

Udo Schagen

Ärzte: Lobby gegen Nachwuchs

Bundesärztekammer und Marburger Bund
erschweren den Zugang zum Arztberuf

Mit Wirkung zum 1.7.1988 soll die Ausbildungszeit für Ärzte um zwei Jahre, d. h. um ein ganzes Drittel von sechs auf acht Jahre verlängert werden. Im Anschluß an frühere Ausführungen (*Göbel* und *Schagen* 1980, *Schagen* 1980 und 1981) wird die Ausgangslage für eine Reform der ärztlichen Ausbildung in der Bundesrepublik dargestellt und der Frage nachgegangen, wie es trotz des zuletzt bestehenden breiten Widerstandes unterschiedlichster Gruppierungen zu einer derart eingreifenden Verlängerung der Ausbildungszeit kommen konnte, wessen Interessen also dadurch eigentlich befriedigt wurden. Exemplarisch soll dies an der Entwicklung der Positionen der Bundesärztekammer und des Marburger Bundes gezeigt werden, den entschiedensten Befürwortern der Neuregelung. Das Mitglied des Vorstandes der Bundesärztekammer, Vorsitzender ihres Ausschusses »Approbationsordnung« und gleichzeitig Vorsitzender des Marburger Bundes mit, nach seinen Angaben, ca. 45000 organisierten angestellten Ärzten, *Jörg-Dietrich Hoppe*, hat diese Positionen stets im wesentlichen formuliert und mit zu verantworten.

Die Positionen von Bundesärztekammer und Marburger Bund zur ärztlichen Ausbildung

In seinem ersten programmatischen Beitrag als Vorsitzender des Ausschusses »Approbationsordnung« der Bundesärztekammer auf dem Deutschen Ärztetag 1977 in Saarbrücken zog *Hoppe* ein erstes Resümee zur Situation nach Einführung der Approbationsordnung von 1970: Dabei bezog er sich auch auf die Kritik *Sewerings* aus dem Jahre 1959, seines Vorgängers als Vorsitzender des Ausschusses und vormaligen Präsidenten der Bundesärztekammer, an der alten Bestallungsordnung: »Die Ausbildung ist viel zu weitgehend im Theoretischen verfangen, sie vermittelt viel zu viel Wissen, aber nicht annähernd das notwendige praktische Können. Der Student ist im weitesten Umfange sich selbst überlassen. Es fehlt der ständige persönliche Kontakt mit dem Lehrer, die Betreuung, die Leistungskontrolle.«

Dabei differenzierte er nicht zwischen der allgemeinen Kritik an der Praxisferne ärztlicher akademischer Ausbildung überhaupt, die sich

durch die Geschichte nachweisen läßt seit es eine staatlich überwachte ärztliche Ausbildung überhaupt gibt, und der konkreten Situation etwa im Jahre 1959 oder 1977. Das wesentliche Ziel der Änderung der Ausbildung durch die Approbationsordnung, die ein Kompromiß zwischen widerstreitenden praktischen und politischen Interessen gewesen sei, »die Ausbildung praxisorientierter zu gestalten, den jungen approbierten Arzt mit ausreichendem ärztlichen Wissen, aber mehr ärztlichem Können in seine berufliche Tätigkeit aus dem Studium zu entlassen« als Ziel der Reform des Medizinstudiums sei nicht erreicht worden. Die Grundlage seiner Kritik sah er zunächst darin, daß die Väter der Approbationsordnung von 3000 Studienanfängern im Jahr ausgegangen seien, diese Annahme sich aber als verfehlt erwiesen hätte (im Jahr 1977 gab es ca. 9700 Studienanfänger (*Zentralstelle* 1977, 1978]). Deshalb ging er dann in seiner Generalkritik erheblich weiter:

»Ich bin sicher, daß wir alle hier im Raum und viele mit uns außerhalb die Ergebnisse der sogenannten Bildungspolitik der auslaufenden 60er Jahre und der 70er Jahre für ein gigantisches Betrugsmanöver gegenüber den jungen Menschen in unserem Staate halten. Diese Bildungspolitik hat für viele Bürger ganz individuell und für das Zusammenleben in unserer Gemeinschaft nahezu nur nachteilige Folgen gehabt.«

Zur Verdeutlichung der politischen Position, von der aus hier argumentiert wird, noch folgendes Zitat aus dem gleichen Referat:

»Das einzige, was an Wünschen in Erfüllung gegangen ist, ist der Traum der Bildungspolitiker, die Abiturientenquote eines Jahrgangs von 5 auf 25 % zu erhöhen, ein reiner Selbstzweck, in rücksichtsloser und gewisser Hinsicht auch menschenverachtender Weise von den Verantwortlichen durchgesetzt.«

Trotz der massiven Kritik an der eingetretenen Situation fordert er zu diesem Zeitpunkt noch nicht die Verlängerung der Studiendauer. Nur am Rande wird erwähnt, daß eine Verlängerung auf 6 1/2 oder 7 Jahre als Verlängerung des Praktischen Jahres (PJ) auf 18 Monate oder zwei Jahre, nur erforderlich sei, »sollte eine Vertiefung des Einblicks in die ambulante Medizin unbedingt gewünscht werden« (*Hoppe* 1977).

Zwei Jahre später, auf dem 82. Deutschen Ärztetag in Nürnberg, legte *Hoppe* das Ergebnis der Arbeit des Ausschusses Approbationsordnung im Auftrag des Vorstands der Bundesärztekammer vor (*Hoppe* 1979b):

»Alle Ärzte müssen bis zur Approbation und damit bis zur Zulassung zur uneingeschränkten eigenverantwortlichen Ausübung des ärztlichen Berufs die gleiche Ausbildung erhalten. Erst wenn dieses Ziel erreicht ist, ist die Ausbildung zum Arzt abgeschlossen.« Im Namen des Vorstands der Bundesärztekammer stellte er folgende Alternativen: Statt des PJ eine dreijährige strukturierte Ausbildung mit zwei Jahren in Innerer Medizin, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe bzw. Pädiatrie sowie Allgemeinmedizin, wobei die Ausbildung in der Allgemeinmedizin im wesentlichen von den niedergelassenen Ärzten in der sogenannten Primärversorgung übernommen

werden sollte und einem dritten frei gestalteten Jahr; oder bei Beibehaltung des PJ, »nach diesem sechsjährigen Studium ... den Absolventen eine Erlaubnis zur Ausübung ärztlicher Tätigkeit in Zusammenarbeit mit erfahrenen Berufskollegen für einen Zeitraum von zwei Jahren zu erteilen ... Am Schluß des klinisch-praktischen Ausbildungsabschnittes findet dann schließlich der dritte Abschnitt der Ärztlichen Prüfung ... statt.« (aaO., S. 1523 u. 1525 f.)

