

Udo Schagen

Der Seehofer-Entwurf zur ärztlichen Ausbildung vom Frühjahr 1994

Zusammenfassung:

Es werden inhaltliche Darstellungen der Entwürfe (Fassungen vom Dezember 1993 und März 1994¹) mit ihren Änderungen gegenüber der geltenden Approbationsordnung für Ärzte gegeben und diese Entwürfe auf dem Hintergrund der Empfehlungen der Sachverständigenmission vom März 1993² diskutiert.

Ausdrücklich wird nicht auf weitergehende und eigene Vorstellungen zur Ausbildungsreform³ zurückgegriffen sondern vom in einem mehrjährigen Beratungsprozeß schon erreichten Kompromiß aller vom Bundesminister beteiligten Verbände, Institutionen und Persönlichkeiten in der Sachverständigengruppe ausgegangen.

Diejenige Überlegung stelle ich an den Anfang, von der nicht nur die Sachverständigengruppe sondern nahezu alle Gremien und Einzelpersonlichkeiten mit ihrer Kritik am Medizinstudium in den letzten Jahren ausgingen:

Das Studium ist praxisfern, fächer- und faktenwissenorientiert sowie stoffüberladen, der junge Arzt weiß einiges, kann aber zu wenig, das Erlernen und Einüben ärztlicher Entscheidungsfindung und ärztlichen Handelns steht nicht im Mittelpunkt des Studiums.

Das von der Sachverständigengruppe angestrebte Ziel, den Fakultäten Möglichkeiten zu geben, ja sogar einen gewissen Druck zu schaffen, dies zu verändern, wird, obwohl entsprechende Bemühungen im Diskussionsentwurf nicht zu übersehen sind, durch zwei entscheidende Punkte, in denen nicht der Empfehlung der Sachverständigengruppe gefolgt wird, verhindert.

1. Die Ärztliche Prüfung soll weiter bundeseinheitlich und nach dem MC-Verfahren stattfinden (§ 13, Abs.1, § 14, Abs.1 und 3).

Dagegen heißt es im Bericht der Sachverständigengruppe auf S. 6:

"5. Prüfungen

... Der bisherige Anteil des Multiple-choice-Verfahrens soll gegenüber mündlichen Prüfungen, praktischen Prüfungen und anderen Formen schriftlicher Prüfungen deutlich reduziert werden...

Das IMPP berät und unterstützt die Hochschulen bei der Gestaltung (insbesondere im

Multiple-choice-Anteil) und bei der Evaluation der Lehre. ... "

Eine nach fünf Semestern erfolgende Zwischenprüfung mit "mündlichen, schriftlichen (auch Multiple-Choice-Verfahren) und praktische(n) Anteile(n)" ... "ist eine Universitätsprüfung oder eine an die Universität delegierte Staatsprüfung."

Die Hauptprüfung nach zehn Semestern erfolgt "mündlich, praktisch und schriftlich (auch im Multiple-choice-Verfahren)" ... als Staatsprüfung.

An keiner Stelle steht hier das Wort "bundeseinheitlich"; dadurch ist indirekt aber ausdrücklich die Meinung der Kommission dokumentiert, daß auf die Bundeseinheitlichkeit von MC-Prüfungen verzichtet werden muß. Die jetzige Einheitsprüfung, nun sogar mit erweitertem Stoff nach dem 5. Semester, ist wesentliche Ursache für das Auseinanderklaffen von Lernverhalten der Studenten, die sich an Prüfungsstoffkatalogen und Fragensammlungen mit exotischen Details orientieren müssen und den - zugegeben spärlichen - Bemühungen der Fakultäten an einer mehr an wissenschaftlicher Entscheidungsfindung und ärztlichem Handeln orientierten Lehre. In dieser Frage gab es die ausführlichsten Diskussionen. Die große Mehrheit der Sachverständigen war der Meinung: es sollten so viele Kompetenzen wie möglich in die Universität zurückverlagert bzw. dort erhalten werden; Multiple-choice-Anteile sollten wegen der Standardisierung von einem Institut für Medizinische Prüfungsfragen oder einer ähnlichen Einrichtung bezogen, aber unter der Verantwortung der Hochschulen eingesetzt

werden; eine einzige Staatsprüfung am Ende des Studiums reiche aus.

Wenn diese Prüfungsform, vor allem in der Zwischenprüfung (Erster Abschnitt) beibehalten wird, entwertet dies den Diskussionsvorschlag insgesamt.

