

ÄRZTLICHES AUSBILDUNGSZIEL UND BERUFSFELD

- REALE ENTWICKLUNG UND NOTWENDIGE ÄNDERUNG -¹

UDO SCHAGEN

Zusammenfassung

Die realen Entwicklungen im ärztlichen Berufsfeld sind von den Fakultäten und Fachvertretern in ihren daraus folgenden Rückwirkungen auf Veränderungen im Hochschulcurriculum nicht zur Kenntnis genommen worden. Durch das Gesundheitsstrukturgesetz ist bereits seit 1992 vorgeschrieben, daß Ärzte ohne mindestens dreijährige allgemein- oder gebietsärztliche Weiterbildung nicht zur kassenärztlichen Versorgung zugelassen werden können. Auf die Hochschulausbildung folgt daher seitdem regelmäßig eine langjährige Weiterbildung. Die Beschränkung des Lehrstoffes an den Fakultäten auf praxisnahe Berufsqualifikation und der Fähigkeit zum wissenschaftsbasierten Handeln, auf das für alle Ärzte Gemeinsame, auf Grundkenntnisse und Grundfertigkeiten, auf Kooperations- und Kommunikations-, auf Weiterbildungsfähigkeit entsprechend der internationalen Reformdiskussion ist nicht in Angriff genommen

Summary

Faculties did not realize developments of the last years outside their universities in the medical field. Fundamental changes have taken place in the legislative rules and regulations and as well in the reality of postgraduate training and the conditions concerning doctors who want to practice on their own within the system of social security. Doctors are not longer allowed to practice on their own without having passed a controlled curriculum of at least three years as a General Practitioner (Allgemeinmedizin) or as a specialist since 1992. This should have had consequences on the aim of undergraduate education within the medical faculties. Infact no curricular reforms have taken place which give hope that basic knowledge, basic skills and communication techniques as well as problem solving competence will be central aims of teaching.

Die Beschäftigung mit Fragen des Ausbildungsziels wurde einerseits angeregt durch meine Tätigkeit in der Ausbildung der Studenten (im Fach Sozialmedizin seit seiner Einführung im Jahre 1975) sowie der Arbeit in den Ausbildungsgremien der Hochschule. Andererseits wird das Ziel der Hochschulausbildung an ihrem Ende erreicht, das gleichzeitig Beginn einer weiteren Qualifikationsphase ist, der ärztlichen Weiterbildung. Seit über einem Jahrzehnt arbeite ich in der Selbstverwaltung der Ärztekammer Berlin als Vorsitzender des mit den Grundsatzfragen der Weiterbildung betrauten Weiterbildungsausschusses. Für die Erarbeitung der Curricula in der Weiterbildung ist die Frage, worauf sie aufbauen können, natürlich von zentraler Bedeutung.

Die Definition des Ausbildungsziels ist grundlegend für jede curriculare Reform. Seine Formulierung ist unabdingbarer erster Schritt für jedwede curriculare Veränderungsstrategie.

Den beiden Zugängen zum ärztlichen Ausbildungsziel, einerseits aus der Sicht der Hochschulausbildung vom Zeitpunkt vor seinem Erreichen und andererseits aus der Sicht der auf sie aufbauenden ärztlichen Weiterbil-

dung, entspricht auch die unterschiedliche gesetzliche Zuständigkeitsregelung für beide Seiten:

Die *Berufszugangsregelung*, die ärztliche Approbation, fällt in die Hoheit des Bundesgesetzgebers, auch wenn sie vor Verabschiedung jeweils mit den Ländern abzustimmen ist. Gesetzliche Grundlage ist die Bundesärztereordnung.

Die Weiterbildung fällt unter die Regelungen, die die ärztliche *Berufsausübung* betreffen. Sie fällt in den Zuständigkeitsbereich der Länder, deren Parlamente diese Aufgabe über die Heilberufsgesetze (Kammergesetze, Weiterbildungsgesetze) an die Ärztekammern übergeben haben.