Hier wird also zum erstenmal für eine zweijährige Verlängerung der Ausbildung argumentiert. Ausdrücklich wurde vorher von *Hoppe* die von ihm so bezeichnete »Kernfrage« erörtert, ab wann eine eigenverantwortliche Tätigkeit des Arztes beginnen könne. Eigenverantwortlich in seinem Sinne bedeutet gemäß dem zitierten Grundsatz gleichzeitig »Zulassung zur uneingeschränkten ... Ausübung des ärztlichen Berufs.« Er wendet sich mit dieser Auffassung ausdrücklich gegen andere Zielsetzungen der Ausbildung, wie sie etwa vom Wissenschaftsrat (*Wissenschaftsrat* 1976, *Peiffer* 1979) vertreten wurden, daß das Ziel der Ausbildung ein »weiter- und fortbildungsfähiger Arzt« sein müsse. Sowohl diesen wie auch dem Verfasser einer Schrift des Hartmannbundes zur Medizinerausbildung von 1977, *Arnold*, wirft er vor, sie begäben »sich bereits bedenklich nahe an ... politische Fahrwasser«, die beunruhigend seien. Diese hat er vorher folgendermaßen charakterisiert:

»So ist die Denkschrift aus Kreisen der Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokraten im Gesundheitswesen, die sich eng an das Organisationsschema der Ausbildung zum Arzt in den meisten Ostblock-Ländern anlehnt, nicht nur als konsequente Umstülpung unseres Bildungssystems, sondern auch als tiefgreifender Eingriff in das herrschende System der Gesundheitsversorgung in der Bevölkerung in unserem Lande überhaupt zu verstehen. Das ist auch nicht verwunderlich, wenn man weiß, daß die Autoren dieser Denkschrift weitgehend identisch sind mit den Autoren der WSI-Studie des Deutschen Gewerkschaftsbundes aus dem Jahre 1971 ...« (*Hoppe* 1979b, S. 1522).

Mit den Reizworten »Anlehnung an Ostblock-Länder«, »Umstülpung unseres Bildungssystems« ist nach Meinung des Redners offenbar für die Delegierten des Ärztetages ausreichend dargestellt, daß es sich um abzulehnende Vorschläge handelt, wobei der unterstellte Zusammenhang nicht einmal im Ansatz dargestellt wird.

Der Ärztetag nahm die von *Hoppe* verfochtenen Vorschläge trotzdem noch nicht vollständig an. Nach zweitägiger Debatte (*Deutscher Ärztetag* 1979) wurde beschlossen, daß sich an das wissenschaftliche Studium von 5 Jahren ein klinisch-praktischer Ausbildungsabschnitt von 2 Jahren anschließen solle, eine Verlängerung von insgesamt einem Jahr. »In diesem Zeitraum soll der angehende Arzt die Fähigkeiten und Fertigkeiten erlernen und vertiefen, die der Arzt zu eigenverantwortlicher ärztlicher Tätigkeit benötigt.

Als Voraussetzung hierfür ist dem in der Ausbildung befindlichen angehenden Arzt ein Status zu verleihen (z.B. Pflichtassistent), der ihn berechtigt, unter Anleitung, Aufsicht und in Zusammenarbeit mit berufserfahrenen Ärzten klinisch-praktisch tätig zu werden.«

Bereits in der 3. Sitzung einer vom Gesundheitsministerium eingesetzten Kleinen Kommission (am 22. Mai 1979, wenige Tage nach Abschluß des Ärztetages)¹ stand die Frage der Verlängerung der ärztlichen Ausbildung zur Debatte. *Hoppe* verwies auf die Beschlüsse des Ärztetages, die davon ausgingen, daß eine sechsjährige Ausbildung nicht ausreiche und daß im Rahmen der Ausbildung die Möglichkeit, praktische Erfahrungen machen zu können, geschaffen werden müsse. Der Professor für Psychiatrie in Frankfurt, *H.J. Bochnik*, verwies als Vertreter der AWMF darauf, daß die Hochschulausbildung »nur die Kompetenz des Anfängers im ärztlichen Beruf« vermitteln könne und erhob die »Forderung einer mindestens zweijährigen ärztlichen Tätigkeit unter verantwortlicher Anleitung als Voraussetzung einer uneingeschränkten Berufszulassung«. Auch der Vorsitzende der Kleinen Kommission, Staatssekretär *Prof. Dr. H.G. Wolters*, setzte sich für eine Verlängerung der Ausbildung ein, machte aber bereits hier deutlich, daß es »nicht Aufgabe des Staates« sei, »Kapazitäten für ein eventuelles Pflicht-Assistentenjahr bereitzustellen, da dieses nicht Bestandteil des Studiums sei. Einer Verlängerung der Ausbildung durch Einführung eines weiteren Praktischen Jahres' innerhalb des Studiums stehe vor allem das Fehlen von Patienten in Universitätskliniken und Lehrkrankenhäusern entgegen« (*Kleine Kommission* 1979). In diesen drei Positionen werden die unterschiedlichen Auffassungen bereits vorgestellt, die auch die Diskussion der folgenden Jahre in allen von Ärzten bestimmten Gremien beherrschen: *Bochnik* macht deutlich, daß am Ende der Ausbildung nur die Kompetenzen eines Anfängers im Beruf stehen können. Diese Position wird jeweils auch von den Vertretern der Bildungsministerien, aber auch von Studenten und den Gewerkschaften eingenommen. Eine weitere zweijährige Tätigkeit wird als Voraussetzung nur für die »uneingeschränkte Berufszulassung« gefordert, d.h. im westdeutschen Gesundheitssystem im wesentlichen für die Niederlassung in eigener Praxis. *Hoppe* will die Verlängerung »im Rahmen der Ausbildung«, womit, wie er später an verschiedenen Stellen ausführen wird, zwei Ziele erreicht werden sollten: ein frühzeitiges Drängen nicht ausreichend praktisch ausgebildeter Ärzte zur Niederlassung in eigener Praxis würde verhindert, die Verantwortung für die Beschaffung der praktischen Ausbildungsplätze sowie für eine (eventuelle) Finanzierung während praktischer Ausbildungsphasen verbliebe beim Staat. Die Mitglieder des Marburger Bun-

des (im wesentlichen Assistenzärzte in der Weiterbildung in den einzelnen Spezialgebieten) können sich bei diesem Modell, wie auch bisher schon, jederzeit ohne weitere Qualifikation als Praktischer Arzt niederlassen. *Wolters* ist zwar für eine Verlängerung der Ausbildung, unterscheidet aber deutlich zwischen dem vom Staat verantworteten Studium, das er wegen der damit für den Staat verbundenen Pflichten nicht verlängern will, sowie einer Gesamtausbildungszeit, die, wenn sie verlängert würde, dann nicht mehr mit der Gesamtzeit des Hochschulstudiums identisch wäre, sondern einen zusätzlichen Zeitanteil nach Abschluß des Studiums enthalten würde.

Die von der Mehrheit der Studenten und der ÖTV vertretene Gegenposition lautete etwa: die sechsjährige Hochschulausbildung muß, soweit sie dies bisher nicht leistet, so verbessert werden, daß ausreichende Kompetenzen für den ärztlichen *Berufsanfänger*, wie in anderen Studiengängen auch, vermittelt werden. Eine Verlängerung der ohnedies schon längsten Ausbildungszeit kann aus bildungspolitischen und sozialen Gründen nicht akzeptiert werden. Soweit, etwa für die Ausübung der Hausarztfunktion (Allgemeinmedizin) in eigener Praxis zusätzliche Kompetenzen erforderlich sind, müssen diese wie besondere Kenntnisse der (Fach-)Gebietsärzte während einer Weiterbildungszeit erworben und erst zum Zeitpunkt der Niederlassung nachgewiesen werden (ÖTV 1982).