2. Die inhaltlichen, immerhin über dreieinhalb Jahre erarbeiteten Reformvorschläge der Sachverständigengruppe bezüglich der Aufgabe des Fächerprinzips und der Einführung eines integrierenden Ansatzes sind bis zur Unkenntlichkeit verfälscht.

Die Beschreibungen der Stoffgebiete für die erste Phase des Medizinstudiums (Anlage zum Bericht der Sachverständigengruppe, S. 11) sind zwar weitgehend wörtlich in den Diskussionsentwurf eingegangen aber sinnentstellend auseinandergerissen: die Texte zu den Überschriften, aber ohne diese, von A) - E) (ebenda) finden sich zwar in den Anlagen 1 und 11 des Diskussionsentwurfs und die Überschriften finden sich in der Anlage 10 (Entwurf vom Dezember 1993), das Ergebnis ist aber nun etwas völlig anderes als von der Sachverständigengruppe vorgeschlagen: die Leistungsnachweise (Anlage 1) und der Prüfungsstoff (Anlage 11) beziehen sich wie in der bisherigen Approbationsordnung wieder auf Fächer (sogar auf noch mehr als bisher!); die von der Sachverständigengruppe formulierten anzustrebenden Ziele des Unterrichts - Leistungsnachweise und Prüfungsstoff unter dem integrierenden Prinzip neu formulierter Stoffgebiete, wie "Ärztliche Propädeutik", "Der Körper", "Struktur und Funktion", "Information und Abwehr" sowie "Geistes- und sozialwissenschaftliche Grundlagen" zu sehen und damit die Integration und den Verzicht auf unnötiges enzyklopädisches Kurzzeitwissen zu ermöglichen - können nicht erreicht werden.

Im einzelnen stellt sich der Entwurf in folgender Weise dar:

Zu Artikel 1 (§ 4 der Bundesärzteordnung) sowie Artikel 2, zu § 1 der Approbationsordnung/Ziel der Ärztlichen Ausbildung:

Die Beibehaltung der Formulierung, daß der "ausgebildete Arzt" "zur eigenverantwortlichen und selbständigen ärztlichen Berufsausübung... befähigt ist", ist mißverständlich. In der gesundheitspolitischen Diskussion

wird unter "selbständige Berufsausübung" eines Arztes generell die ärztliche Tätigkeit in eigener Praxis verstanden. Daß diese spezielle Befähigung am Ende des Studiums noch nicht vorhanden ist, ist seit langem Meinung aller Experten. Der Deutsche Ärztetag hat hierzu bereits 1990 eine Stellungnahme verabschiedet, die Sachverständigengruppe zu Fragen der Neuordnung des Medizinstudiums hat ausdrücklich vorgeschlagen, deshalb das Adjektiv "selbständig" zu streichen. Wenn diese Formulierung nun beibehalten werden soll, offensichtlich, um zu verdeutlichen, daß der akademisch ausgebildete Arzt selbstverständlich nach Beendigung des Studiums, ohne auf Weisungen angewiesen zu sein, seinen Beruf ausüben können muß, so bedarf es zumindest einer Klarstellung (etwa in der Begründung) von Seiten des Bundesministers für Gesundheit, daß hier unter "selbständig" nicht gemeint ist, daß selbständige Tätigkeit in der Kassenarzt-/Vertragsarztpraxis bereits unmittelbar nach dem Studium möglich sein soll. Auf die Diskussion in der Ärzteschaft und der Bundesärztekammer, die neuerdings hierzu wieder ihre Position verändert hat und daher wahrscheinlich die Beibehaltung der eigentlich seit langem obsoleten Formulierung zu verantworten hat, soll hier nicht eingegangen werden¹.

Zu Artikel 2, § 1, Abs. 2, 2./Arzt im Praktikum:

Die Beibehaltung der AiP-Phase ist unverständlich. Nachdem durch das Gesundheitsstrukturgesetz² eine dreijährige Weiterbildung vor Aufnahme der Tätigkeit als Vertragsarzt festgeschrieben ist und die Ärztekammern ihre Weiterbildungsordnungen entsprechend angepaßt haben³, ist die AiP-Zeit nicht mehr erforderlich, da eine durch das Qualitätssicherungsinstrument der Weiterbildungsordnung geregelte Weiterbildungszeit die notwendige Gewinnung von Erfahrungen in besserer Weise gewährleistet. Selbst die Gesundheitsministerkonferenz der Länder hat sich bereits für die Abschaffung ausgesprochen⁴.