Vorgeschichte des geltenden Ausbildungsziels

Die in den deutschen Staaten im 19. Jahrhundert in Gesetzen und staatlichen Anordnungen festgelegten Ausbildungsordnungen für Ärzte enthielten bis über die Mitte des 20. Jahrhunderts hinaus keine Ausbildungszieldefinition. Implizites Ziel der Ausbildung war der

praktisch tätige Arzt, von dem angenommen wurde, daß er nach Erlangung der Approbation das gesamte Gebiet der für seine praktische Tätigkeit wichtigen Medizin ausreichend beherrsche. Später entwickelte sich dafür ein feststehender Begriff, der "Praktische Arzt".

Die Reichsärzteordnung vom 13. Dezember 1935, die zum erstenmal völlig einheitliches Recht für alle früheren deutschen Staaten und Provinzen schuf, enthielt lediglich folgende Formulierung:

"§ 3 (1) Die Bestallung als Arzt erhält, wer die Voraussetzungen der Bestallungsordnung erfüllt, die nach Anhörung der Reichsärztekammer vom Reichsminister des Innern erlassen wird. ..."

Auch die Bestallungsordnung für Ärzte vom 15. September 1953 formuliert, wie die vorhergehenden Bestallungsordnungen:

"§ 3 Das Ziel der ärztlichen Ausbildung ist die Heranbildung eines zur Erfüllung seiner Aufgaben befähigten Arztes."

Erst bei den Diskussionen um die Notwendigkeit einer neuen Approbationsordnung in der Bundesrepublik der sechziger Jahre wurde auch die Frage des Ausbildungsziels aufgeworfen. Die Entwicklung im ärztlichen Berufsfeld hatte, wie in anderen Ländern mit vergleichbarem Standard der Gesundheitsversorgung, dazu geführt, daß praktisch alle Ärzte vor dem Schritt in die Selbständigkeit (eigene Praxis) viele Jahre in Krankenhausabteilungen verbrachten, sich dabei spezialisierten und diese Spezialisierung meist auch mit dem Erwerb eines Facharztzertifikats abschlossen. Um eindeutig in die Phase der fachärztlichen Weiterbildung gehörendes Spezialwissen aus dem Lehrstoff der Hochschulausbildung herauszuhalten und eine Begrenzung des Lehrstoffes möglich zu machen, gelangte der Westdeutsche Medizinische Fakultätentag in den sechziger Jahren schon zu folgendem Vorschlag:

*"Der wissenschaftlich gebildete Arzt ist, der die Grundkenntnisse und Grundfertigkeiten erworben haben soll, die ihn befähigen, sich für den praktischen ärztlichen Beruf oder andere Berufe weiterzubilden."*²

In dieser Formulierung findet sich ausgedrückt, daß die Hochschulausbildung lediglich Grundkenntnisse und Grundfertigkeiten vermitteln kann, die aber zur Weiterbildung befähigen. Ebenfalls wird deutlich gemacht, daß eine Weiterbildung sowohl für den "praktischen ärztlichen Beruf" wie "für andere Berufe" notwendig ist. Diese Unterscheidung macht Sinn, wenn einerseits der "Hausarzt" und andererseits die "Spezialisten", explizite "Fach"ärzte sowie Ärzte, die sehr spezialisierten Tätigkeiten, z. B. in Forschung und Lehre, nachgehen, gemeint sind.

Dieser Forderung, das Machbare auch in die Gesetzesvorschrift zu übernehmen, stand die Forderung entgegen, daß mit der Approbation ein Abschluß erreicht sein müsse, der zu keinerlei Einschränkungen in der Ausübung des ärztlichen Berufes führen dürfe, mithin zu Recht auch die Forderung zu stellen sei, daß der Arzt am Ende der Ausbildung den Beruf auch bereits selbständig ausüben dürfe:

"Ziel der ärztlichen Ausbildung ist die wissenschaftliche Heranbildung zu einem Arzt, der mit den Grundlagen

der Methoden des ärztlichen Denkens, Wissens und Handelns so weit vertraut ist, daß er zur selbständigen Ausübung des ärztlichen Berufes im Dienste der Gesellschaft befähigt ist."