Zur Beurteilung der Situation der ärztlichen Ausbildung insgesamt bestand weitgehende Einigkeit darin, daß sie, beschrieben mit den Worten des ersten Berichts der Kleinen Kommission, im wesentlichen kranke »an

- einem erheblichen Mangel an praktischer Ausbildung,
- einer Überlastung mit entbehrlichem Detailwissen,
- Unzulänglichkeiten in der Organisation und
- fehlender Abstimmung unter den an der Ausbildung Beteiligten« (BMJFG 1979).

Das Ausbildungsziel

In einem vom Gesundheitsministerium im Juli 1981 vorgelegten »Positionspapier zu Fragen der ärztlichen Ausbildung« (BMJFG 1981) ist trotz der Beschlüsse des Ärztetages noch keine Rede von einer Verlängerung der Ausbildungszeit! Allerdings wurde nun auf die Ausbildungszieldiskussion, wie sie in der Kleinen Kommission stattgefunden hatte, zurückgegriffen.

Dort war mehrheitlich folgende Kurzfassung des angestrebten Ziels der ärztlichen Ausbildung beschlossen worden:

»Die auf wissenschaftlicher Grundlage erfolgende theoretische und praktische medizinische Ausbildung soll die Fähigkeit zur Ausübung des ärztlichen Berufs vermitteln. Sie hat einen Arzt zum Ziel, der seinen Beruf nach den Regeln der ärztlichen Kunst eigenverantwortlich ausüben kann, die Grenzen seines Wissens und Könnens erkennt und danach handelt. Die Ausbildung soll darauf gerichtet sein, eine dem einzelnen Menschen und der Allgemeinheit verpflichtete ärztliche Einstellung zu vermitteln.«

Die ausführlichere Fassung lautete:

»Die Ausbildung zum Arzt erfolgt auf wissenschaftlicher Grundlage. Sie soll auch praxis und patientenbezogen sein. Die Ausbildung dient:

- der Vermittlung grundlegender medizinischer, fachübergreifender und methodischer Kenntnisse,
- der Vermittlung von Fertigkeiten und
- der Entwicklung geistiger und psychischer Fähigkeiten, die Prävention, Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Gesundheitsstörungen in eigenverantwortlicher Tätigkeit nach den Regeln der ärztlichen Kunst ermöglichen.

Sie soll die Befähigung zur Weiterbildung und die Bereitschaft zu ständiger Fortbildung vermitteln. Die Ausbildung soll zum Denken in Zusammenhängen, zu kritischem Beurteilen, zu gewissenhaftem Handeln sowie zur Fähigkeit und Bereitschaft zu eigenständiger Problemlösung und Entscheidung führen. Sie soll dazu befähigen, die Grenzen des eigenen Wissens und Könnens zu erkennen und zu beobachten. Sie soll die Bereitschaft und Befähigung zur Zusammenarbeit mit anderen Ärzten und mit Angehörigen anderer Berufe vermitteln. Die Ausbildung soll darauf gerichtet sein, eine dem einzelnen Menschen und der Allgemeinheit verpflichtete ärztliche Einstellung zu vermitteln.« (BMJFG 1979)

Wie noch weiter unten darzustellen sein wird, umgeht diese Formulierung die notwendige Klarstellung folgender Frage: Ist der approbiierte Arzt schon als *Berufsanfänger* in der Lage, sich niederzulassen und seinen Beruf voll selbständig auszuüben?

Im Positionspapier des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit (BMJFG 1981) wurde nun die o.g. Kurzfassung des Ausbildungsziels interpretiert: »Die Approbation als Arzt, die nach Abschluß der ärztlichen Ausbildung erteilt wird, berechtigt zur eigenverantwortlichen und selbständigen Ausübung des *ärztlichen* Berufs.« (Hervorhebung im Original). Durch die Einführung des Begriffs »selbständige Ausübung« wird der Weg zu einer Interpretation beschritten, die weiterhin die selbständige ärztliche Tätigkeit in eigener Praxis schon unmittelbar nach Abschluß der Ausbildung, bzw. des Studiums ermöglicht.

Vor dem 85. Deutschen Ärztetag in Münster 1982 vertrat Hoppe in einer Kritik des Positionspapiers folgendes:

»Mit dem Wort 'selbständig' ging damit das Bundesministerium sogar über die Formulierung des Papiers der Kleinen Kommission hinaus, wo nur, wie auch in der Formulierung des 82. Deutschen Ärztetages, von der 'eigenverantwortlichen' ärztlichen

Tätigkeit die Rede war. Ziemlich überraschend findet sich dann auf der nächsten Seite die Aussage, daß an dem 6jährigen Medizinstudium einschließlich des Praktischen Jahres festgehalten werden solle und daß die notwendigen Verbesserungen innerhalb dieses Medizinstudiums erreicht werden müßten.

Die Erklärung dieses Widerspruchs findet sich in diesem Papier dann etwas später, wo die Novellierung der Approbationsordnung eindeutig in einem junktimartigen Zusammenhang gesehen wird mit der Änderung der Zulassungsordnung für Kassenärzte. Im Klartext bedeutet dies, daß an eine Phase der Berufserfahrungssammlung für alle angehenden Ärzte nicht mehr gedacht ist, sondern daß die Approbation als Arzt nach wie vor praktisch unzureichend gerüsteten Ärzten erteilt werden soll, weil ja eine Änderung des Kassenarztrechts verhindern soll, daß nicht ausreichend geeignete Ärzte in einer Kassenpraxis als Praktische Ärzte tätig werden können. («*Hoppe* 1982, S.65).

Hoppe wendet sich gegen die Absicht der damaligen Bundesregierung, die berufspraktische Erfahrung zur Voraussetzung für die *kassenärztliche* Tätigkeit zu machen, was tatsächlich einen ausreichenden Schutz der Patienten vor allein arbeitenden, unerfahrenen Ärzten bedeutet und auch den erwarteten EG-Bestimmungen ausreichend Rechnung getragen hätte.² Von der eigentlichen Ausbildung, an deren Ende nach wie vor die Approbation stehen sollte, hätte diese Frage damit losgelöst werden können. Er zitiert aus der Fassung des Referentenentwurfs für eine Ergänzung der Reichsversicherungsordnung:

»Die Eignung ist nur nachgewiesen, wenn der Bewerber in einer mindestens zweijährigen Berufstätigkeit als Arzt eine auf die künftige kassenärztliche Tätigkeit ausgerichtete oder für sie dienliche berufspraktische Erfahrung erworben hat.«

Eine solche Fassung wird von *Hoppe*, auch im Namen der Bundesärztekammer, aber nur für eine Übergangszeit bis zu einer Novellierung der Ausbildungsordnung akzeptiert, in die dann »ein ähnlich strukturierter Zeitraum der Berufserfahrungssammlung verbindlich für jeden zukünftigen Arzt ... eingeführt werden soll«. Er fährt dann fort:

»Ein gründliches Nachdenken über diese Zusammenhangskette lohnt sich: Von der Bundesregierung wird die Notwendigkeit einer verstärkten berufspraktischen Erfahrung der neuen Ärzte nach Beendigung des Hochschulstudiums, wie wir es gefordert haben, anerkannt. Die Bundesregierung sieht sich als Vertreterin des hier zuständigen Staates nicht in der Lage, diese berufspraktische Erfahrung zu organisieren und zu finanzieren. Durch die Schaffung eines Junktims zwischen der Novellierung der Ausbildungsordnung und der Änderung der Zulassungsordnung zur kassenärztlichen Tätigkeit wird de facto das eigentliche Ende der Bildung zu einem Arzt, der uneingeschränkt und selbständig ärztlich berufstätig werden darf, in das Kassenarztrecht verlagert, wobei der Kassenärztlichen Vereinigung als Körperschaft des öffentlichen Rechts der am schwersten zu vollziehende Teil überantwortet werden soll. Politisch gesehen empfinde ich diesen Vorgang als Verantwortungsverlagerung ...«.(*Hoppe* 1982, S.66f.).

