

**Empfehlungen zur gesetzlichen Neugestaltung der Ärztlichen Vorprüfung und der Ärztlichen Prüfung**  
Kurt Schimmelpfennig, Berlin

**Zusammenfassung**

Eine Novellierung der Ärztlichen Approbationsordnung (ÄAppO) hinsichtlich der gesetzlichen Regelungen der staatlichen Prüfungen ist dringend geboten. Aber auch die Zulassungsbedingungen zu diesen Staatsprüfungen sollten dahingehend geändert werden, daß hausinterne MC-Prüfungen für die Zulassung zu den staatlichen Prüfungen gemäß § 2(3) ÄAppO als nicht angemessen gelten.

Folgende gesetzliche Änderungen werden empfohlen:

**ÄV:** Die ärztliche Vorprüfung sollte weiterhin Staatsprüfung bleiben. Aber der Bundesärzteordnung ( BÄO § 4 ) folgend, regelt künftig die ÄAppO nicht wie bisher "das Nähere" dieser Prüfung, sondern nur die Mindestvoraussetzungen; damit werden universitäre Gestaltungsspielräume frei, die z.B. den Universitäten der neuen Bundesländer die Möglichkeit einräumen, im Grundstudium keine MC-Prüfungen aufgestülpt zu bekommen, sondern mündliche Staatsprüfungen in allen Fachgebieten zu erhalten. Auch für Reformstudiengänge kann diese Regelung genutzt werden.

**M 1:** Der Erste Abschnitt der Ärztlichen Prüfung sollte wegen seiner günstigen studiengestaltenden Wirkung erhalten bleiben. Aber der Stellenwert der Kenntnisse in Pathophysiologie als Zulassungsvoraussetzung zu dieser Prüfung sollte durch die Einführung eines "Scheines" verbessert werden.

**ÄV + M1:** Unter Berücksichtigung des § 4 BÄO für die ÄV und dem § 1(2)2,3 ÄAppO kann ein neuer Gestaltungsspielraum für die ersten 9 Fachsemester geschaffen werden. M1 wird in höhere Semester verlagert. Damit ist die Voraussetzung gegeben, an einer Universität die Studienordnung eines Reformstudiengangs für die ersten 9 Studiensemester zu erproben. Dieser Reformstudiengang mündet dann am Ende des 9. Studiensemesters in die Ärztliche Prüfung. Eine Experimentierklausel erübrigt sich.

**M2:** Im Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung sollte die Einteilung der Prüfungsfächer hinsichtlich operativer und nichtoperativer Gebiete, wie im § 28 (2) 2 der ÄAppO festgelegt, aufgegeben werden, da diese Einteilung nicht dem Sinn der ÄAppO entspricht.

Die Prüfung der einfachen primärärztlichen Untersuchungsmethoden § 29a (3) sollten von einer "KANN" in eine MUSS"-Regelung am Patienten übergeführt werden.

**M3:** Im Dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung sollten statt 4 Prüfern 2 x 2 Prüfer zeitlich länger prüfen dürfen.

Unter dem Gesichtspunkt einer wieder zunehmenden persönlichen Verantwortung der Professorinnen und Professoren für einen Studierenden, und einer notwendigen künftigen wissenschaftlichen Bearbeitung des Ausbildungs- und Prüfungswe-sens, sollte die persönliche Verantwortung der Ausbilder für einen Auszubildenden besser erkenntlich, d.h. zurechenbar werden z.B. bei der

Notengebung. - Weil die mündlichen Prüfungen derzeit fast ausschließlich fachlich geprägt sind, sollten die mündlichen Noten auch fachlich zurechenbar und nicht nur pauschal erkenntlich werden.

### Einleitung

Es ist angebracht, die derzeitigen gesetzlichen Regelungen der staatlichen Prüfungen, die in der ärztlichen Approbationsordnung (ÄAppO) festgelegt wurden, zu beschreiben, um zur Weiterentwicklung, also einer Novellierung dieser Rechtsverordnung Stellung zu beziehen. Dringend revisionsbedürftig sind alle Prüfungsabschnitte; man sollte mit neuen gesetzgeberischen Maßnahmen nicht auf eine große Studienreform warten.- Die Dringlichkeit ergibt sich nicht nur aus dem Auftrag zur Beseitigung bestehender Mängel, sondern auch aus Vorgaben der neuen Bundesländer und schließlich sollte die gesetzliche Behinderung von notwendigen Reformstudiengängen, vorrangig im Studienbeginn, an unseren Universitäten vermindert werden.