Diese Definition stammt aus dem Rohentwurf der Approbationsordnung von 1969.³

Eine weitere wichtige Definition, die insbesondere die Implementierungsphase der Bestimmungen der Approbationsordnung von 1970 mit ihren vielen neuen Fächern und Neuregelungen für die Anforderungen an praktischen Übungen bestimmte⁴, war folgende:

*"Als Basisarzt wird ein Arzt bezeichnet, der nach dem Staatsexamen zu selbständiger Weiterbildung und Spezialisierung ohne Verlust des Überblicks über die allgemeinen Zusammenhänge theoretischer und praktischer ärztlicher Fähigkeiten befähigt ist und der in begrenzten Bereichen ärztliche Verantwortung übernehmen kann."*⁵

Keine der vorgeschlagenen Definitionen fand Eingang in die endgültige Neufassung der Bundesärzteordnung, ebenso nicht in die Approbationsordnung von 1970.

Keine der verschiedenen Fassungen der Bundesärzteordnung, auch der folgenden Jahre, (2. Oktober 1961, 4. Februar 1970, 14. Oktober 1977) enthält eine Definition zum Ausbildungsziel, lediglich eine ähnliche Formulierung wie die schon genannte Reichsärzteordnung:

"§ 3 (1) Die Approbation als Arzt ist auf Antrag zu erteilen, wenn der Antragsteller

...

4. nach einem Medizinstudium von mindestens sechs Jahren... die ärztliche Prüfung .. bestanden hat.

...

§ 4 (1) Der Bundesminister für Gesundheitswesen regelt .. in einer Approbationsordnung .. die Mindestanforderungen an das Studium der Medizin .."

Das jetzige formale Ausbildungsziel

Erst im Jahre 1985 kam die Diskussion um das Ausbildungsziel zu einem vorläufigen Ergebnis⁶:

"§ 4

(1) ...

(2) Die Regelungen in der Rechtsverordnung sind auf eine Ausbildung auszurichten, welche die Fähigkeit zur eigenverantwortlichen und selbständigen Ausübung des ärztlichen Berufs vermittelt.

In der Ausbildung sollen auf wissenschaftlicher Grundlage die theoretischen und praktischen Kenntnisse und Fähigkeiten vermittelt werden, deren es bedarf, um den Beruf nach den Regeln der ärztlichen Kunst und im Bewußtsein der Verpflichtung des Arztes dem einzelnen und der Allgemeinheit gegenüber auszuüben und die Grenzen des eigenen Wissens und Könnens zu erkennen und danach zu handeln."

Damit hatten sich diejenigen durchgesetzt, die den fertigen Arzt am Ende der Ausbildung verlangten.

Auf der Ebene der Approbationsordnung, also der genaueren Fassung der Anforderungen, können folgende Einzelziele unterschieden werden⁷:

**PRÜFUNGSINHALT NACH
AUSBILDUNGSZIELDEFINITION DER APPROÄ:**

KENNTNISSE	medizinische fachübergreifende und methodische
PRAKTISCHE FERTIGKEITEN	
PSYCHISCHE FÄHIGKEITEN	
EINSTELLUNGEN	geistige und ethische Grundlagen Verpflichtung gegenüber dem Einzelnen und der Allgemeinheit

zur Erreichung von

HANDLUNGSFÄHIGKEIT IN	Prävention Diagnostik Therapie und Rehabilitation
FÄHIGKEIT ZUR BERÜCKSICHTIGUNG DER ENTWICKLUNGEN IN	Wissenschaft Umwelt und Gesellschaft
KOOPERATIONSFÄHIGKEIT MIT	anderen Ärzten anderen Berufen im Gesundheitswesen

Die Problematik dieses Ausbildungsziels

Nachdem Ende der achtziger Jahre auch von der Gesundheitspolitik nicht mehr übersehen werden konnte, daß erneut eine grundsätzliche Reform der ärztlichen Ausbildung vonnöten sei und zu diesem Zweck vom Bundesministerium für Gesundheit eine Sachverständigenkommission eingesetzt worden war, nahm dort auch die Diskussion um das Ausbildungsziel, hier Studienziel genannt, einen bedeutenden Teil der Arbeit ein. Im Ergebnis dieser Arbeit wurde im März 1993 folgender Vorschlag formuliert:

"1. Studienziel

*Am Ende des Studiums steht der in den wissenschaftlichen und praktischen Grundlagen der Medizin ausgebildete, eigenverantwortlich tätige und zur Weiterbildung befähigte Arzt."*⁸

Damit ist der unter den Bedingungen des deutschen Gesundheitswesens in diesem Zusammenhang mißverständliche, weil auf die Tätigkeit als Arzt in eigener Praxis fehlzuinterpretierende Begriff "selbständig" ausdrücklich fallen gelassen worden. Der Begriff "eigenverantwortlich" drückt in ausreichender Weise aus, daß der junge Arzt selbstverständlich wie jeder Absolvent eines akademischen Studiums im Rahmen der von ihm zu verlangenden Erfahrung eigenverantwortlich arbeiten können muß⁹.