Trotz der klar geäußerten Absicht der damaligen Bundesregierung, berufspraktische Erfahrung dort zu verlangen, wo sie notwendig ist, nämlich bei der Niederlassung in eigener Praxis, und die ohnedies sehr lange Ausbildungszeit von 6 Jahren für Ärzte nicht noch weiter zu verlängern, bezeichnet HOPPE diesen Versuch, der für die Studenten zusätzliche Belastungen sozialer Art vermieden und Patienten ausreichend vor unerfahrenen Ärzten geschützt hätte, als »Verantwortungsverlagerung« und plädiert weiter für die Verlängerung der Ausbildungszeit. Nach den bereits am Anfang der Diskussion stehenden Äußerungen des Staatssekretärs *Wolters* (*Kleine Kommission* 1979) war aber klar, daß Ausbildungsverlängerungen nur zu Lasten der Studenten bzw. der zukünftigen ärztlichen Berufsanfänger gehen könnten, da eine Bezahlung entsprechend den bis dahin (auch für alle anderen entsprechend Qualifizierten) geltenden Tarifen dann nicht mehr möglich sei.

Gegen das Weiterbildungsmodell

Im Referat vor dem Ärztetag in Kassel (*Hoppe* 1983) wird weiter die »Ausbildungslösung« vertreten. Unter mehrfachem Hinweis auf die Interessen der an den Krankenhäusern als Assistenzärzte, in aller Regel in der Weiterbildung, tätigen Mitglieder des Marburger Bundes wird für jeden denkbaren Fall daran festgehalten, daß eine die uneingeschränkte ärztliche Berufsausübung ermöglichende Approbation am Ende der Ausbildung zu stehen habe. Weder die Tatsache, daß eine damit erforderliche Verlängerung der Ausbildung zusätzliche finanzielle Lasten für die in der Ausbildung Befindlichen bedeutet, noch die Tatsache, daß zur Anhebung der Qualität der Allgemeinversorgung bestimmte, über das absolvierte Studium hinausgehende Voraussetzungen am Beginn der Niederlassung stehen müssten, werden diskutiert. Die von der EG vorgesehene zweijährige Phase vor einer Zulassung zur allgemeinärztlichen Tätigkeit im jeweiligen Sozialversicherungssystem sollte nach seiner Vorstellung innerhalb der Ausbildungszeit(!) mit entsprechenden Stellen von der Bundesregierung garantiert werden. Die Bundesregierung habe die Annahme des Trierer Ärztetags 1981, »daß eine ausreichende Zahl von Plätzen in den verschiedenen Bereichen der Patientenversorgung zur Verfügung stehen würde, um allen interessierten Ärzten auch die Chance zu geben, die Eignungsvoraussetzungen zu erlangen,« nicht beachtet. Es wird deshalb der Vorschlag gemacht (S. 51), die beiden von der EG »vorgesehenen Bildungsjahre vor der uneingeschränkten Approbation als Arzt zur Pflicht« zu machen:

»Eine solche Zeit würde sich dann an die Universitätsausbildung anschließen in einem Status der *eingeschränkten Erlaubnis zur Ausübung ärztlicher Tätigkeiten* unter Aufsicht. Am Schluß dieses Bildungszeitraums wäre dann jeder Arzt mit der Erteilung der Approbation als Arzt für die Allgemeinmedizin qualifiziert.«

Im September 1982 fand der Wechsel in Bonn von der sozialliberalen Koalition zur Regierung Kohl der CDU/CSU/FDP statt. Im März 1983 wurde die »Wende« in der Bundestagswahl bestätigt und schuf nun auch neue Ausgangsbedingungen für die Forderungen der Ärzteverbände (z.B. *Vilmar* 1983).

Im November 1983 wird nun mit dem Entwurf einer 5. Novellierung der Approbationsordnung des neuen Gesundheitsministers Heiner *Geissler* zum erstenmal die Arzt-im-Praktikum-Lösung in die Diskussion gebracht (BMJFG 1983). Sie wird dann auch von *Hoppe* (1984) in Abgrenzung zu allen anderen Denkmodellen, die vorher in der Diskussion waren, nachdrücklich als Lösung vertreten. Gegenüber dem *Weiterbildungsmodell*, das eine Weiterbildung vor der Niederlassung als Kassenarzt in jedem Fall auch für den allgemeinärztlich tätigen (bisher praktischen) Arzt voraussetzt (Forderung der ÖTV und der Allgemeinärzte), und dem *Zulassungsmodell*, nach dem Ärzte vor der Niederlassung als Kassenarzt eine sogenannte Vorbereitungszeit absolvieren müssen (ab Frühjahr 1984 18 Monate, davon 6 Monate als Vertreter oder Assistent bei einem niedergelassenen Arzt und 12 Monate im Krankenhaus oder anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens, Vorschlag der früheren Bundesregierung), wird das *Ausbildungsmodell* als das einzige mit den Intentionen des Marburger Bundes und, wie von *HOPPE* behauptet, auch der Mehrheit der Ärzteschaft in Übereinstimmung stehende dargestellt. Dabei scheut er vor Unterstellungen keineswegs zurück:

»Die Verfechter der beiden bisher genannten Lösungsvorschläge haben an der inneren Struktur der Ausbildung zum Arzt, z.B. einer Verbesserung des praktischen Unterrichts während des Medizinstudiums oder einer Verbesserung des Praktischen Jahres, kein Interesse gezeigt. Dagegen hat sich der Marburger Bund für die Bundesrepublik Deutschland und die hier Studierenden der Medizin und zukünftigen Ärzte für ein Modell eingesetzt, welches sicherstellt, daß alle erfolgreichen Absolventen des Studiums der Medizin auch tatsächlich eine Approbation mit uneingeschränktem Wert bekommen, nämlich mit der Erlaubnis zur Ausübung des ärztlichen Berufes einschließlich der Erlaubnis zur eigenverantwortlichen und selbständigen ärztlichen Tätigkeit, auch als niedergelassener Kassenarzt.« Es müssen »... alle Pflichtveranstaltungen für die künftigen Ärzte unbedingt vor der Approbation stattfinden ..., da dann der Staat verfassungsgemäß für die Durchführung verantwortlich ist. Damit ist für jeden bei den Prüfungen erfolgreichen Medizinstudenten auch die Approbation als Arzt und damit die Möglichkeit der Niederlassung gewährleistet.« (S. 90)