Im Folgenden werden Empfehlungen zur Novellierung der staatlichen Prüfungen zusammengefaßt. Die Vorschläge gliedern sich nach den Prüfungsabschnitten:

- ÄV: Ärztliche Vorprüfung ( das "Physikum" ) und Empfehlungen zur Korrektur der Zulassungsbedingungen zu den staatlichen Prüfungen.
- M1: Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung.
- Exkurs: ÄV + M1: Neue Gestaltungsspielräume der Ärztlichen Vorprüfung mit der Ersten Ärztlichen Prüfung
- M2: Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
- M3: Dritter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung

- Notengebung in mündlichen Prüfungen.

### Kritik an der gesetzlichen Regelung der Ärztlichen Vorprüfung

Die Ärztliche Vorprüfung ( das "Physikum") wird vom Bundesminister für Gesundheitswesen mit Zustimmung des Bundesrats in der ärztlichen Approbationsordnung ( ÄAppO) geregelt. Diese Approbationsordnung ist eine Rechtsverordnung. Der Gesetzgebungsauftrag für diese Approbationsordnung leitet sich von der Bundesärzteordnung (BÄO) ab. Der Auftrag der BÄO hinsichtlich der Gestaltung der staatlichen Prüfungen lautet im § 4 Abs 1 der BÄO: "Die ÄAppO regelt **das Nähere über die ärztliche Prüfung**". ( Satz 1 ). Es heißt hier nicht:"...das Nähere über die Vorprüfung und ärztliche Prüfung." Es heißt auch nicht:".. das Nähere über die ärztlichen Prüfungen ( kein Plural )", **denn die Vorprüfung ist nicht eine ärztliche Prüfung.** Die ärztliche Prüfung ist, wie die ÄAppO festlegt, dreiteilig und nicht vierteilig.

Die BÄO beschränkt den Auftrag zur Regelung der Vorprüfung nur in einer Hinsicht: Die Zulassung zur ärztlichen Prüfung darf vom Bestehen höchstens zweier Vorprüfungen abhängig gemacht werden" (Satz 4). Hier wird nicht gefordert, daß die ÄAppO **das Nähere** dieser Vorprüfung zu regeln hat. Derzeit regelt die ÄAppO "das Nähere".- Die Väter der BÄO haben bei dieser Formulierung sehr viel bedacht.

Die, durch die BÄO vorgegebenen, gesetzlichen Gestaltungsspielräume einer staatlichen Ärztlichen Vorprüfung an den einzelnen Universitäten sind vielfältig. Die ÄAppO kann wohl, aber muß nicht, alles Nähere wie bisher regeln. Diese Vorgabe wurde in den vergangenen Jahren ver-

schwiegen. Es könnte ausreichen, wenn die ÄAppO jene Mindestvoraussetzungen festlegt, die in der Vorprüfung geprüft und bewertet werden müssen, z.B. die Prüfung folgender Fachgebiete: Chemie + Biochemie, Physik + Physiologie, Biologie + Anatomie, Medizinische Psychologie + Soziologie.

Im Einvernehmen mit dem zuständigen Landesprüfungsamt (LPA) könnte eine Universität festlegen, wessen sich das LPA für die ÄV bedient: Nur der Professoren und habilitierten Dozenten oder auch des IMPP in Mainz.

Die Prüfungen müssen so gestaltet werden, daß ein Studienortwechsel in unseren Ländern gesichert ist.

**Prüfungsgerechtigkeit:** Die Maßgabe der Prüfungsgerechtigkeit hinsichtlich der Notengebung bei unterschiedlichen Universitäten mit unterschiedlich gestalteten Prüfungen ist zwar problematisch aber darf nicht limitierend sein. Die wiederholte Behauptung, die mündlichen Prüfungen ergeben bessere Noten als die schriftlichen, ist nicht überzeugend gültig für den Bereich der Nichtbestehensquote:

Aus den Statistiken des IMPP Frühjahr 1990 Tab.5 geht hervor, daß im mündlichen Examens- teil von 500 Prüflingen mit der Note 5, von diesen Studenten im schriftlichen Examensteil 219 besser als 5 waren. Von 567 Prüflingen mit der Note 5 im schriftlichen Examensteil waren 214 besser als 5 in der mündlichen Prüfung ( die nur zwei Fachgebiete umfaßt). Der Unterschied wird zwangsläufig noch geringer, wenn die Studenten in allen Fächern mündlich geprüft werden. Die große Diskrepanz der Noten im Bereich "sehr gut, gut, befriedigend" ist lange bekannt und ist

darauf zurückzuführen, daß die Schnittstellen des IMPP willkürlich ungünstig für die besseren Noten liegen. Da das IMPP keine Examensforschung erfüllt, müssen wir damit leben, daß Studenten, die wir z.B. mit der Note "gut" bewerten, dort eine Punktzahl erreichen, die nur der Skala "befriedigend" zugeordnet wird. Diese Regelung des IMPP widerspricht der Auffassung vieler Dozenten, die mit einer guten Note eine studentische Leistungsbereitschaft bestätigen und fördern wollen; währenddessen fördert das IMPP resignative Haltungen bei den Studenten, die für sich erfahren, daß sie über eine Note "3" nicht hinaus kommen.- Die Gesamtnote "1" in der Ärztlichen Prüfung ist für Medizinstudenten faktisch nicht erreichbar; dies ist wiederum ein Hinweis, welchen unglücklichen Einfluß Juristen auf unser Prüfungswesen genommen haben.