Zu dieser Formulierung hatte Jörg-D. Hoppe bereits auf dem 94. Deutschen Ärztetag 1991 in Hamburg als Vorstandsmittglied der Bundesärztekammer folgendes ausgeführt:

"Nachdem nunmehr seitens des Bundesministeriums für Gesundheit in Übereinstimmung mit der großen Mehrheit der Mitglieder der Sachverständigenkommission festgestellt wurde, 'eigenverantwortlich' bedeute, daß der frisch approbierte Mediziner ohne Aufsicht im engen Sinne tätig werden dürfe, während der Begriff 'selb-

*ständig' die Tätigkeit in eigener Praxis meine, steht in Aussicht, daß die Ausbildungszieldefinition in der gegenwärtigen Fassung der Bundesärzteordnung und der Approbationsordnung lediglich durch die Streichung des Wortes 'selbständig' verändert wird, was natürlich politisch und namentlich berufspolitisch gesehen, eine große Bedeutung hat. Dies geschieht mit Zustimmung der Bundesärztekammer."*¹⁰

Diese u.a. auch mehrfach bei anderen Gelegenheiten und vor allen Dingen in der Sachverständigenkommission mitgeteilte Auffassung der Bundesärztekammer hat zu der endgültigen Ausformulierung der Zieldefinition beigetragen. Hoppe selbst hatte die Situation auch so beschrieben¹¹:

"Im Jahre 1990 hat der 93. Deutsche Ärztetag sich lediglich für eine mindestens dreijährige, spezifische Weiterbildung in Allgemeinmedizin als obligatorischer Voraussetzung für eine selbständige allgemeinärztliche Berufsausübung ausgesprochen und den Vorstand der Bundesärztekammer aufgefordert, sich für die Verwirklichung dieser obligatorischen Weiterbildung einzusetzen. Basierend auf diesem Beschluß hat die Bundesärztekammer bezüglich der Änderung des Ausbildungszieles in der Bundesärzteordnung und in der Approbationsordnung lediglich mitgetragen, daß das Wort "selbständig" gestrichen wird, weil sich die Sachverständigenkommission vorher darauf geeinigt hat, daß mit dem Wort "selbständig" nur und ausschließlich die Ausübung des Arztberufes in eigener Praxis gemeint sei."

Daß der Arzt am Ende des Studiums zur "Weiterbildung befähigt" sein soll, ist sicher unbestritten. Letztlich wird die Auffassung, daß der Arzt unmittelbar im Anschluß an das Studium nicht "selbständig" (im Sinne der Führung einer eigenen Praxis) tätig werden soll, getragen von dem Beschluß des 93. Deutschen Ärztetags in Würzburg 1990 zur "Weiterbildung in Allgemeinmedizin", in dem es heißt:

*"Der Deutsche Ärztetag spricht sich für eine mindestens dreijährige strukturierte Weiterbildung in Allgemeinmedizin als obligatorische Voraussetzung für eine selbständige allgemeinärztliche Berufsausübung aus und fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, sich für die Verwirklichung dieser obligatorischen Weiterbildung einzusetzen."*¹²

Trotz der sehr eindeutigen Empfehlung der Sachverständigenkommission¹³, des Gremiums, das in den vergangenen 20 Jahren wohl die breiteste Verankerung in allen mit dem Gesundheitswesen befaßten Organisationen hatte¹⁴, enthielt schon die erste Entwurfsfassung für eine Neuregelung der Approbationsordnung aus dem Bundesministerium für Gesundheit vom Dezember 1993 eine abweichende Formulierung:

"Ziel der ärztlichen Ausbildung ist der wissenschaftlich und praktisch in der Medizin ausgebildete Arzt, der zur eigenverantwortlichen und selbständigen Berufsausübung, zur Weiterbildung und zu ständiger Fortbildung befähigt ist. ..."