Ganz abgesehen davon, daß mit dieser Formulierung allen Gegnern der Auffassungen des Marburger Bundes und seines Vorsitzenden unterschoben wird, sie hätten sich nicht für eine Verbesserung der Hochschulausbildung eingesetzt, ist die Aussage klar: Eine einschneidende Verlängerung der Ausbildungszeit wird in Kauf genommen, um weiterhin jedem Arzt, zu welchem Zeitpunkt und unter welchen Voraussetzungen in seiner späteren Berufslaufbahn auch immer, die Niederlassung in der grund- und allgemeinärztlichen Versorgung zu ermöglichen. In der zusammenfassenden Darstellung seiner Lösung unterliegt HOPPE einem verhängnisvollen Irrtum. Er unterstellt nämlich, daß die Absolvierung der von ihm geforderten verlängerten Berufsausbildungszeit, der Zeit als Arzt im Praktikum, nach dem damaligen und inzwischen Gesetz gewordenen Vorschlag des Ministers Heiner *Geissler* vom Staat garantiert werden könne und stellt dies als Vorteil seiner Lösung heraus:

»Zwei Jahre garantierter Berufstätigkeit als Arzt unter Aufsicht zum Zwecke der Einübung in diesen verantwortungsvollen Beruf (wenn auch — bedingt durch die große Zahl unserer Ärzte — zu deutlich schlechteren Arbeitsbedingungen), unbestrittene Berechtigung der uneingeschränkten Berufszulassung für jeden zukünftigen Arzt.«

Eben diese Garantie für die Berufstätigkeit als Arzt im Praktikum haben weder *Geissler* noch seine Vorgänger und Nachfolger jemals abgeben können und wollen. Von Staatssekretär *Wolters* war 1979 bereits das Gegenteil zu hören. *Hoppe* kann nicht für sich in Anspruch nehmen, daß ihm dieses unbekannt geblieben sein konnte. Da hilft dann auch der erstmalige Ansatz (im Jahre 1984!) für einen zukünftigen Rückzug aus der Verantwortung, die Arzt-im-Praktikum-Phase wird jetzt als »mit Sicherheit das kleinste aller Übel« bezeichnet, nichts. (*Hoppe* 1984)

Der »Arzt im Praktikum« wird im Gesetz verankert

Mit der Verbreitung der Erkenntnis unter den Medizinstudenten und jungen Ärzten, daß eine Garantie für AiP-Plätze von niemandem übernommen wird, wuchs auch die innerverbandliche Kritik am Vorsitzenden des Marburger Bundes. Bis zur endgültigen Einführung der Arzt-im-Praktikum-Phase (März 1985 in der Bundesärzteordnung und erst Dezember 1986 in der Approbationsordnung) und auch danach blieb die von *Hoppe* ursprünglich zur Bedingung gemachte Stellengarantie aus. Obwohl diese erklärte Voraussetzung für seine Zustimmung nicht erfüllt war, sind weder die Bundesärztekammer noch der Marburger Bund von der AiP-Phase abgerückt.

Wie bereits weiter oben dargestellt, hatten sich in einer Anhörung vor

den Bundestags-Ausschüssen für Arbeit und Sozialordnung und Jugend, Familie und Gesundheit am 17. Oktober 1984 praktisch alle ärztlichen Verbände, bis auf die beiden genannten, gegen die Einführung der AiP-Phase ausgesprochen (*Deutscher Bundestag* 1984). Nur durch das Festhalten von Marburger Bund und Bundesärztekammer hatte die CDU/CSU-geführte Bundesregierung eine ausreichende Legitimation zur Durchsetzung der Verlängerung. Noch in der Propagierung des Tarifverhandlungsergebnisses vom Januar 1987 mußte der Marburger Bund sein von Anfang an mit falschen Versprechungen begründetes Eintreten für diese Lösung durch irreführende und an der Grenze der Fälschung liegende Berichterstattung kaschieren. In Pressemeldungen und in seiner Zeitschrift *Kliniker* (16: 116-117 (1987)) meldete er: »Unter dem Strich mehr als 2000 DM.« Nicht dargestellt wurde, daß der Arzt-im-Praktikum weniger als die Hälfte des bisherigen ärztlichen Berufsanfängers verdienen wird und erst im Text des Beitrags wird darauf hingewiesen, daß ein Gehalt von 2000 DM nur durch zusätzliche Entgelte für zur normalen Wochenarbeitszeit hinzukommende Überstunden, Bereitschaftsdienste und Rufbereitschaften zustande kommen kann. Auch die Tatsache, daß für diese Dienste weniger als die Hälfte des für bisherige ärztliche Berufsanfänger Üblichen bezahlt werden wird, wird nicht erwähnt. Am Rande soll der ÖTV eins ausgewischt werden: »...so verdient der AiP mehr als ein Rechtsreferendar, also mehr als das, was die ÖTV zuletzt überhaupt gefordert hatte.« Erstens handelt es sich hier um eine schlichte Lüge, da die Forderung der ÖTV sich am bisherigen Anfangsgehalt für ärztliche Berufsanfänger (BAT IIa) orientierte und Einkünfte von Rechtsreferendaren nicht einmal zur Diskussion standen. Zweitens wird der AiP eben unter dem vom Marburger Bund so vehement positiv gesehenen Tarifiergebnis grade das Einkommen eines Rechtsreferendars aufweisen, allerdings bei einer 40-Stunden-Arbeitswoche ohne eine einzige Ausbildungsveranstaltung, die bei Referendaren üblicherweise mehrere Stunden pro Woche umfassen. Mehr Geld erhält er nur, wie gesagt, bei mehr Arbeit.

Was verändert die AO-Novelle im einzelnen?

Die 5. AO-Novellierung (ApprÖA 1986) enthält im Gegensatz zu den ihr vorausgegangenen drei Entwürfen vom November 1983, September 1985 und Januar 1986 weiterhin keine Definition des Ausbildungsziels.

Die Ausbildung wird um insgesamt zwei Jahre, für eine Übergangszeit um 18 Monate, durch die Einführung einer Arzt-im-Praktikum-Phase verlängert. In den praktischen Übungen »soll in kleinen

Gruppen unterrichtet werden«, bisher »soll dies angestrebt werden«. Neu ist auch eine Festlegung auf »beim Unterricht am Krankenbett in der Regel eine Zahl von nicht mehr als fünf Studierenden«. Im Praktischen Studienjahr soll der Studierende »entsprechend seinem Ausbildungsstand unter Anleitung, Aufsicht und Verantwortung des ausbildenden Arztes ihm zugewiesene ärztliche Verrichtungen durchführen. Er soll in der Regel ganztätig an allen Wochenarbeitstagen im Krankenhaus anwesend sein«. Im einzelnen neu geregelt sind darüber hinaus die allgemeinen Prüfungsbestimmungen, der Ablauf der einzelnen Prüfungen sowie die Arzt-im-Praktikum-Phase.