Zu § 2, Abs. 1, Satz 3/Fächer:

Die Hochschulen erhalten die Verantwortung für die Zuordnung der Fächer zu den Vorgaben der Anlagen 1 und 2 über die erforderli-

chen Leistungsnachweise. Hierdurch könnten die Hochschulen völlig neuartige fächerübergreifende Unterrichtsveranstaltungen schaffen oder aber auch einfach bisher schon existierende Praktische Übungen für einen Leistungsnachweis zusammenfassen und alles so lassen wie bisher.

Hierdurch würde die Hochschulverantwortung gestärkt - und es könnten sich mit der Zeit größere Unterschiede in den Ausbildungsangeboten der Fakultäten entwickeln.

Zu § 2, Abs. 1 letzter Satz:

Welche Themen sich für fächerübergreifenden Unterricht eignen, sollte nicht von einer Approbationsordnung vorgeschrieben und benannt werden.

Zu § 2, Abs. 2/Höchstzahlen für Unterricht mit Patienten:

Bisher sollen "bei Unterricht am Krankenbett in der Regel ... nicht mehr als fünf Studierende" tätig, jetzt "darf ... beim Unterricht in Form der Patientendemonstration eine Gruppe von höchstens acht, bei der Untersuchung eines Patienten ... eine Gruppe von höchstens zwei" unterwiesen werden. Zu Blockpraktika müssen pro Student "mindestens zehn tagesbelegte Betten zur Verfügung stehen".

Obwohl die Zahlenverhältnisse sinnvoll scheinen, deutet der Grad der Differenziertheit dieser Regelung auf den gesundheitspolitischen Hintergrund: der angestrebten Reduzierung der Studentenzahlen.

Zu § 2, Abs. 3/Höchstzahl für Tutorien:

Es dürfen nicht mehr als 10 Studenten an einem Tutorium teilnehmen.

Obwohl auch dieses Zahlenverhältnis sinnvoll scheint, deutet diese Regelung ebenfalls auf denselben oben genannten gesundheitspolitischen Hintergrund.

Zu § 6, Abs. 1, Krankenpflagedienst

Nach der Fassung vom März 1994 soll dieser um einen Monat vor Beginn des Studiums verlängert werden. Vorteil wäre ein gewisses Kennenlernen des Berufsfeldes, Nachteil eine weitere zeitliche Belastung der Studenten.

Zu § 13, Abs. 1, und § 14, Abs. 1 und 3/Schriftliche MC-Prüfungen:

Für den Ersten (nach dem 4./5. Studienhalbjahr) und den Zweiten (nach weiteren 10 Studienhalbjahren) Abschnitt der Ärztlichen Prüfung werden schriftliche MC-Prüfungen (§ 14, Absatz 1), die bundeseinheitlich organisiert werden (§ 14, Absatz 3) beibehalten.

Dies ist die größte Enttäuschung hinsichtlich der Erwartungen an den Diskussionsentwurf, weil dadurch der Hauptmangel des bisherigen Systems, das Auseinanderklaffen von Lehre und Prüfung, festgeschrieben wird.

Zu § 14, Abs. 2a, Schriftliche Prüfungen

Nach dem Entwurf vom März 1994 könnten, wenn Hochschule und Landesbehörde entsprechendes wollen, die Fragen für die schriftliche Prüfung von der Hochschule selbst für die Studierenden festgelegt werden.

Dies könnte ein erster Durchbruch für eine Flexibilisierung der Prüfungen sein.

Zu § 22/Inhalt des Ersten Abschnittes der Prüfung:

Die Einführung in die praktische und klinische Medizin, die Einführung in die Untersuchungsmethoden, die Einführung in die Notfallmedizin, die bildgebenden Verfahren, die Pathologie, die Pathophysiologie, die Pathobiochemie, die Pharmakologie, die Toxikologie, die Molekularbiologie, Immunologie, Humangenetik, Mikrobiologie/Virologie sowie die Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, die Medizinische Biometrie und Epidemiologie sind meist aus dem früheren Ersten Abschnitt in diese erste Prüfung (früher Physikum) zusätzlich zu den bisher dort geprüften Fächern verlagert worden.

Für die mündliche Prüfung wird nun vorgeschrieben, daß neben zwei (neu gruppierten) Stoffgebieten und einem Wahlpflichtfach in Grundlagen der "Pharmakologie" geprüft wird.

Durch mündliche Prüfungen in vier statt zwei Fächern entsteht eine vordoppelte Belastung für Studenten und Dozenten!?

Die Hochschule kann die Möglichkeit vorsehen, die gesamte Prüfung schon nach einem Studium von 2 Jahren zuzulassen.