Diese Formulierung findet sich auch in den bisherigen weiteren Fassungen einschließlich der Anfang 1996 vom Ministerium in die öffentliche Diskussion gegeb-

nen "Fassung nach dem Arbeitsstand der Bund-Länder-Arbeitsgruppe Dezember 1995."

Warum findet sich hier nun wieder der Begriff "selbständig"?

Einerseits kam es durch einen Fehler bei der Endredaktion der Sachverständigenempfehlung zu einer, im Nachhinein gesehen, völlig unnötigen Kontroverse.¹⁵ Unterschiedliche Interpretationen des Wortes "selbständig" finden sich bis heute in entsprechenden Beiträgen.

Der Vizepräsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. J.-D. Hoppe, berichtet für die Wiedereinfügung folgendes Ereignis¹⁶: In der ersten größeren Veranstaltung, die Bundesminister Seehofer im Herbst 1993 mit Medizinstudenten zur Diskussion der neuen Ausbildungsordnung durchführte, passierte folgendes: Von den Studenten wurde er gefragt, wie er denn den Begriff "selbständig" einfach streichen könne, da doch selbstverständlich auch ein Arzt am Ende seines Studiums "selbständig" handeln können müsse. Der Bundesminister hatte offenbar die langwierige Diskussion, die zur Streichung dieses Begriffes geführt hatte, nicht in Erinnerung - wahrscheinlich kannte er sie gar nicht. Spontan überzeugt sagte er zu, daß dieser Begriff wieder aufgenommen werde. Als ihm nach der Veranstaltung die Experten seines Hauses entsprechende Vorhaltungen machten und darzustellen versuchten, daß die Herausnahme gut begründet gewesen sei, reagierte er mit einer definitiven Entscheidung, jetzt bliebe es so.

Man mag diese Episode als ein Maß für die Ernsthaftigkeit nehmen, mit der Politiker der höchsten Ebene sich mit Fragen der ärztlichen Ausbildung beschäftigen. Andererseits wäre es zu kurz gegriffen, dies nur auf eine Laune zurückzuführen, da tatsächlich nach wie vor innerhalb der Ärzteschaft Interessen vorhanden sind, die eine solche Formulierung begrüßen.

Und nicht zuletzt ist eine solche Formulierung ohne entsprechende Erläuterung, etwa in einem Begründungsteil zu einer Gesetzesnovellierung, geeignet an den Fakultäten Mißverständnisse bezüglich des Ausbildungsziels weiter bestehen zu lassen: Faßt man den Begriff "selbständig" in dem Sinne, daß die Fähigkeit zur Führung einer eigenen Praxis vorhanden sein müsse, so kann jedes auch noch so kleine Spezialfach für sich in Anspruch nehmen, es müsse im Lehrplan und in der Prüfung in einem Umfang vertreten sein, der garantiere, daß jeder Arzt über die entsprechenden spezialistischen Kenntnisse und Fähigkeiten verfüge. Und dies eben macht es unmöglich, Studienpläne, Prüfungsstoff, Gegenstandskataloge und MC-Fragenpools von unnötigem Spezialwissen zu befreien oder, um es mit einem Begriff zu sagen, wie er sich schon lange auch in der medizinischen Curriculumdiskussion eingebürgert hat, diese zu "entrümpeln".

Rahmenbedingungen der Berufsausübung

Aufmerksam betrachtet werden müssen gleichzeitig die Entwicklungen außerhalb des Ausbildungsrechts und der -wirklichkeit an den Hochschulen, die der Diskussi-

on um die verschiedenen Fassungen der Approbationsordnung in den letzten zehn Jahren parallel erfolgten.

So haben sich im Sozialrecht in den letzten Jahren, auch die ärztliche Berufsausübung beschränkende, grundsätzliche Wandlungen vollzogen. Nicht zuletzt in der Folge des schon erwähnten Beschlusses des Deutschen Ärztetages aus dem Jahre 1990 sind neue Bestimmungen inkraft getreten:

Der § 73 des Sozialgesetzbuches Band V (SGB V) lautet seit der Ergänzung und Veränderung durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1992:

Kassenärztliche Versorgung

(1) Die vertragsärztliche Versorgung gliedert sich in die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung. Die hausärztliche Versorgung beinhaltet insbesondere