Ein Beitrag zu einer gewissen Vereinheitlichung der Vorprüfungen in den verschiedenen Bundesländern könnten Prüfungsbeauftragte, wie in der ÄAppO im § 15 (10) vorgesehen, leisten.

**Gesetzliche Gestaltungsspielräume:** Fehlt an unseren Universitäten eine Willensbildung zur Nutzung der Gestaltungsspielräume für die ÄV, wie sie die BÄO gewährt? In der Vergangenheit konnte man diesen Eindruck gewinnen. Aber jetzt wird aus den neuen Bundesländern der Wille kund, im Grundstudium völlig auf MC-Prüfungen zu verzichten, weil die Sogwirkung dieser Prüfung auf das studentische Lernverhalten schlimm ist. Außerdem können sich Reformstudiengänge nicht in dem engen Korsett der derzeitigen ÄAppO entwickeln.

Gestaltungsspielräume für das Grundstudium und die ärztliche Vorprüfungen können erst von den verantwortlichen Professoren, Fachbereichen und

Fakultätentagen gesucht und entwickelt werden, wenn sie wissen, daß diese Gestaltungsspielräume rechtlich zugelassen sind. Erst dieses Bewußtsein ermöglicht eine entsprechende Willensbildung.

Es ist immer geboten, Rechtsverordnungen der Studien- und Prüfungsbedingungen zu novellieren, wenn diese Studien- und Prüfungsbedingungen wieder jenen Normen und Ordnungen zugeführt werden können, die dem Zweck des Studiums sinnvoll dienen. Solange aber die Justitabilität von Prüfungen vorrangig maßgebend ist, und die Wahrung der Rechtseinheit vorrangig Maßstäbe für die ÄAppO setzt, werden studienfremde Elemente das Studium fehlsteuern und einengen. Anzustreben ist aber eine sinnvolle Studiensteuerung, besonders zu Beginn des Studiums; denn, was man am Anfang versäumt, kann man später nicht mehr gut machen. Noch schlimmer sind aber Fehlsteuerungen am Anfang des Studiums, die Fehlentwicklungen einleiten.

Der Bundesminister für Gesundheit sollte die rechtliche Vorgabe der BÄO, die staatliche Vorprüfung sinnvoller gestalten zu können, nutzen und nicht unter dem Gesichtspunkt der Wahrung der Rechtseinheit ein studienfremdes Prüfungssystem, das weder Kernwissen noch Lücken erfaßt, den neuen Bundesländern aufstülpen.

Jedoch mehr als der Bundesminister ist der Bundesrat aufgerufen, nun endlich förderative Elemente auf Kosten einer überholten zentralistischen Auffassung im Grundstudium zu ermöglichen.

In der Vergangenheit folgte der Bundesrat nicht seinem förderativen Auftrag hinsichtlich der ÄV. Diesen Vorwurf darf und muß ein juristisch unbelasteter, aber politisch streng förderal orientierter Mediziner hier formulieren.

### **Empfehlungen zur Korrektur der Zulassungsbedingungen zu den staatlichen Prüfungen**

Ein wesentliches Element der ÄAppO ist die gesetzliche Regelung der Zulassung zu Staatsprüfungen, die mit der Bescheinigung der regelmäßigen und erfolgreichen Teilnahme an einer praktischen Übung bestätigt wird. Diese Regelung im § 2 (3) der ÄAppO soll wohl Mindestvoraussetzungen für staatliche Prüfungen und einen sinnvollen Aufbau des Studiums ermöglichen: "...Eine erfolgreiche Teilnahme an einer praktischen Übung liegt vor, wenn der Studierende in der praktischen Übung in einer dem betreffenden Fachgebiet angemessenen Weise gezeigt hat, daß er sich die erforderlichen methodischen Grundkenntnisse und Fertigkeiten angeeignet hat und sie in der Praxis anzuwenden weiß".

