.

Dieser Effekt wird in der Bevölkerung ganz anders eingeschätzt. Die Mehrzahl sieht in der sinkenden Arzt-Patienten-Quote mehr Zeit pro Patient entstehen und damit weniger Unannehmlichkeiten für die einzelnen Kranken bei der Inanspruchnahme des Arztes. Solche Vorstellungen entwickeln sich natürlich vor allem in einem Lande, in dem etwa 92% der Bevölkerung ein garantiertes Vollversorgungssystem in Anspruch nehmen können (GKV), das ihnen die jeweils verursachten Kosten nicht zur Kenntnis bringt und das in der Konsequenz immer weiter globale Wünschbarkeiten entstehen lässt, ohne dabei die anfälligen Kosten und Realisierungskonditionen zu benennen. Auch der Hinweis, dass seitens des Gesundheitsministers Seehofer geäußert worden sei, er könne es nicht länger verantworten, dass wir eine ganze Generation von jungen Medizinerinnen für die Arbeitslosigkeit auszubilden, reicht nicht hin, um politische Akzeptanz in der Bevölkerung für eine Senkung der Ausbildungszahlen zu erreichen. Selbst der Hinweis, dass pro aktiven Arzt in der Niederlassung pro Jahr etwa 1 Mio DM an Kosten in der GKV hervorgerufen werden, ist keine Akzeptanz schaffende Bemerkung.

Es mag banal klingen, aber die öffentliche Diskussion dieser Problematik hat bisher in zu geringem Maße die Bevölkerung erreicht und beeindruckt und somit keine Voraussetzungen geschaffen, um politische Akzeptanz eines umstrittenen Gegenstandes zu erreichen.

Was das dritte Ziel betrifft, so lässt sich die Senkung der Kosten für die Medizinische Ausbildung sicher sehr schnell als ein Ziel charakterisieren, das mit den Mitteln der Approbationsordnung nur unzureichend geregelt werden kann. Um zu verstehen, was das eine mit dem anderen zu tun hat, müssen wir er-

neut einen Rückgriff auf die Bedingungen vornehmen, die beschreiben, wie in Deutschland die medizinische Ausbildung finanziert wird. Abgesehen von der Privaten Universität Witten/Herdecke GmbH, wo eine andere Kostenrechnung gilt, haben die deutschen Medizinischen Fakultäten das Regelungsprinzip, dass die erforderlichen Beiträge für Forschung und Lehre über die Landeshaushalte, also aus Steuermitteln, in Form der Zuführungsbeträge bereitgestellt werden. Dabei sind in den vergangenen fünf Jahren durchaus substanzielle Kürzungen erfolgt. Es gilt der Finanzierungsmodus, der besagt, wir finanzieren die medizinische Ausbildung in einer Weise, die eigentlich keine Zielgröße oder Obergrenze kennt (mit Ausnahme einiger Ansätze zur Steuerung in Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen). Es bleibt allerdings festzustellen, dass nach wie vor keine proportionale Größenordnung festgelegt wurde, die den Anteil beschreiben würde, der aus Haushaltsmitteln zur Finanzierung der Medizinischen Fakultäten bereit gestellt werden soll. Dieses überwiegend praktizierte Finanzierungsmodell ist so antiquiert und in seiner Expansivität so groß geworden, dass die Länder von sich aus sagen, sie sind in einer Problematik, die uns folgendes Verfahren aufzwingt: In der nahen Zukunft müssen die durch die medizinische Versorgung (die Ausbildung ist ein Teil davon) entstehenden Kosten, in eine tragfähige Relation zum Volumen des jeweiligen Landeshaushalts gebracht werden. Das soll zum einen dadurch gewährleistet werden, dass die jeweiligen Zuführungsbeträge für Lehre und Forschung jährlich schrittweise bis zur Höhe von 20% leistungsbezogen vergeben werden. Die Bundesländer Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen haben sich bereits für dieses Verfahren entschieden. Damit werden auch der medizinischen Ausbildung in bestimmter Weise finanzielle Schranken gesetzt. Wenn man die Frage stellt, was das alles mit der ärztlichen Approbationsordnung zu tun habe, so muss man sich vergegenwärtigen, dass die Länder vor dem Hintergrund dieses Finanzierungsproblems sich massiv gegen eine Verabschiedung der ärztlichen Approbationsordnung gewendet haben, die ihnen die bestehende Situation nur noch verschärft hätte.