- 1. die allgemeine und fortgesetzte ärztliche Betreuung eines Patienten in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis seines häuslichen und familiären Umfeldes,*
- 2. die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen,*
- 3. die Dokumentation, insbesondere Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten, Befunde und Berichte aus der ambulanten und stationären Versorgung,*
- 4. die Einleitung oder Durchführung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen.*

(1a) An der hausärztlichen Versorgung nehmen Ärzte für Allgemeinmedizin und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung teil. Kinderärzte und Internisten ohne Teilgebietsbezeichnung wählen, ob sie an der hausärztlichen oder an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen. ... An der fachärztlichen Versorgung nehmen Ärzte mit Gebietsbezeichnung teil, mit Ausnahme der Ärzte für Allgemeinmedizin sowie derjenigen Internisten und Kinderärzte ohne Teilgebietsbezeichnung, die die Wahrnehmung hausärztlicher Versorgungsaufgaben gewählt haben. ...

Die bereits niedergelassenen Internisten mußten von ihrem Wahlrecht bis Ende 1995 Gebrauch machen. Auch wenn der örtliche Zulassungsausschuß (der Kassenärztlichen Vereinigung und der Landesverbände der Krankenkassen nach § 96 SGB V) sowie die Spitzenverbände der Krankenkassen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bezüglich bestimmter Übergangregelungen noch zeitliche Spielräume haben, so folgt hieraus doch zwingend, daß langfristig nur spezifisch qualifizierte Ärzte hausärztlich versorgen dürfen. Die derzeitigen Weiterbildungsordnungen sehen nicht vor, daß Internisten hausärztliche Qualifikationen erwerben. Insofern kann das Wahlrecht für die neu niedergelassenen Internisten nur solange aufrecht erhalten werden, wie nicht genügend Fachärzte für Allgemeinmedizin zur Verfügung stehen - es sei denn, der Weiterbildungsgang zum Internisten würde soweit verändert, daß er hausärztliche Qualifikationen erwerben würde. Dann müßte ein eigener Weiterbildungsgang zum Allgemeinmediziner aufgegeben werden.

Eine weitere gewichtige Änderung ist im § 95a des SGB V erfolgt:

Voraussetzung für die Eintragung in das Arztregister für Vertragsärzte

(1) Bei Ärzten setzt die Eintragung in das Arztregister voraus:

1. die Approbation als Arzt,
2. den erfolgreichen Abschluß entweder einer allgemeinmedizinischen Weiterbildung oder einer Weiterbildung in einem anderen Fachgebiet mit der Befugnis zum Führen einer entsprechenden Gebietsbezeichnung oder den Nachweis einer Qualifikation, die gemäß den Absätzen 4 und 5 anerkannt ist.

(2) Eine allgemeinmedizinische Weiterbildung im Sinne des Absatzes 1 Nr. 2 ist nachgewiesen, wenn der Arzt nach landesrechtlichen Vorschriften zum Führen der Facharztbezeichnung für Allgemeinmedizin berechtigt ist und diese Berechtigung nach einer mindestens dreijährigen erfolgreichen Weiterbildung in der Allgemeinmedizin bei zur Weiterbildung berechtigten Ärzten und in dafür zugelassenen Einrichtungen erworben hat.

Dies ist, nach nunmehrigem Ablauf einiger Übergangsbestimmungen, eine vollständige Veränderung des gesetzlichen Rahmens, in dem niedergelassene Ärzte tätig werden.

Man kann sogar sagen, daß diese Umwälzung der Bedingungen, in denen ärztliche Hochschulausbildung erfolgt, die wichtigste Änderung seit Einführung staatlicher Prüfungsordnungen vor 140 - 110 Jahren in den deutschen Staaten darstellt.

Wie haben die Fakultäten, wie hat das IMPP mit seinen Sachverständigen, wie haben die Unterrichtsverantwortlichen der einzelnen Fächer und Kurse reagiert? Die Antwort muß bisher lauten:

Überhaupt nicht, nirgendwo gibt es bisher Anzeichen dafür, daß Fakultäten und Fachvertreter sich aufgrund der einschneidenden Veränderungen, vor denen ihre Studenten nach Abschluß ihrer Ausbildung stehen werden, ebenso einschneidende Veränderungen in ihrem Lehr- und Prüfungsangebot geplant hätten.