Mit diesem § 2 (3) der ÄAppO sollte geregelt werden, daß nur Studenten zum Staatsexamen zugelassen werden, die - in einem Fachgebiet - angemessene Leistungsnachweise erbracht haben. Da eine Bewertung (im Sinne einer Notengebung) bei der Bescheinigung nicht erfolgt, beziehen sich diese angemessenen Mindestvoraussetzungen auf möglichst lückenlose methodische Grundkenntnisse und Fertigkeiten. Unter Berücksichtigung dieser Mindestvoraussetzungen ergibt eine anschließende MC-Prüfung einen ergänzenden Sinn, auch wenn MC-Prüfungen Mindestvoraussetzungen und Fertigkeiten nicht erfassen.

Seit Bestehen der MC-Prüfungen in Deutschland wird dieses MC-Prüfungsverfahren aus verschiedenen Gründen beklagt und bemängelt. Diese Vorwürfe richten sich fast immer - und damit in der ersten Zielrichtung fälschlich - an das staatliche IMPP in Mainz. Diese Vorwürfe sind überwiegend falsch gerichtet, denn bekanntlich wer-

den an vielen Universitäten in vielen Fächern als Abschlußprüfungen von praktischen Übungen, besonders im vorklinischen Grundstudium, MC-Prüfungen durchgeführt. Diese hausgemachten MC-Prüfungen, die in einem weit höheren Maß eine erschütternde Lernsteuerung haben als die Prüfungen des IMPP, enthalten beispielsweise oft einen hohen Altfragenanteil, der die Studenten zum Altfragenpauken verleitet oder zwingt. Dieses fehlgesteuerte Studienverhalten muß vorrangig verhindert werden.

**Die Regelung der Zulassung zu Staatsprüfungen** sollte von den Landesprüfungsämtern von Bescheinigungen abhängig gemacht werden, aus denen die Art der Erfolgsprüfung deutlich wird. Es muß zumindest festgelegt werden, daß eine MC-Prüfung gemäß § 2 (3) nicht durchgeführt werden darf, denn sie erfaßt weder Lücken noch Kernwissen, weder Grundkenntnisse noch Mindestvoraussetzungen eines Fachgebietes, sie ist daher nicht angemessen. Auch Fertigkeiten (Wie und warum entscheide ich mich in einer Situation so?) können MC-artig nicht erfaßt werden: Eine eigene Begründung für eine eigene Entscheidung kann der Prüfling nicht anbieten. Bei der gesetzlichen Regelung sollte die wohl nicht zu umgehende Alibifunktion des § 2(3) nicht zu sehr strapaziert werden.

### **M 1: Der erste Abschnitt der Ärztlichen Prüfung**

**Kritik am Fächerkanon von M1:** Die Voraussetzungen der Zulassung zu dieser Prüfung regelt die **ÄAppO** im § 10 (4,5). Für zahlreiche Fachgebiete müssen Bescheinigungen über die regelmäßige und erfolgreiche Teilnahme nachgewiesen werden. Nur ein Gebiet fehlt: **Die Pathophysiologie!**

Damit wird auf jenes Gebiet verzichtet, das ein Verständnis für pathologische Prozesse grundlegend bestimmt. Der hohe Rang der Physiologie im vorklinischen Studium wird nicht für den longitudinalen Transfer in das klinische Studium genutzt. Vergleichbar richtig ist der longitudinale Transfer der Anatomie in die Pathologie im klinischen Studium.

Die Folgen dieser gesetzlichen Regelung sind bedrückend: Biostatistik hat einen klaren Stellenwert (der Pflichtstunden kostet), aber die Pathophysiologie wird von den Studenten nicht angemessen berücksichtigt. Das Lernverhalten der Studenten wird durch diese gesetzliche Regelung fehlgesteuert, zumal die meisten Studenten nach der Belastung der ärztlichen Vorprüfung geneigt sind, im ersten klinischen Semester nur das Notwendigste zu lernen. - Eine Zuordnung der Pathophysiologie zu anderen Pflichtübungen ist auch mit einer stofflichen Entrümpelung der anderen Kurse nicht möglich.

Wird die Aufnahme der Pathophysiologie in die Pflicht-Unterrichtsveranstaltungen mit Nachweis eines "Scheines" für M1 eingeführt, so ist damit nicht eine Erweiterung des Prüfungsstoffes verbunden, denn Pathophysiologie ist Prüfungsfach von M1.

**M1 muß erhalten werden:** Dieser Prüfungsabschnitt hat eine gute lernsteuernde Funktion, obwohl es sich um eine MC-Prüfung handelt. Von den klinisch-theoretischen Grundlagen werden geprüft: Pathologie, Mikrobiologie, Immunpathologie, Radiologie, Pathobiochemie, klinische Chemie, Hämatologie, Humangenetik, Biomathematik, Pharmakologie und Toxikologie. Diese Fächer sollen das praktische klinische Studium nach dem zutreffenden Grundsatz "Es gibt nichts

Praktischeres als eine gute Theorie", vorbereiten.