Eine solche Prüfung wäre nur zu bewältigen, wenn die Zusammenstellung der Prüfungsfragen nach völlig anderen Kriterien als bis-

her, etwa durch Reduzierung auf das für den eine Weiterbildung beginnenden Arzt notwendige Grundwissen, erfolgt. Hierzu gibt der Diskussionsentwurf aber keine Hinweise. Von daher wird erst recht nicht erwartet werden können, daß Studienordnungen die Prüfung bereits nach zwei Jahren zulassen werden.

Die Einführung von Wahlpflichtfächern wird grundsätzlich begrüßt.

Zu § 27/Inhalt des Zweiten Abschnittes der Prüfung:

Im mündlichen Teil soll neben je einem aus zwei Gruppen (wie bisher und praktisch unverändert) auszuwählenden Prüfungsfach in einem Wahlpflichtfach und der Klinischen Pharmakologie geprüft werden.

Auch hier entsteht durch mündliche Prüfungen in vier statt zwei Fächern eine verdoppelte Belastung für Studenten und Dozenten!

Zu § 32/Mündliche Prüfung im 3. Abschnitt:

Der Prüfling hat jetzt zusätzlich nachzuweisen, "daß er ... die koordinierende Funktion des Hausarztes sowie die spezifischen Anforderungen der hausärztlichen Tätigkeit kennt" (Abs. 3, 7.) sowie "gesundheitsökonomische Fragestellungen" (Abs. 2) beurteilen kann.

Dies ist im Prinzip sinnvoll, kann aber erst wirksam werden, wenn mit einem geänderten Entwurf Voraussetzungen für eine Reduktion des bisher in den MC-Prüfungen verlangten Spezialwissens geschaffen werden.

Zu § 35/Tätigkeit im Praktikum

Mit dem letzten Satz wurde im Entwurf vom Dezember 1993 (wohl versehentlich) der Beginn der Weiterbildung auf die Zeit nach der Arzt-im-Praktikum-Phase verschoben.

Dies steht in Widerspruch zum bisherigen Recht der Weiterbildungsordnungen, in denen die Kammern ausdrücklich die AiP-Zeit auf die Weiterbildung anrechenbar gemacht haben. Im Entwurf vom März 1994 ist dies korrigiert.

Zu Anlage 1 (zu § 2, Abs. 1 Satz 2)/Leistungsnachweise für den Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung:

Statt der bisherigen elf (Physikum) und acht (bisheriger Erster Abschnitt) Leistungsnachweisen aus praktischen Übungen, Kursen

und Seminaren in einzelnen Fächern sollen nach der Fassung vom März 1994 jetzt insgesamt sieben Leistungsnachweise aus Fächergruppen erbracht werden:

1. Einführung in die praktische und klinische Medizin, Einführung in die Untersuchungsmethoden, Einführung in die Notfallmedizin, Grundlagen der radiologischen Diagnostik, Berufsfelderkundung, Terminologie
2. Biologie, Embryologie, Anatomie einschließlich Anatomie am Lebenden verschiedener Altersstufen, Einführung in die Pathologie
3. Physik, Biophysik, Physiologie und Pathophysiologie
4. Chemie, Biochemie, Pathobiochemie, Einführung in die Pharmakologie und Toxikologie
5. Einführung in die Molekularbiologie, Immunologie, Humangenetik, Mikrobiologie/Virologie
6. Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie, Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Medizinische Biometrie, Epidemiologie

7. Wahlpflichtfach

Von der Gesamtstundenzahl für diese Fächergruppen, "mindestens 1.800 Stunden", sollen "mindestens 938 Stunden auf Praktika, mindestens 182 Stunden auf Seminare, mindestens 84 Stunden auf Unterricht am Krankenbett und mindestens 56 Stunden auf Tutorien" entfallen.

Auf fünf Semester verteilt bedeutet dies durchschnittlich 360 Stunden Kleingruppenunterricht pro Semester; bei 14 Semesterwochen sind dies 26 Stunden pro Woche; auf vier Semester verteilt: 450 Stunden pro Semester = 32 Stunden Kleingruppenunterricht pro Semesterwoche; dabei ist noch nicht berücksichtigt, daß möglicherweise das letzte Semester vor dem Examen zu Ungunsten der früheren Semester von den Veranstaltungen entlastet werden sollte und sich noch höhere Zahlen ergeben würden! Da im § 2, Abs. 2 und 5 ausdrücklich von weiteren (Pflicht-)Vorlesungen die Rede ist, erhöht sich die Stundenbelastung weiter.

Die im Allgemeinen Teil der Begründung (S. 97) zitierte, durch die EG-Richtlinie vorgeschriebene, Mindeststundenzahl von insgesamt 5.500 Unterrichtsstunden würde aller-

dings auch ohne zusätzliche Vorlesungen erreicht.