Allgemeine Prüfungsbestimmungen

Gegenüber der bisherigen Situation soll in der Ärztlichen Vorprüfung und beim 2. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung auch mündlich, beim 3. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung nur noch mündlich geprüft werden (§ 13 Abs. 1). Die bisherige 5, »nicht ausreichend« = eine Leistung, die wegen erheblicher Mängel den Anforderungen nicht mehr genügt, wird in »mangelhaft« umbenannt und eine Note »ungenügend« (6) = eine unbrauchbare Leistung, neu eingeführt (§ 13 Abs. 2). In der Ärztlichen Vorprüfung und im zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung muß der schriftliche *und* der mündliche Teil bestanden sein oder die in einem Prüfungsteil erhaltene Note »mangelhaft« mindestens durch die Note »gut« im anderen Prüfungsteil ausgeglichen sein (§ 13 Abs. 3). — Vor der Feststellung des Prüfungsergebnisses müssen die Prüfungsaufgaben daraufhin geprüft werden, ob sie offensichtlich fehlerhaft sind. Falls dies der Fall war, können sie für die Bewertung gestrichen werden. Die Verminderung der Prüfungsfragen darf sich allerdings nicht zum Nachteil eines Prüflings auswirken (§ 13 Abs. 4). — Die Bestehensregel wird ein weiteres Mal dahingehend geändert, daß die schriftliche Prüfung dann als bestanden gilt, wenn (wie bisher) mindestens 60 % der Fragen richtig beantwortet wurden oder (neu) wenn die Zahl richtig beantworteter Fragen nicht mehr als 22 % unter der durchschnittlichen Prüfungsleistung aller derjenigen liegt, die nach der jeweiligen Mindeststudienzeit erstmals an der Prüfung teilgenommen haben (§ 13 Abs. 6). — Auch für die Leistung in der schriftlichen Prüfung werden die Noten »mangelhaft« und »ungenügend« eingeführt (§ 13 Abs. 7). — Die Prüfungskommissionen bei den neuen mündlichen Prüfungen bestehen aus dem Vorsitzenden und einem bis zwei weiteren Mitgliedern, im 3. Abschnitt aus dem Vorsitzenden und drei bis vier weiteren Mitgliedern (§ 15 Abs. 1). Das Landesprüfungsamt kann die Organisation der mündlichen Prüfungen an Professoren der Hochschule delegieren (§ 15 Abs. 10).

— Die Ladung zum mündlichen Teil der Ärztlichen Vorprüfung und des zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung wird frühestens 14 Tage vor (§ 22 Abs. 3 bzw. § 28 Abs. 3) und spätestens 5 Tage (§ 17) vor dem Prüfungstermin zugestellt. Zur schriftlichen Prüfung wird wie bisher spätestens 7 Tage vorher geladen; hier sind die Termine aber wegen der bundeseinheitlichen Durchführung lange vorher bekannt. Bei Versäumnis, Nichtteilnahme oder Unterbrechung ohne wichtigen Grund wird für den betreffenden Prüfungsteil die Note »ungenügend« vergeben. Besteht die Prüfung aus zwei Teilen, so muß der zweite Teil »spätestens im übernächsten Zeitraum der Prüfung« absolviert werden (§ 19). Bei Nichtbestehen auch nur einzelner Prüfungsteile muß die Prüfung insgesamt und kann wie bisher maximal zweimal wiederholt werden. »Der Prüfling soll (? d.Verf.) sich zur Wiederholung einer Prüfung für den nächsten Prüfungszeitraum melden« (§ 20). — Die mündlichen Prüfungen finden während der gesamten Semesterferien statt und beginnen erforderlichenfalls bereits in der letzten Semesterwoche (§ 16).

Inhalt der Prüfungen. Ärztliche Vorprüfung

Die mündliche Prüfung findet in zwei der folgenden vier Fächer statt: Physiologie, Biochemie, Anatomie, Grundlagen der Medizinischen Psychologie und der Medizinischen Soziologie.

Die Auswahl der Fächer soll nach einem anonymisierten Verfahren stattfinden, das Ergebnis dem Prüfling nicht früher als 14 Tage vor dem Termin mitgeteilt werden (§ 22 Abs. 1-3). — Sie dauert bei 4 Prüflingen mindestens 2, höchsten 3 Stunden. Am Tag vor dem Prüfungstermin können praktische Aufgaben gestellt werden (§ 23a).

2. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung: Die mündliche Prüfung erfolgt in je einem Fach der folgenden beiden Gruppen:

Innere Medizin	Allgemeinmedizin
Chirurgie	Anaesthesiologie, Notfall- und Intensivmedizin
Kinderheilkunde	Arbeitsmedizin
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Augenheilkunde
Pathologie	Dermatologie-Venerologie
Pharmakologie	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
Mikrobiologie, Hygiene,	Klinische Chemie
Öffentliches Gesundheitswesen	Neurologie
und Sozialmedizin	Orthopädie
	Psychiatrie
	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
	Radiologie
	Rechtsmedizin
	Urologie

Dabei soll die Fächergruppe nicht ausschließlich Fächer aus dem nicht-operativen, operativen oder dem klinisch-theoretischen Bereich umfassen (§ 28). Die Prüfung dauert bei 4 Prüflingen mindestens 3, höchstens 4 Stunden. Vor dem Prüfungstermin können Patienten zur Anamneseerhebung und Untersuchung zugewiesen werden, über die in der Prüfung zu berichten ist (§ 29a).

3. *Abschnitt der Ärztlichen Prüfung:* Die mündliche Prüfung ist von 3 auf 4-5 Stunden bei 4 Prüflingen verlängert. Die Prüfung erfolgt in jedem Fall in Innerer Medizin, Chirurgie und dem Wahlfach und »soll auch

1. Fragen aus den übrigen klinischen Fächern, insbesondere aus der Kinderheilkunde, der Frauenheilkunde und Geburtshilfe und der Nervenheilkunde, der Pathologie und der Pharmakologie, Toxikologie und Klinischen Pharmakologie sowie geriatrische Fragestellungen umfassen,
2. Aspekte der Medizinischen Soziologie berücksichtigen und
3. sich auf Fragen der historischen und geistigen Grundlagen der Medizin erstrecken« (§ 33 Abs. 1 und 2).

Dem Prüfling werden vor dem Prüfungstermin ein oder mehrere Patienten zur Anamneseerhebung und Untersuchung zugewiesen, über die schriftlich berichtet werden muß (§ 33 Abs. 4).