Die Unterhaltung der medizinischen Ausbildungsstätten zu den Konditionen der Vergangenheit ist so teuer geworden, dass die Länder auch nur die relative Steigerung der Unterhaltungskosten eines Medizinstudienplatzes nicht mehr länger tragen können. Deshalb sperrten sie sich bei der Senkung der Zulassungszahlen. Die Fakultäten hingegen fordern mit Blick auf die in so vielen Bereichen der Medizin führenden US-amerikanischen Medical Schools, die Senkung der Zulassungszahlen und erwarten daraus bereits einen Qualitätsverbesserungseffekt – freilich ohne dabei die grundsätzlich andere Struktur des amerikanischen Ausbildungswesens und Versorgungssystems in Rechnung zu stellen. Der Bundesgesundheitsminister glaubte, gestützt auf den Sachverstand der Fakultäten, eine sichere und sachlich unwiderlegbare Argumentation zur Senkung der Zulassungszahlen in Händen zu halten, die als Methode zur qualitativen Verbesserung des Medizinstudiums dienen sollte, was für ihn jedoch nur als Medium zur Einleitung einer langfristigen Senkung der Arztzahlen interessant war. Aber auch hier muss der Vorwurf erhoben werden, dass eine prinzipiell zutreffende Argumentation durch nicht geeignete Vorbereitungsmaßnahmen gekennzeichnet, bei sich abzeichnenden Zielkonflikten durch die beteiligten Parteien unterschätzt und nicht rechtzeitig bearbeitet wurde.

*Zusammenfassend* lässt sich hier feststellen, dass die Beratungen über die Approbationsordnung in den Jahren 1997 und 1998 nahezu als Scheingefecht zwischen der Gesundheitsseite von Bund und Ländern und den Vertretern der Kultusseite der Länder zu charakterisieren sind. Es wurde tatsächlich nicht der Mühe wert gehalten, die Diskussion mit allen beteiligten Organisationen, Personen und Institutionen zu suchen, um evtl. Hindernisse im Prozess der politischen Realisierung zu beseitigen.

Es wäre möglich gewesen, die Bedingungen, wie sie durch die neue Approbationsordnung geschaffen worden wären, als geeignet darzustellen, eine gewisse Zahl der Zielvorstellungen zu realisieren, wobei allerdings dem Finanzierungsprimat hätte Rechnung getragen werden müssen. Dies ist nicht geschehen.

Als endlich um die Zeit zwischen Mitte Mai und Ende Juni 1998 die Diskussion um diese Komplexe vorgenommen wurde, zeigte sich, dass die Bereitschaft zum Kompromiss so kurz vor einer entscheidenden Wahl nicht mehr vorhanden war. Die jetzige Situation lässt sich nur noch so beschreiben, dass – zum Glück – die (1998; *redaktionelle Bemerkung*) nach wie vor gültige 7. Novelle der ärztlichen Approbationsordnung so viele Möglichkeiten offen lässt, die kreativ auszugestalten an der jeweiligen Fakultät sich lohnen. Nach Auskunft aus dem Bundesministerium ist zwar damit zu rechnen, dass eine baldige Einführung der Modellklausel die Flexibilität der Approbationsordnung noch erweitern wird, ich glaube jedoch, dass dieses nur unter den Bedingungen der bestehenden Regelungen der Kapazitätsverordnung erfolgen kann. Die KapVO ist in ihrer mehr als 15-jährigen Geschichte in der Zwischenzeit so häufig von den Gerichten überprüft worden, dass sie generell als „wasserdicht“ angesehen wird. Das bedeutet, keine Regierung welcher Couleur auch immer, wird es auf eine Reduzierung der Studienzahlen, die mit der Veränderung des Kapazitätsrechts einhergeht, ankommen lassen, sondern sich bemühen, die Früchte der jahrelangen Gerichtsprüfungen der Kapazitätsverordnung weiterhin ernten zu können. Im Übrigen glaube ich außerdem, dass das Credo der Medizinischen Fakultäten und auch der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung prinzipiell anzuzweifeln ist, dass eine medizinische Studienreform nur nach Vorleistung der Verringerung von Zulassungszahlen möglich sei.

Prof. Dr. Reinhardt Peter Nippert

Komm. Geschf. Direktor des Instituts für Ausbildung und Studienangelegenheiten (IfAS) der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität  
Von-Esmarch-Straße 56  
48149 Münster

E-mail: nipperr@uni-muenster.de