In jedem Fall ist hier eine erhebliche Intensivierung des Unterrichts und damit eine Verringerung für Vor- und Nachbereitung zur Verfügung stehender Zeiten vorgesehen. Die Differenziertheit der angegebenen Zahlen läßt darauf schließen, daß im Ministerium offenbar mit einem Beispielstundenplan, wie er für eine Änderung der Kapazitätsverordnung benötigt wird, gerechnet wurde. Dies und die Differenziertheit der Zahlenangaben sind unerwünschte Bevormundungen der Hochschulen.

Von Seiten der Studenten ist eine beachtenswerte und außerordentlich differenzierte Stellungnahme, die den hier nicht ausführlich dargestellten Aspekt der zu erwartenden Belastungen diskutiert, vorgelegt worden⁵.

Zu Anlage 2, zu § 2, Abs. 1 Satz 2/Leistungsnachweise für den Zweiten Abschnitt:

Auch hier werden keine Praktika für einzelne Fächer mehr aufgeführt, sondern Leistungsnachweise in folgender Weise verlangt:

- I. Je ein Leistungsnachweis in den vier Hauptstoffgebieten
 1. Allgemeine Krankheitslehre, Allgemeinmedizin und Ökologisches Stoffgebiet
 2. Stoffgebiet mit nicht-operativem Schwerpunkt
 3. Stoffgebiet mit operativem Schwerpunkt
 4. Nervenheilkundliches Stoffgebiet
- II. In den Querschnittsbereichen:
 1. Je zwei Leistungsnachweise aus dem von der medizinischen Fakultät angebotenen Bereich der Systemstörungen
 - a. Onkologie
 - b. Herz-Lungen-Gefäßstörungen
 - c. Infektionen
 - d. Stoffwechselstörungen

Die Aufzählung a) - d) ist im Entwurf vom März 1994 entfallen.
 2. Je zwei Leistungsnachweise aus dem von der medizinischen Fakultät angebotenen Bereich der Primären Gesundheitsversorgung
 - a. Mutter und Kind
 - b. Alter und Alterskrankheiten

c. Chronische Krankheit und Multimorbidität

Die Aufzählung a) - c) ist im Entwurf vom März 1994 entfallen.

3. Je ein Leistungsnachweis aus folgenden Bereichen

- a. Klinische Pharmakologie
- b. Psychosomatik
- c. Pathologie

III. Je ein Leistungsnachweis in folgenden Blockpraktika

1. Innere Medizin
2. Chirurgie
3. Kinderheilkunde
4. Frauenheilkunde
5. Nervenheilkunde

IV. Ein Leistungsnachweis im Wahlpflichtfach

Auch hier ist eine Gesamtstundenzahl von insgesamt mindestens 1.800 Stunden vorgeschrieben. "Davon entfallen mindestens 210 Stunden auf Praktika, 406 Stunden auf Seminare, 483 Stunden auf Unterricht am Krankenbett und 147 Stunden auf Tutorien." Für die auf die einzelnen Semester entfallende Gesamtstundenzahl und damit die Stundenbelastung gilt das bereits für den Ersten Prüfungsabschnitt Gesagte.

Zu Anlage 10 (zu § 23, Abs. 2 Satz 1)/Anzahl der Prüfungsfragen im Ersten Abschnitt:

Gegenüber den bisherigen 320 Fragen im Physikum und den 290 Fragen im bisherigen Ersten Abschnitt sollen jetzt, aufgeteilt auf folgende Gebiete,

- I. Ärztliche Propädeutik, 50 Fragen
 - II. Der Körper, 60 Fragen
 - III. Struktur und Funktion, 90 Fragen
 - IV. Information und Abwehr, 60 Fragen
 - V. Geistes- und Sozialwissenschaftliche Grundlagen der Medizin, 60 Fragen,
- insgesamt also 320 Fragen, gestellt werden.

In der Fassung vom März 1994 wurden diese, integrierten Stoff beschreibenden, Überschriften ausgetauscht durch eine traditionelle Fächeraufzählung entsprechend der Anlage 1, 1. - 6., und dabei noch die Gesamtzahl der Fragen auf 400 erhöht! An dieser Änderung erweist sich besonders deutlich die Befangenheit der Verantwortlichen im traditionellen Fächerdenken und die Unwilligkeit zu der von der Sachverständigenkommission immerhin angestrebten Reform durch Schaf-

fung integrativer Prüfungsstoffbeschreibungen.