Tätigkeit als Arzt im Praktikum

(Neben der am 15.12.1986 beschlossenen 5. Novellierung der AO wird hier auch die durch Pressemitteilungen des BMJFG erklärte Absicht zur Verschiebung der Übergangszeiten für die AiP-Phase berücksichtigt.) Für Studenten, die zwischen dem 30. Juni 1988 und 31. Dezember 1992 die Ärztliche Prüfung bestehen, dauert die AiP-Phase 18 Monate. Für diejenigen, die die Ärztliche Prüfung bis zum 30. Juni 1990 bestehen, *soll* die Strukturierung (nur) *nach Möglichkeit* als mindestens neunmonatige Tätigkeit im nichtoperativen und mindestens sechsmonatige Tätigkeit im operativen Bereich erfolgen. Für diejenigen, die die Ärztliche Prüfung später bestehen, *muß* sie in dieser Weise durchgeführt werden (§ 2 Veränderungsverordnung). Für Studenten, die die Ärztliche Prüfung ab 1. Januar 1993 ablegen, dauert die AiP-Phase 2 Jahre und umfaßt eine mindestens 12monatige Tätigkeit im nichtoperativen und eine mindestens 6monatige Tätigkeit im operativen Bereich (§ 34a). In allen Fällen ist die Tätigkeit als Arzt im Praktikum ganztägig im Krankenhaus, in der Praxis eines niedergelassenen Arztes, in einem Sanitätszentrum oder einer ähnlichen Einrichtung der Bundeswehr oder in einer Justizvollzugsanstalt mit hauptamtlichem Anstaltsarzt möglich. Tätigkeit

im öffentlichen Gesundheitsdienst, im Versorgungs-, Vertrauens-, Werks- oder Betriebsärztlichen Dienst, in einer Einrichtung für die Rehabilitation Behinderter oder in einer truppenärztlichen Einrichtung der Bundeswehr können bis zu 6 Monaten angerechnet werden (§ 84a Abs. 2 und 3).

Unterbrechungen werden wegen Urlaub bis zu 6 Wochen jährlich, wegen Schwangerschaft bis zur Gesamtdauer von 4 Wochen und wegen anderer vom Arzt im Praktikum nicht zu vertretenden Gründen (Krankheit) bis zur Gesamtdauer von 4 Wochen angerechnet (§ 34a Abs. 5). »Der Arzt im Praktikum wird unter Aufsicht von Ärzten, die eine Approbation als Arzt oder eine Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufs ... besitzen, ärztlich tätig ... Er soll die ihm zugewiesenen ärztlichen Tätigkeiten mit einem dem wachsenden Stand seiner Kenntnisse und Fähigkeiten entsprechendem Maß von Verantwortlichkeit verrichten. Er soll nach Beendigung der Tätigkeit als Arzt im Praktikum in der Lage sein, den ärztlichen Beruf eigenverantwortlich und selbständig auszuüben.« (§ 34b). Studenten, die nach dem 1.1.1993 die Ärztliche Prüfung bestehen, haben »an mindestens 8 Ausbildungsveranstaltungen von je 2-3stündiger Dauer teilzunehmen ...«, die von der Gesundheitsbehörde oder einer von ihr beauftragten Stelle durchgeführt oder angerechnet werden (§ 34c).

Bewertung

Gegen eine Verlängerung der Ausbildung, hier also gegen die Einführung einer zusätzlichen *Arzt im Praktikum-Phase*, hatten sich, kontinuierlich seit 1979, die studentischen Vertreter der VDS und die Gewerkschaft ÖTV ausgesprochen. Zunächst waren neben der Bundesärztekammer, dem Marburger Bund und dem Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit auch eine Reihe anderer ärztlicher Verbände für eine Verlängerung der Ausbildung. Spätestens seit Konkretisierung der Absicht durch Minister *Geissler* im Jahre 1983 und den dann deutlich gewordenen Umsetzungsschwierigkeiten blieben als Befürworter neben dem Ministerium nurmehr die Bundesärztekammer und der Marburger Bund übrig, die gemeinsam mit der Mehrheit der Bundestagsparteien CDU/CSU und FDP für eine Beschlußfassung im Bundestag und Bundesrat sorgten. Der Marburger Bund, in seiner Führungsspitze mit der CDU eng verbunden, hat die Statusinteressen seiner Mitglieder gewahrt: Jeder in der Weiterbildung befindliche Spezialist, etwa ein Anästhesist oder Chirurg nach zehnjähriger Fachtätigkeit, ann sich unmittelbar als praktischer Arzt niederlassen. Eine besondere, für

die Allgemeinversorgung notwendige Weiterbildung, die etwa Kenntnisse und Erfahrungen im Umgang mit der sozialen Problematik von Krankheit vermitteln könnte, ist weiterhin nicht erforderlich. Gleichzeitig wird die bestehende Qualifikationshierarchie nicht angetastet: Der Spezialist muß eine mehrjährige Weiterbildung durchlaufen, sei sein Fachgebiet auch noch so eng, Praktischer Arzt kann jeder werden, egal was er kann. Die Grundversorgung wird auch denjenigen überlassen, die eine gezielte Weiterbildung nicht nachweisen können. Zu weiteren Auswirkungen dieses Teils der Novellierung unter den geschilderten Kräfteverhältnissen, insbesondere zu den inzwischen in einem Tarifvertrag festgelegten Arbeitsbedingungen verweise ich auf eine andere Arbeit (Schagen 1987).

Die ausdrückliche Einführung einer Soll-Bestimmung für die *Kleingruppenarbeit* und der Erwähnung, daß nicht mehr als 5 Studenten je Patienten gleichzeitig ausgebildet werden sollen, ist einerseits sicher eine Verdeutlichung der Absicht des Gesetzgebers bei der Entstehung der Approbationsordnung 1970. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt muß die Einführung als Vorbereitungsmaßnahme zu einer auch vor den Gerichten bestandsfähigen Herabsetzung der Ausbildungskapazitäten gesehen werden.

Die genaueren Bestimmungen über das Praktische Jahr sind ein Versuch, eine Unterscheidung von der ebenfalls zum Bestandteil der Ausbildung deklarierten AiP-Phase zu machen (während des Praktischen Jahres »unter Anleitung, Aufsicht und Verantwortung«, während der AiP-Phase »unter Aufsicht«). Die Einführung zusätzlicher mündlicher Prüfungen im Physikum und 2. Abschnitt des Staatsexamens ist ebenfalls abzulehnen. Die Zielsetzung der einheitlich geforderten Einführung mündlich-praktischer Prüfungen, Unterrichtsveranstaltungen und Prüfungsablauf stärker aufeinander zu beziehen und ein rein schematisches Auswendigpauken von MC-Fragen zu verhindern, kann nicht erreicht werden, da die schriftlichen Prüfungen dieser Abschnitte unverändert bestehen bleiben. Inhaltlicher und zeitlicher Umfang und Ausrichtung der Prüfungsvorbereitungen durch die Studenten, bezogen auf die bundeseinheitlichen MC-Prüfungen, werden nicht beeinflusst. Es ist eine Illusion anzunehmen, daß der zusätzliche Druck, der durch zusätzliche Prüfungen entsteht, sich bei den Studenten in Richtung auf eine umfassendere, mehr an den Bedürfnissen der späteren ärztlichen Tätigkeit orientierte Prüfungsvorbereitung auswirken wird. Gerade durch die offensichtlich bewußt kurz gehaltenen Zeiträume für die Mitteilung, in welchen Fächern mündlich geprüft wird, werden an den Universitäten neue Prüfungsfragenkompendien für die einzelnen Prüfer entstehen,

dem bewußtlosen Auswendigpauken von Fragensammlungen für die IMPP-Prüfungen wird ein bewußtloses Auswendigpauken von Fragensammlungen der jeweiligen Prüfer hinzugefügt werden. Zusätzliche Prüfungen haben außerdem zur Folge, daß die Durchfallquote ansteigen wird. War dies die Absicht des Gesetzgebers und der Befürworter dieses Gesetzes, so wird sie erfolgreich sein.