Gelegentliche Beratungen zur Frage, ob dieser Prüfungsabschnitt abzuschaffen und M2 zuzuordnen sei, ergaben fast immer das Einverständnis, daß M1 erhalten werden soll. Erst wenn die Prüferkapazität für die vorwiegend theoretisch orientierten Gebiete des ersten klinischen Jahres ausreichend sind, darf darauf vertraut werden, daß die Erfolgsbescheinigungen der einzelnen Übungen streng und gründlich sind.

Vermutlich ist die studiensteuernde Wirkung von M1 ein tragender Beitrag dafür, daß die Studienzeiten im Medizinstudium der Regelstudienzeit so nahe liegen, wie in kaum einem anderen Studienfach. Studiensteuernd von M1 ist auch das Bewußtsein der Studenten, daß die Note dieser Prüfung in die Endnote der Ärztlichen Prüfung eingeht. Die Note der Vorprüfung wird bei der Endnote nicht berücksichtigt, weil die Vorprüfung keine Ärztliche Prüfung ist.

#### **ÄV + M1: Neue Gestaltungsspielräume der Ärztlichen Vorprüfung und der Ersten Ärztlichen Prüfung**

Wenn die Ärztliche Vorprüfung hinsichtlich ihrer Gestaltungsspielräume, die in der Bundesärzteordnung vorgesehen wurden, die aber von der ÄAppO nicht gewährt sind, genutzt werden, dann ergeben sich günstige Voraussetzungen für Reformstudiengänge. Der Zeitpunkt von M1 darf von den Studenten selbst gewählt werden (§1(2)2,3 ÄAppO). Dieses Examen wird frühestens nach dem zweiten klinischen Semester und spätestens ein Semester vor dem Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung absolviert. Hieraus ergeben sich weitere Gestaltungsspielräume, mit denen das klinische Studium und das Grundstudium

um verbunden werden können. Manche Studenten könnten sich freiwillig für eine Reformstudien- und Prüfungsordnung entschließen, die eine Universität zusätzlich anbietet. Nach einem klinisch geprägten Grundstudium von 4 bis 6 Semestern, mit einem folgenden klinischen Studienabschnitt von 5 bis 3 Semestern, folgt die Prüfung M1 nach dem 9. Fachsemester. Dieses Reformstudium könnte dann in die drei Abschnitte der ärztlichen Prüfungen münden. - Aus Gründen einer sinnvollen Studiengestaltung ist es notwendig, bei den Studenten eines Reformstudienganges vorrangig Prüfer einzusetzen, die in diesem Studiengang unterrichtet haben.

#### **M2: Kritik zur gesetzlichen Regelung des 2. Abschnittes der Ärztlichen Prüfung**

Diese Prüfung regelt die Zulassung der Studierenden zum dritten Studienabschnitt, dem Praktischen Jahr.

Zur Prüfung der Untersuchung am Patienten im § 29a (3) der ÄAppO heißt es: "Die Prüfungskommission kann dem Prüfling vor dem Prüfungstermin einen Patienten zur Anamneseerhebung und Untersuchung zuweisen und ihm aufgeben, bei der Prüfung hierüber mündlich oder mittels einer Vorlage einer schriftlichen Ausarbeitung zu berichten."

Diese Regelung ist in zweierlei Hinsicht zu korrigieren:

a) Hier sollte das "KANN" in eine "MUSS"-Regelung übergeführt werden. Die Prüfung der sogenannten einfachen Untersuchung am Patienten wird offensichtlich nach einem 6-semesterigen klinischen Studium mit 4 Monaten Famulatur in M2 nicht erwartet! Es ist also gesetzlich nicht vorgesehen, daß der Student nachweisen muß,

wie man eine Lunge perkutiert, auskultiert oder einen Patienten untersucht, der über Schwindel klagt. Der Student soll nur (ab)schriftlich oder mündlich darüber berichten.

b) Die Prüfung von primärärztlichen Untersuchungsmethoden an einem Patienten wird für M2 nicht erwähnt. Erst in M3 lautet die Prüfungsanforderung im § 33,(3) 1: " die Technik der einfachen klinischen Untersuchungsmethoden.....".