Die Fragenzahlreduzierung kann entweder zu einem erheblich kleineren Fragenanteil einzelner Fächer mit der bekannten Problematik der Gültigkeit führen. Oder es deutet auf ein Umdenken in Art und Auswahl der zu stellenden Fragen durch das IMPP hin, ohne daß allerdings Hinweise gegeben werden, wie dies gesichert werden soll.

Zu Anlage 11 (zu § 23, Abs. 2 Satz 2)/Prüfungsstoff für den Ersten Abschnitt:

Der Prüfungsstoff wird (im Gegensatz zur bisherigen Anlage 10 zu § 23, Abs. 2 Satz 2) nur noch durch einfache Überschriften und Begriffe charakterisiert und nicht mehr durch eine stichwortartige Darstellung der gesamten Gebiete.

Es ist nicht zu erkennen, wie und ob dies Auswirkungen auf Inhalt und Form der MC-Prüfungen haben soll.

Zu Anlage 13 (zu § 28, Abs. 2 Satz 1)/Anzahl der Prüfungsfragen im Zweiten Abschnitt:

- I. Allgemeine Krankheitslehre, Allgemeinmedizin und Ökologisches Stoffgebiet 130 Fragen (bisher 100)
- II. Stoffgebiet mit nicht operativem Schwerpunkt 230 Fragen (bisher 190)
- III. Stoffgebiet mit operativem Schwerpunkt 230 Fragen (bisher 190)
- IV. Nervenheilkundliches Stoffgebiet 130 Fragen (bisher 100)

Es ist nicht zu erkennen, womit die Erhöhung der Fragenanzahl um 140 begründet ist.

Zu Anlage 14 (zu § 28, Abs. 2 Satz 2)/Prüfungsstoff für den Zweiten Abschnitt:

Auch hier gilt das zu Anlage 11 Gesagte.

Zu den Anlagen 19 und 20 (zu § 22, Abs. 2, und § 27, Abs. 4)/ Wahlpflichtfächer:

Die als Wahlpflicht zur Auswahl stehenden Fächer werden im einzelnen aufgeführt. Es finden sich sämtliche Fächer, die, teilweise allerdings nur an wenigen Hochschulen, einige Selbständigkeit erlangt haben; die Wahlpflichtfächer des Zweiten Abschnitts sind offensichtlich aus der Musterweiterbildungsordnung abgeschrieben.

Es kann nicht akzeptiert werden, daß als Wahlpflichtfächer nur bereits institutionalisierte (Spezial-)Disziplinen, im Sprachge-

brauch "Fächer" anerkannt werden sollen. Es muß im Hinblick auf die Wissenschaftsentwicklung jederzeit die Möglichkeit bestehen, daß die Hochschule selbst definiert, was hier möglich sein soll. Als mögliche Beispiele für Wahlpflicht-/Vertiefungsfächer an einzelnen Hochschulen wären etwa auch denkbar: "Operative Verfahren am Augenhintergrund", "Infektionskrankheiten im Kindesalter", "Ökonomische Auswirkungen verschiedener Honorierungsformen für Ärzte", "Die Geschichte staatlicher Eingriffe in die Lehraufgaben medizinischer Fakultäten". Sollte ähnliches ausgeschlossen sein?

Bewertung insgesamt:

1. Stärkung der Möglichkeiten der Hochschule zur Gestaltung des Curriculums und der Prüfungen.

Diese einhellige Forderung wird durch die vorgesehenen Neuregelungen insgesamt nicht erreicht. Zwar erhält die Hochschule größere Gestaltungsmöglichkeiten beim Angebot der Unterrichtsveranstaltungen. Ein Erfolg im Hinblick auf eine Verbesserung ist aber durch das unveränderte Auseinanderfallen von Unterrichts- und Prüfungsverantwortung trotz der im § 14 (2a) der Fassung vom März 1994 gegebenen Möglichkeit nicht zu erwarten. Die positiv zu bewertende Einführung von Wahlpflichtveranstaltungen wird relativiert durch die Beschränkung auf "Fächer". Die Anlagen 19 und 20 sollten ersatzlos entfallen.