Schlußfolgerung

Man muß nun die Auffassung vertreten, daß, nachdem die eindeutige Meinungsäußerung der Sachverständigenkommission, aber auch die zitierten Äußerungen der Bundesärztekammer, vorliegen, ein "selbständiger" Arzt in dem Sinne, daß er selbständig seine Praxis ausüben könne, nicht mehr Ziel der Ausbildung sein kann. Dies gilt umso mehr, weil aufgrund der neuen Rahmenbedingungen des Sozialrechts nur noch weitergebildete Ärzte zur Kassenpraxis zugelassen werden. Auch wenn die Formulierung im Entwurf der neuen Approbationsordnung, deren Verabschiedung vom Ministerium noch auf das Jahr 1996 terminiert war, enthalten bleiben sollte, kann der Begriff "selbständig" nicht mehr im Sinne der Fähigkeit, eine eigene Praxis schon unmittelbar nach Ende des Studiums führen zu können, interpretiert werden.

Andererseits kommt der Hauptwiderstand gegen die Empfehlungen des Murrhardter Kreises¹⁷, die hier stellvertretend für die deutschen Studienreformbemühungen genannt sein sollen, auch weil diese Empfeh-

lungen wenigstens noch fragmentarisch in den Approbationsordnungsentwürfen erkennbar sind, aus den wissenschaftlichen Gesellschaften und Vertretungen der einzelnen Fächer. Nach wie vor ist die Tendenz ungebrochen, daß möglichst jedes Fach mit eigener Lehrveranstaltung und eigenem Prüfungsstoff vertreten sein will. Über die Gründe hat Uexküll¹⁸ mehrfach und ausführlich schon vor vielen Jahren berichtet.

Die Stofffülle, die weder von Lehrenden, insbesondere aber nicht von Lernenden, sinnvoll bewältigt werden kann, ist regelmäßig Gegenstand der Kritik.

Ihr kann nicht mit der gegenwärtigen Approbationsordnung begrenzend entgegengetreten werden., die nach wie vor die Fächerrepräsentanz vor integrierenden, fächerübergreifenden Curriculumanteilen betont. Die Befürchtung, daß mit der Erwähnung in der Ausbildungsordnung, mit der dort vorgeschriebenen Pflichtveranstaltung des Faches, bei einer Streichung zugunsten fächerübergreifender Lehranteile gleichzeitig wichtige Institute und Kliniken, Abteilungen und Dozentenstellen ihr Aussterben erwarten müßten, ist nicht von der Hand zu weisen. Ihre Weiterexistenz oder gar ihr notwendiger Ausbau bedarf der hochschul- und gesundheitspolitischen Vorgaben gegenüber den Fakultäten, die neuen Anforderungen unter dem Druck finanzieller Engpässe und zur Bewahrung vorhandener Einrichtungen oft allzu spät oder garnicht gerecht werden.

Anmerkungen

- 1 Bei der Tagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung am 2. Dezember 1995 in Köln sowie dem Internationalen Kongreß "Qualität der Lehre" vom 8.-10. Februar 1996 in Münster wurden Teile des Aufsatzes mit jeweils unterschiedlicher Schwerpunktsetzung vorgetragen.
- 2 Manger-König, Ludwig von (1969), Ärztliche Bestallungsordnung und Studienreform. In: Pia, Hans W / (Hrsg.): Ärztliche Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung. Stuttgart. S. 36-44, hier S. 39.
- 3 Zitiert nach: Kapuste, Hannes (1969), Die große Reform des Medizinstudiums läßt auf sich warten : kritischer Kommentar zum Entwurf der neuen Approbationsordnung. Wirtschaft und Wissenschaft 17 (Heft 5): 23-28, hier S. 24.
- 4 Loddenkemper, R(ober) und U(do) Schagen (1972), Vorschlag zur Gewichtung der Fächer nach der Approbationsordnung für Ärzte vom 28.10.1970. Info archiv : Beilage zu FU-Info Heft 1: 2-8.
- 5 Das Studium der Humanmedizin an der Universität Ulm. Rahmenplan für die ärztliche Ausbildung nach der neuen Approbationsordnung. Uni Ulm Intern, Mitteilungen des Rektors der Universität Ulm, Nr. 31 (15.6.1973), S. 14.
- 6 Viertes Gesetz zur Änderung der Bundesärzteordnung vom 14. März 1985. BGBl I, Nr. 16, v. 22. März 1985, S. 555f. - Zur weiteren Vorgeschichte im einzelnen vergleiche auch: Toellner, Richard (1990), Reform ohne Ziel? Zur Geschichte einer Tragikomödie. Med. Ausbildung 7 (Sonderheft Sept. 1990) : 74 - 80 - Schagen, Udo (1990), Zwei Jahrzehnte Ausbildungsreform - und keine Entscheidung zum Ausbildungsziel. Med. Ausbildung 7 (Sonderheft Sept. 1990) : 67 - 73.
- 7 Zusammengestellt nach der 7. Änderung der ApprO, 21.12.1989, § 1 Abs. 1.
- 8 Bundesministerium für Gesundheit (1993), Kurzfassung, Bericht der Sachverständigengruppe zu Fragen der Neuordnung des Medizinstudiums beim Bundesminister für Gesundheit. Bonn. S. 3, 3. Abs.
- 9 Gemot Lorenz diskutiert aus dieser Sicht unter dem Titel "Hat das Ausbildungsziel "selbständig" Konsequenzen für die Aus- und Weiterbildung" in dieser Zeitschrift (12/1995 (Heft2) : 182-185) insofern