Die Untersuchung am Patienten als Teil der Prüfung müßte eine zentrale Aufgabe von M2 sein. Diese Anforderung wird eine Lern- und Lehrsteuerung im 2. klinischen Abschnitt auslösen. Diese berechtigte Anforderung ergibt sich auch aus der Bescheinigung der erfolgreichen Teilnahme an praktischen Übungen der beiden vergangenen klinischen Studienabschnitte. Der Student ist gehalten, bei den Famulaturen diese Untersuchungsmethoden zu üben und zu vertiefen.- Der Gesetzgeber aber verlagert diesen Teil der Prüfung in den Dritten Abschnitt der ärztlichen Prüfung, wenn es zu spät ist, und die Prüfungszeit diesen Teil der Prüfung verhindert (siehe dort).

Es besteht wohl kein Zweifel, daß der Anlaß zur gesetzlichen Einführung einer mündlich - praktischen Prüfung vor dem Praktischen Jahr die lernsteuernde Wirkung dieser Prüfung war, denn die schwachen praktischen Fähigkeiten der Studenten im Praktischen Jahr wurden allseits bemängelt. Damit wurde zugleich ein studiensteuerndes Aufgabengebiet für die Famulaturen im 2. klinischen Abschnitt festgelegt.

Der Begriff "klinische" Untersuchung sollte in diesem Zusammenhang aufgegeben werden, denn gemeint sind Untersuchungen ohne die Nutzung

der Ausstattung einer Klinik; gemeint sind ärztliche Untersuchungen am Patienten ( ohne Labor und Geräte), die ein jeder Primärarzt beherrschen muß. Damit fällt diese Prüfung auch in den Kompetenzbereich eines jeden klinischen Prüfers, der nicht in jedem Fall gehalten ist, seine fachlich orientierten Untersuchungsmethoden zu prüfen.

Der Einwand, es gäbe zu wenig Patienten für diese Prüfungen, sollte überdacht werden. M2 findet in der vorlesungsfreien Zeit statt, in der keine Kurse angeboten werden. M3 folgt nach der Prüfungsepoche von M2, so daß eine Überschneidung mit sonstigen Belastungen der Patienten für die studentische Ausbildung nicht zu erwarten sind.

#### **Kritik an der Einteilung der Prüfungsfächer in M2**

Siehe § 28,(2) ÄAppO:" Die Fächergruppen sollen nicht ausschließlich Fächer aus dem nicht-operativen, dem operativen oder dem klinisch-theoretischen Bereich umfassen."

Diese Regelung ist zu bemängeln. Denn berücksichtigt man unter **allgemeinmedizinischen und primärärztlichen Gesichtspunkten - also dem Studienziel** - welche Fächer operativ seien, so wird die Logik strapaziert:

HNO und Orthopädie gelten bisher als operative Fächer, obwohl die nichtoperative Seite dieser Gebiete für den Allgemein- bzw Primärarzt vorrangig sein sollte. Auch die Frauenheilkunde sollte eher den nicht-operativen Gebieten zugeordnet werden, wenn man die Aufgaben des Allgemeinarztes bzw des Primärarztes bedenkt.

Den nicht-operativen Teil dieser Gebiete in der

Ausbildung zu fördern, ist eines der zentralen Ziele unserer ÄAppO.

Die gesetzliche Fehlsteuerung dieser Prüfungen ist erheblich: **Das Selbstverständnis und die Prüfungsinhalte** der Prüfer dieser Fachgebiete, z.B. der Orthopädie, HNO und Frauenheilkunde, werden durch die Zuordnung in die operativen Fachgebiete, von dem Ziel der ÄAppO abgelenkt. Aufgrund dieser Regelung ist es kein Wunder, daß viele Prüfer dieser operativen Gebiete sich verpflichtet fühlen, den Prüfling eher facharzt-spezifisch hinsichtlich seiner Voraussetzungen für den klinischen Alltag, also den Stationsbetrieb eines Fachgebietes, zu prüfen.

Aber nicht nur die gesetzlich fehlgesteuerten Prüfungsziele sind zu beklagen, sondern zugleich auch eine damit verbundene gravierende Fehlsteuerung der Lehrinhalte in den vorangegangenen Semestern.

Die Einteilung der Fächergruppen 1 und 2 enthält weitere Schwächen z.B. die feste Zuordnung der Mikrobiologie oder Hygiene in die Fächergruppe 1; der Stoffumfang und Schwierigkeitsgrad der Mikrobiologie oder Hygiene ist geringer als vergleichsweise der der Pathologie oder Pharmakologie.