Der einzig sinnvolle Teil der Novellierung scheint die *Abschaffung der schriftlichen Prüfung am Ende des Praktischen Studienjahres* zu werden. Dies war von allen Beteiligten (Studenten, Hochschullehrern, Verbänden, Ministerien) seit Beginn der Durchführung des Praktischen Jahres gefordert worden, weil die Vorbereitung auf eine schriftliche Prüfung am Ende eines praktischen Studienabschnitts von einer intensiven Wahrnehmung der Möglichkeiten praktischer Ausbildung weggeführt hat.

Insgesamt bedeutet die 5. Novellierung einen Sieg für diejenigen, die durch Verlängerung der Ausbildung und Verschärfung der Prüfungen den Zugang zum Arztberuf erschweren wollen.

Anmerkungen

- 1 Kleine Kommission zu Fragen der ärztlichen Ausbildung und zur künftigen Entwicklung im Bereich des ärztlichen Berufsstandes. Sie tagte vom 1.2.1979 bis zum 9.10.1980 und hat das Ergebnis ihrer Arbeit in zwei Berichten vorgelegt. In ihr waren vertreten: die Bundesministerien für Jugend, Familie und Gesundheit, für Bildung und Wissenschaft, für Arbeit und Sozialordnung, die Gesundheitsminister und die Kultusministerkonferenz der Länder, die Bundesärztekammer, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, der Hartmannbund, der Chefarztverband, der Marburger Bund, der Verband der Niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV), der Berufsverband der Praktischen Ärzte (BPA), die Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlich-medizinischer Fachgesellschaften (AWMF), die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der Medizinische Fakultätentag (MFT), der Wissenschaftsrat (WR), die Westdeutsche Rektorenkonferenz (WRK), die Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (Krankenkassen) sowie auch die ÖTV und die Medizinstudenten (drei Vertreter der VDS und zwei Vertreter des Fachverbands Medizin). (BMJFG 1979)
- 2 Die bereits damals im Entwurf diskutierte EG-Richtlinie ist inzwischen verabschiedet und schreibt vor, »in jedem Mitgliedsstaat eine spezifische Ausbildung zum praktischen Arzt einzuführen, die sowohl qualitativ als auch quantitativ bestimmten Mindestanforderungen genügt und die die Mindestgrundausbildung, die der Arzt gemäß der Richtlinie 75/363/EWG (sechsjähriges Hochschulstudium, d. Verf.) besitzen muß, ergänzt«. Sie dauert mindestens zwei Jahre (RAT 1986).

Literaturverzeichnis

- BMJFG, Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit, 1979: Bericht über die Arbeit der »Kleinen Kommission zu Fragen der ärztlichen Ausbildung und der künftigen Entwicklung im Bereich des ärztlichen Berufsstandes« im Beratungszeitraum vom 20. Februar 1979 bis zum 18. September 1979, Bonn.
- BMJFG, Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit, 1981: Positionspapier zu Fragen der ärztlichen Ausbildung, Bonn.
- BMJFG, Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit, 1983: Entwurf einer Fünften Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte vom 9.11.1983, Bonn.
- Deutscher Ärztetag, 1979: 82. Deutscher Ärztetag: Klare Mehrheitsbeschlüsse zur ärztlichen Ausbildung, in: Deutsches Ärzteblatt 76 (Heft 22), 1479-1494, 1527-1535.
- Deutscher Bundestag, 10. Wahlperiode, Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung, Ausschuß für Jugend, Familie und Gesundheit, 1984: Protokoll der Informationssitzung zur Änderung der Bundesärzterordnung und zur Weiterbildung der Hausärzte am 17.10.1986, Protokoll Nr. 29.
- Göbel, Eberhard/Schagen, Udo, 1980: Probleme und Entwicklungstendenzen der Ärzteausbildung in der Bundesrepublik Deutschland, in: Zeitschrift für Hochschuldidaktik 4 (Sonderheft 2), 225-243.
- Hoppe, Jörg-Dietrich, 1977: Die praxisnahe Ausbildung zum Arzt ist gefährdet, in: Deutsches Ärzteblatt 74 (Heft 22), 1460-1472.
- Hoppe, Jörg-Dietrich, 1979a: Ausbildungsziel: »Arzt«. Überlegungen und Vorbereitungen zu einer Reformierung des Medizinstudiums. Neue Konzeption für das Medizinstudium, in: Deutsches Ärzteblatt 76 (Heft 2), 95-96.
- Hoppe, Jörg-Dietrich, 1979b: Ausbildung zum Arzt, in: Deutsches Ärzteblatt 76 (Heft 22), 1515-1527.
- Hoppe, Jörg-Dietrich, 1982: Stand der Novellierung der Approbationsordnung, in: Deutsches Ärzteblatt 79 (Heft 23), 57-68.
- Hoppe, Jörg-Dietrich, 1983: Die Situation der jungen Ärzte in der zweiten Hälfte der 80er Jahre, in: Deutsches Ärzteblatt 80 (Heft 23), 47-56.
- Hoppe, Jörg-Dietrich, 1984: Ausbildungsmodell: Vorurteile überwiegen. der arzt im krankenhaus 37 (Heft 2), 89-93.
- Kleine Kommission, Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit, 1979: Kurzniederschrift der 3. Sitzung vom 22.5.1979, Bonn.
- ÖTV, Gewerkschaft öffentliche Dienste, Transport und Verkehr, 1982: Vorschläge und Forderungen der Gewerkschaft ÖTV zur ärztlichen Aus- und Weiterbildung in der Bundesrepublik Deutschland, Stuttgart.
- Peiffer, Jürgen, 1979: Ausbildungsziel: Arzt. Überlegungen und Vorbereitungen zu einer Reformierung des Medizinstudiums. Vermittlung der grundlegenden Kenntnisse und Fertigkeiten, in: Deutsches Ärzteblatt 76 (Heft 2), 96-98.
- Rat der Europäischen Gemeinschaft, 1986: Richtlinie über eine spezifische Ausbildung in der Allgemeinmedizin, in: Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften Nr. L 267/26-30 vom 19.9.1986.
- Schagen, Udo (Hrsg.), 1980: Mediziner Ausbildung, Argument Studienheft 43, Berlin/West
- Schagen, Udo, 1981: Ärztliche Aufgaben in der Zukunft. Die Diskussion um die Weiterentwicklung der ärztlichen Ausbildung. In: Organisation zur Gesundheit. Jahrbuch für kritische Medizin Bd. 7, 31-43, Berlin/West
- Schagen, Udo, 1987: Akzeptabel und unbefriedigend. Tarifiergebnisse zum Arzt im Praktikum, in: Demokratisches Gesundheitswesen (Heft 3), 30-31.
- Vilmar, Karsten, 1983: 1983 — Wende auch in der Gesundheitspolitik, in: Deutsches Ärzteblatt 80 (Heft 22), 17-27.
- Wissenschaftsrat, 1976: Empfehlungen zu Aufgaben, Organisation und Ausbau der medizinischen Forschungs- und Ausbildungsstätten, Köln.
- Zentralstelle für die Vergabe von Studienplätzen (Hrsg.), 1977: ZVS-Info Wintersemester 1979/1980, Münster.
- Zentralstelle für die Vergabe von Studienplätzen (Hrsg.), 1978: ZVS-Info Sommersemester 1978, Münster.