2. Prüfungen

Inhalt und Form der Prüfungen sind der die Lehre am stärksten prägende Teil jeder Ausbildungsordnung. Wenn die wesentlichen Teile der Prüfungen, wie bisher, ohne Einbindung und ohne Verantwortung der Fakultäten bei dem IMPP gemacht werden, ist weder zu erwarten, daß die Studenten ihr Lernverhalten am Angebot der Hochschullehrer ausrichten, noch, daß die Hochschullehrer und die Fakultäten den Studienplan an den Erfordernissen des Ausbildungsziels ausrichten. Die bisherige Organisation der Erstellung bundeseinheitlicher Prüfungen hat zu einer uferlosen Ausweitung der Anforderungen an unzusammenhängenden Einzel-faktenwissen geführt. Der vorgelegte Diskus-

sionsentwurf läßt nicht den geringsten Hinweis erkennen, ob und wie dies in irgendeiner Hinsicht verändert werden soll. Dagegen wird vorgeschlagen, die Bundeseinheitlichkeit und damit Fakultätsferne der Prüfungen ganz aufzugeben und statt dessen lediglich festzulegen, daß, soweit zentral angebotene Prüfungen von der Fakultät nicht in Anspruch genommen werden sollen, die Prüfungsordnung der Fakultät klare Bestimmungen darüber enthalten muß, wie mündlich, praktisch und schriftlich (auch unter Verwendung von MC- und anderen Verfahren) nach anerkannten Regeln der Evaluationsforschung geprüft wird. Das IMPP sollte in eine Dienstleistungseinrichtung für die Fakultäten umgewandelt werden, bei der bei Bedarf definierte Prüfungsteile abgerufen werden können.

3. Aufhebung der Trennung von Klinik und Vorklinik

Hierfür bestehen erheblich größere Chancen als bisher, wenn die Fakultäten die durch die Zusammenfassung von Fächern in Leistungsnachweis-Gruppen und der Zusammenfassung der bisherigen Vorprüfung und des bisherigen Ersten Abschnitts gegebenen Möglichkeiten nutzen. Allerdings könnten die Fakultäten auch diesbezüglich alles beim alten lassen!

4. Stundenbelastung

Durch die Verdoppelung der Stundenzahlen für den anwesenheitspflichtigen Kleingruppenunterricht ergibt sich eine erhebliche zusätzliche Stundenbelastung für die Studenten. Ob die Fakultäten die Organisation eines entsprechenden Stundenplans leisten können, ist fraglich. Bei vorgegebenen Studienplänen ergibt sich eine weitere Verschulung des Studiums. Es müßte eine Begründung gegeben werden! Hier sind aber die Voraussetzungen für die politisch gewollte Herabsetzung der Studienanfängerzahlen untergebracht, ohne daß darauf an dieser Stelle öffentlich begründet eingegangen wird.

5. Arzt im Praktikum

Die Beibehaltung des AiP ist unverständlich, da die Begründung für seine Einführung mit dem Gesundheitsstrukturgesetz mit der mindestens dreijährigen Weiterbildung für Allgemeinmedizin entfallen ist.

6. Weiteres:

In der Begründung zu § 1 heißt es, daß "insbesondere im Hinblick auf gesundheitsökonomische und pharmakotherapeutische Fragestellungen und die Ausrichtung auf die Tätigkeit als Hausarzt" Defizite bestanden und deshalb diese Fachgebiete hervorgehoben wurden. Es besteht kein Zweifel, daß es sich hier um wichtige Fragen handelt. Im Vergleich zu zahlreichen anderen gleich bedeutenden Problemen der ärztlichen Tätigkeit erscheint die besondere Hervorhebung eher zufällig und durch das politische Tagesgeschäft motiviert.

Zusammenfassend müßte, um den Empfehlungen der Sachverständigengruppe wenigstens im Kern Rechnung zu tragen, 1. auf die Bundeseinheitlichkeit der Mc-Prüfungen ganz, oder im Minimum für den ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung, verzichtet und hier reine Universitätsprüfungen zugelassen werden,

2. die in Anlage 10 des Diskussionsentwurfs stehenden Überschriften wieder (entsprechend S. 11 der Anlage zum Bericht der Sachverständigengruppe) den Leistungsnachweisen (Anlage 1) und dem Prüfungsstoff (Anlage 11) übergeordnet werden.

Ohne Berücksichtigung dieser Mindestforderungen wird es keine Hoffnung auf durchgreifende Studienreform geben, weil einerseits die Gestaltungsmöglichkeiten der medizinischen Fakultäten nicht erweitert und andererseits die zentrifugale Tendenz der Fächerentwicklung und Stoffanhäufung sogar noch fortgeschrieben wird.

Die deutlichste und von ihrer Autorenschaft gewichtigste Kritik stammt von der Gesundheitsministerkonferenz⁶.

Bleiben die Länder bei dieser Einschätzung, ist nicht damit zu rechnen, daß diese oder eine ähnliche Fassung tatsächlich zur 8. Novelle der Approbationsordnung wird.