### **M3: Kritik am Dritten Abschnitt der ärztlichen Prüfung**

Die positiv lernsteuernde Wirkung von mündlich-praktischen Prüfungen wird von niemandem ernsthaft bezweifelt. Die heutigen wenigen staatlichen mündlich-praktischen Prüfungen in zahlreichen Fachgebieten können nur mit der großen Anzahl der Prüflinge und den relativ wenigen Prüfern begründet werden. Hieraus ergibt sich

der erste Kritikpunkt an der gesetzlichen Regelung von M3: Nicht zwei sondern vier Prüfer sitzen in M3 den vier Prüflingen gegenüber. Da nur jeweils ein Prüfer prüfen kann, fühlen sich die drei anderen Prüfer meist nicht ausgelastet, viele Prüfer fühlen sich in drei von vier Stunden überflüssig. Zeitlich überforderte hochkarätige Wissenschaftler, tatkräftige Klinikärzte und Dozenten, die oft einen Nachtdienst hinter sich haben und noch ein großes Arbeitspensum an diesem Tag erledigen müssen, die auch in der Fortbildung Wesentliches leisten, haben kein Verständnis für diese Prüfungsregelung, die im § 33 ÄAppO festgelegt wurde. Die Beisitzerfunktion in den Zweierprüfungen der ÄV und M2 ist noch zu verstehen.

Dieser Verschleiß von Prüfern kommt aber leider auch nicht der Prüfung zugute: Da diese Prüfung 4-5 Stunden dauert, verbleiben pro Prüfling in jedem der 4 Fachgebiete nur 15 bis 19 Minuten. In Berlin kennt der Prüfer die Studenten nicht. In 15 Minuten soll er prüfen :

- 1) Fallbezogene Technik der Anamneseerhebung.
- 2) Prüfung der einfachen klinischen Untersuchungsmethoden.
- 3) Welche (fachspezifische) Voraussetzung hat der Student, um damit fallbezogene Entscheidungen zu begründen.

Während diese drei Anforderungen selbstverständlich sein sollten, ist gemäß § 33 erwünscht, noch folgende Inhalte zu prüfen: - ob der Student die allgemeinen Regeln ärztlichen Verhaltens gegenüber dem Patienten kennt und zur Hilfe und Betreuung bei chronisch und bei unheilbar Kranken und Sterbenden fähig ist.

Diese M3-Prüfung ist eine gesetzliche Fehlkonstruktion, die nicht gründliches Prüfen fördert:



Wird nicht am Patienten geprüft, so fehlt ein wesentlicher Prüfungsteil. Wird aber am Patienten geprüft, so bricht meist die Zeit- und Inhaltsplanung dieser Prüfung zusammen.

Bedenklich ist, daß hier eine 5-Minuten-Diagnostik von Untersuchungsmethoden geprüft wird. Wenn aber der Fall dem Prüfling mehrere Tage vor der Prüfung gegeben wurde, wird das geprüft, was sich der Student in wenigen Tagen schnell erarbeiten kann oder nicht.- Diese 15-Minuten-Prüfung ist ein Kuckucksei der Juristen im falschen Fachbereich.

M3 wird sehr unterschiedlich gestaltet: In den alten Bundesländern werden offensichtlich etwa 70% der Studenten von jenen habilitierten Dozenten und Professoren geprüft, auf deren Abteilungen sie im Praktischen Jahr in Lehrkrankenhäusern gelernt und gedient haben. Prüfer und Prüfling kennen sich unter Umständen gut. Diese Studenten können sich auf ihre künftigen Prüfer einstellen und die Prüfer sind u.U. in ihrer Bewertung schon vorgeprägt. Daher mag eine 15-Minutenprüfung eines Fachgebietes verständlich sein. In Berlin haben wir eine völlig andere Prüfungssituation. Denn in Berlin kennt der Prüfer seinen Prüfling nicht. Diese - wohl sinnvollere Prüfungsorganisation - führt aber in 15 Minuten schwerer zu einer gerechten Bewertung. Die schlechteren Noten, die sich aus dieser Prüfungssituation in Berlin ergeben, sind wiederum ungerecht bei Bewerbungen um eine Stelle, wenn sich auch ein Nicht-Berliner Kollege bewirbt.

**Vorschläge zu Neuregelung für M3:** Folgende Leitgedanken sollten überdacht werden, wenn man das bisherige Prüfverfahren zugrunde legt:

**Modell A:** Zeitsparend für die Prüfer und entla-

stend für die Prüflinge wäre - in Anlehnung an M2 - eine generelle Zweiteilung der Prüfung, z.B.:

1) Innere Medizin plus Wahlfach

2) Chirurgie plus 4. Fach.

Die Noten werden jeweils fachbezogen gegeben (s.u.)

- Die Prüfung wird wie M2 gestaltet.

Außerdem sollte überlegt werden z.B.:

- Die Prüfung der Untersuchung am Patienten ist zeitlich von der mündlichen Prüfung abzutrennen.

- Die Prüfung der Untersuchungen am Patienten in Gegenwart des Prüfungsvorsitzenden und eines weiteren Beisitzers gehen in die Prüfungszeit nicht ein.