- cher das, was in der Ausbildungszieldefinition mit dem Begriff "eigenverantwortlich" ausreichend beschrieben ist.
- 10 Anhang zum stenographischen Wortbericht des Deutschen Ärztesages, Seite II-6, 3. Abs.
 - 11 Hoppe, Jörg-Dietrich (1993), Eigenverantwortlich aber nicht selbständig? - Kommentar zum Thema "Neuorientierung des Medizinstudiums". psychomed 5(Heft 4): 232.
 - 12 Dt. Ärztebl. 87/1990: C-1130.
 - 13 Gerfried Gebert hat bedauerlicherweise in dieser Zeitschrift (Die Reform der Ausbildung zum Arzt. 11/1994 (Heft 2):142-147) unterstellen können, die Sachverständigenkommission sowie der Wissenschaftsrat in seinen Leitlinien von 1992 hätten vorgeschlagen, "die Ausbildung zum Arzt im wesentlichen an den Bedürfnissen der ärztlichen Primärversorgung zu orientieren". Die entsprechenden Original-Papiere enthalten keine solche Formulierung. Auch legt die Lektüre dieser Arbeiten insgesamt eine solche Interpretation nicht einmal nahe. Insofern entbehren auch seine hierauf aufgebauten Schlußfolgerungen (S. 139, 142f) ihrer Grundlage.
 - 14 Schagen, Udo (1993), Die Arbeit der Sachverständigengruppe zu Fragen der Neuordnung des Medizinstudiums beim Bundesminister für Gesundheit. Med. Ausbildung 10 (Heft 2) : 139 - 142.
 - 15 Ebd. - Mitteilungen d. Hochschulverb. 41/1993 (Heft 4) : 240 - 243, (Heft 5): 337 - 339, (Heft 6): 393 - 394 zwischen Grifka (Mitglied Bundesvorstand des Marburger Bundes), Fleischhauer (Univ. Bonn), Gilbert (Mitglied der Sachverst. gruppe beim BMG, RCDS), Wirsching (Universität Freiburg), Schreiner/Remstedt (Fachtagung Medizin)
 - 16 Persönliche Mitteilung gegenüber dem Verfasser.
 - 17 Robert Bosch Stiftung Murrhardter Kreis (Hrsg.) (1995 / 3., vollst. überarb. Aufl.), Das Arztbild der Zukunft. Analysen künftiger Anforderungen an den Arzt. Konsequenzen für die Ausbildung und Wege zu ihrer Reform. Gerlingen.
 - 18 Uexküll, Thure von (1971), Das Problem der Ausbildung zum Arzt in der modernen Welt : ein Kommentar zur neuen Approbationsordnung. Deutsches Ärzteblatt 68(Heft 10): 709-714.

Anschrift des Verfassers

Dr. Udo Schagen.
Forschungsstelle Zeitgeschichte im Institut für Geschichte der Medizin der FU Berlin,
Klingsorstr. 116

12203 Berlin