Korrespondenzanschrift:

Dr. Udo Schagen
Forschungsstelle Zeitgeschichte
Institut für Geschichte der Medizin
Freie Universität Berlin
Klingsorstr. 119
12203 Berlin

Fußnoten

Zur Zusammenfassung

¹ Bundesministerium für Gesundheit, Diskussionsentwurf eines Gesetzes zur Änderung der Bundesärzteordnung und zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte. Stand: 21.12.1993. Bonn. - Bundesministerium für Gesundheit, Gesetzentwurf zur Änderung der Bundesärzteordnung. Stand: 10.03.1994. Bonn. - Bundesministerium für Gesundheit, Entwurf einer Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte. Stand: 10.03.1994. Bonn. - Ein vollständiger Abdruck ist hier aus Platzgründen nicht möglich; die genau angegebenen teilweise wörtlich zitierten Bezugsstellen ermöglichen aber ein paralleles Lesen bzw. machen die Ausführungen für den Kenner der komplexen Materie aus sich heraus verständlich.

² Schagen, Udo (1993), Die Arbeit der Sachverständigengruppe zu Fragen der Neuordnung des Medizinstudiums beim Bundesminister für Gesundheit. Med. Ausbildung 10 (Heft 2) : 139 - 142. - Wirsching, Michael (1993): Grundlegende Neuordnung des Medizinstudiums. Die Vorschläge der Expertenkommission beim Bundesgesundheitsminister. Mitteilungen d. Hochschulverb. (MittHV) 41 (Heft 4) : 240 -243 / Sonderdruck. S. dazu auch die in den folgenden Heften abgedruckte Leserbriefdiskussion der Sachverständigenkommissionsmitglieder: J. Grifka (Mitglied Bundesvorstand des Marburger Bundes): MittHV 5/93, S. 337 - 338; K. Fleischhauer (Rektorenkonferenz): MittHV 5/93, S. 338; B. Gilbert (RCDS): MittHV 5/93, S. 339; M. Wirsching (Murrhardter Kreis): MittHV 6/93, S. 393 - 394; A. Schreiner und S. Remstedt (Fachtagung Medizin): MittHV 6/93, S. 394. - Wirsching, M. (1993): Neuorientierung des Medizinstudiums - Ein kritischer Vergleich der Arbeiten des Murrhardter Kreises, des Wissenschaftsrates und der Expertenkommission beim Bundesminister auf dem Wege zur 8. Novelle der Approbationsordnung. psychomed 5 (Heft 4) : 224-230 - Im gleichen Heft auch: Jörg-D. Hoppe: Eigenverantwortlich aber nicht selbständig? - Kommentar zum Thema "Neuorientierung des Medizinstudiums". S. 231-232.

³ Ausführliche Darstellungen sowie Bibliographie der gesamten deutschen Nachkriegsliteratur in: Habeck, Dietrich; Schagen, Udo; Wagner, Günther (Hrsg.) (1993): Reform der Ärzteausbildung. Neue Wege in den Fakultäten. Blackwell Wissenschaft. Blackwell Wissenschafts-Verlag, Berlin

Zum Text

¹ Schagen, Udo (1994): Offener Brief an den Präsidenten der Bundesärztekammer zu seinem Schreiben vom 26.8.93 an Bundesminister Seehofer sowie BÄK-Ground vom 6. 9. 93 betreffend die Ausbildungszieldefinition für Ärzte. VDÄÄ-Rundbrief (Nr. 1/März) : 107-109

² Hauck, Karl; Haines, Hartmut (1993): Sozialgesetzbuch. Erich Schmidt Verlag. Berlin; Bielefeld

³ Bundesärztekammer (1992): (Muster-) Weiterbildungsordnung. Nach den Beschlüssen des 95. Deutschen Ärztetages 1992 in Köln. Eigenverlag.

⁴ Gesundheitsministerkonferenz (1993), EntschlieÙung zur Neuordnung des Medizinstudiums vom 25./26.11.1993 in Hamburg.

⁵ Fachtagung Medizin (1994), Stellungnahme zum "Diskussionsentwurf zur Reform des Medizinstudiums" des Bundesministeriums für Gesundheit vom Dezember 1993. Sekretariat der Fachtagung: Universitätsklinikum Steglitz, Hindenburgdamm 30, 12203 Berlin

⁶ Gesundheitsministerkonferenz (1993), aaO. In einer Sondersitzung der Arbeitsgemeinschaft der leitenden Medizinalbeamten der Länder am 22. Februar 1994 in Bonn wurde die darin formulierte Kritik mit spezieller Zielrichtung auf den Ministeriumsvorschlag sogar noch weiter verdeutlicht.