**Modell B:** Der Prüfungsvorsitzende und mindestens ein weiterer Prüfer der insgesamt 4 Prüfungsfächer nehmen die Prüfung ab. (Die 2 übrigen Prüfer können, aber müssen nicht die ganze Zeit gegenwärtig sein). Jeder der 4 Prüfer macht seine Prüfungsrunde und teilt am Ende seiner Prüfung dem Prüfungsvorsitzenden die Bewertung der Prüflinge mit. Empfehlenswert ist:

- Die Prüfung der Untersuchung am Patienten ist zeitlich von der mündlichen Prüfung abzutrennen.

- Die Prüfung der Untersuchungen am Patienten in Gegenwart des Prüfungsvorsitzenden und eines weiteren Beisitzers gehen in die Prüfungszeit nicht ein.

- Der Prüfungsvorsitzende und mindesten ein weiterer Prüfer entscheiden die Gesamtnote (wenn es dabei bleibt), unter eventueller Rücksprache mit den anderen Prüfern.

- Bei dieser Regelung wird die Rolle des Prüfungsvorsitzenden aufgewertet.

### **Bescheinigung für die erfolgreiche Teilnahme im dritten klinischen Abschnitt**

Um die prüfungsorientierte Lernsteuerung zu verbessern und um den Moment der Prüfungssituation zu erleichtern, wäre die Einführung eines "Scheines" im Praktischen Jahr angebracht. Mit dieser Bescheinigung wird dem Studenten bestätigt, daß er erfolgreich nachgewiesen hat:

- a) Fallvorstellungen: In jedem Fach muß der Student dem Lehrbeauftragten oder einem Vertreter z.B. 2 Fälle eingehend und erfolgreich vorstellen.
- b) Bescheinigt wird, daß der Student die einfachen Untersuchungsmethoden beherrscht und die erhobenen Befunde beurteilen kann.

### **Kritik an der Notengebung in den mündlichen Staatsexamen ÄV, M2 und M3**

Die Erwartungen, daß in den mündlichen Prüfungen fachübergreifend geprüft wird, haben sich selten erfüllt. Damit ist aber auch eine fachlich nicht gekennzeichnete Gesamtnote der mündlichen Prüfungen, wie sie derzeit bei der ÄV, M2 und M3 festgelegt wurde, in Frage zu stellen. Empfehlenswert ist, daß jeder Prüfer seine Note schriftlich, also verantwortlich festlegt.

Die vorgesehene Gesamtnote für eine mündliche Prüfung durch eine Prüfungskommission, also die nicht fachbetonte Bewertung, sollten überdacht und revidiert werden. Eine Gesamtnote für einen Prüfungsabschnitt bleibt erhalten. Damit würden sich neue Gestaltungsmöglichkeiten ( z.B. Modell A + B ) der Prüfungen erleichtern, die durch diese fiktive Gesamtnote einer mündlichen Prüfung eingeschränkt wird.

Anzustreben ist, daß ein Student ( z.B. in M2) für jedes Fachgebiet seine mündlichen Noten fest formuliert bekommt, z.B. Orthopädie 4, Pharmakologie 1. Denn eine "3" als Gesamtnote gibt hier ein falsches Bild und fördert studentische Resignation. Da die "3" nicht einem Prüfer zurechenbar und undifferenziert ist, geht eine derartige gesetzliche Regelung zugleich mit einem Verlust an persönlicher Verantwortung der Prüfer einher.

### **Rückführung der persönlichen Verantwortung zu den Prüferinnen und Prüfern**

Langfristig läßt sich nur die Qualität, die Reflexionsmöglichkeit und die wissenschaftliche Bearbeitung der Prüfungen verbessern, wenn eine klare Verantwortung - Note - eines Prüfers für einen Prüfling erkennbar ist. Denn langfristig muß die Studien- und Prüfungssteuerung sowie die Prüfungsbewertung wissenschaftlich bearbeitet werden können.

Bei den kommenden Rechtsverordnungen für die ärztliche Ausbildung muß dafür gesorgt werden, daß nicht eine weiterer Verlust an persönlicher Verantwortung der Lehrenden und Prüfenden gesetzlich festgeschrieben wird.

Die Verantwortung bezieht sich zugleich auf einen hohen Anspruch nach dem Grundstudium. Damit kann gewährleistet werden, daß die Studenten im Hauptstudium angemessene Grundvoraussetzungen haben, um in angemessener Zeit zunehmend schwierigere und komplexere Probleme begreifen und lösen zu können.

Prof. Dr. med. Kurt Schimmelpfennig  
 Institut für Toxikologie und Embryonalpharmakologie  
 Garystr.5  
 W 1000 Berlin