

Zwei Jahrzehnte Ausbildungsreform - und keine Entscheidung zum Ausbildungsziel

Udo Schagen, Berlin

1. Die Reform des Medizinstudiums durch die Approbationsordnung von 1970

1.1 Situation vor 1970 und Ziele der Reform

In den 60er Jahren hatte sich die Kritik an der herkömmlichen Medizinerbildung verstärkt. Die 5 1/2-jährige Ausbildung an den Universitäten bestand im wesentlichen aus Vorlesungen mit nur einzelnen Praktika in den vorklinischen Fächern. Im 2. klinischen Teil des Studiums bestand der "praktische" Unterricht meist nur aus der Demonstration eines Patienten in der großen Vorlesung durch den Professor im Hörsaal. Im Anschluß an das Studium arbeiteten die Ärzte ohne eine volle Berufszulassung (als Medizinalassistenten) noch für 2 Jahre in Krankenhäusern. Obwohl sie nicht voll ausgebildete Ärzte waren, übernahmen sie aufgrund des damaligen Ärztemangels in den Krankenhäusern meist die verantwortungsvolle Arbeit der Stationsärzte. Außerdem leisteten sie regelmäßig alleine Nacht- und Wochenenddienste.

Die Reform von 1970 hatte mehrere Ziele:

Vermehrung der Fächer: Die Zahl der Ausbildungsfächer wurde von 24 auf 42 vermehrt (UEXKÜLL 1971). Zu den traditionellen Gebieten der vorklinischen Ausbildung (Naturwissenschaften, Anatomie, Physiologie, Biochemie) und den traditionellen klinischen Fächern (Innere Medizin, Chirurgie, Frauen- und Kinderheilkunde etc.) kamen insbesondere Fächer, die die Handlungskompetenzen des Arztes erweitern sollten. Die große theoretische Errungenschaft der Medizin des 19. Jahrhunderts, den Sitz von

Krankheiten in Zellen, Organen und Organsystemen lokalisieren und auch dort einer Therapie zugänglich machen zu können, hatte gleichzeitig den Blick des Arztes vom ganzen Menschen ab- und auf das einzelne Organ hingelenkt. Die abhanden gekommene Erkenntnis aber für den Menschen als Teil eines bestimmten sozialen Umfeldes sollte nun dem Arzt wiedergegeben werden. Daß Krankheiten sich auch bei Gleichheit der organischen Strukturen nicht in jedem Individuum in gleicher Weise manifestieren, sondern je nach den Bedingungen der Lebensumwelt verschieden oder auch überhaupt nicht auftreten, sollte durch Verankerung neuer Ausbildungsfächer wieder zum selbstverständlichen Wissen jedes Arztes werden. In der Vorklinik wurden die Gebiete Medizinische Soziologie und Medizinische Psychologie, im klinischen Ausbildungsabschnitt die Gebiete Biomathematik, Epidemiologie, Sozialmedizin, Arbeitsmedizin, Psychosomatik und Psychotherapie hinzugefügt.

Einführung von Pflichtpraktika: Die Reform sollte die praktischen Anteile der Ausbildung erheblich erweitern. Etwa die Hälfte aller Lehrveranstaltungen in den ersten 5 Jahren des Studiums sollten als Praktika in kleinen Gruppen ein wirkliches Üben, Erlernen praktischer Fähigkeiten und Sammeln von Erfahrungen ermöglichen. Die traditionelle Einteilung des deutschen systematischen Medizinunterrichtes blieb aber erhalten. Ein Wintersemester mit 16, ein Sommersemester mit 14 Vorlesungswochen gaben Platz für über das ganze Semester laufende systematische Vorlesungen, die jetzt nur noch die Hälfte des etwa 25 - 30-stündigen Wochenplans

ausmachen sollten. In der anderen Hälfte waren Kurse, Übungen und klinische Praktika in allen wichtigen Fächern zu absolvieren. Während der Semesterferien wurden zusätzlich ein 2-monatiges Krankenpflege-Praktikum und eine 4-monatige klinische Famulatur Pflicht.

Praktisches Studienjahr: Das 6. Jahr der Ausbildung hatte als ganztägige, praktische Ausbildung im Krankenhaus unter Supervision der Hochschule stattzufinden.

Bundeseinheitliche Prüfungen: Die Prüfungen, die vorher bei einzelnen Professoren stattfanden und sich häufig auf deren Spezialgebiete bezogen, wurden verändert: allgemein anerkanntes Grundwissen sollte in allen Prüfungen Gegenstand sein. Vorformulierte schriftlich gestellte Fragen, die zu einem einheitlichen Prüfungstermin in allen Universitäten gleichzeitig zu beantworten waren, sollten das Verfahren objektivieren. Diese bundeseinheitlichen, schriftlichen Prüfungen nach dem Multiple-choice-Verfahren waren nach dem 2., 3., 5. und 6. Studienjahr zu absolvieren.

Insgesamt wurde mit dem schrittweisen Inkrafttreten der neuen Ausbildungsordnung die Gesamtausbildungszeit zum Arzt von vorher 7 1/2 Jahren auf 6 Jahre verkürzt. Durch eine Erhöhung der Gesamtstundenzahl des medizinischen Unterrichts und Unterbringung der einjährigen, ganztägigen, praktischen Ausbildung innerhalb des Studiums erfolgte eine erhebliche Intensivierung der Ausbildung.

1.2 Auswirkungen der Reform

Der Effekt der Ausbildungsreform in den einzelnen Universitäten war zunächst eine sehr starke Einschränkung der Autonomie der Fakul-

täten bzw. der sie tragenden Professoren. Durch die Reform des Prüfungssystems war den Hochschullehrern die Tätigkeit als Prüfer im Staatsexamen weitgehend genommen worden. Die gleichzeitig in Kraft tretenden Hochschulreformgesetze öffneten die Fakultätsgremien auch für wissenschaftliche Mitarbeiter, Studenten und sonstiges Personal.

Für die Ausbildung ergab sich trotz der zahlreichen positiven Reformansätze der neuen Ausbildungsordnung insgesamt gesehen ein eher negativer Effekt: die neuen Fachgebiete wurden an den meisten Fakultäten, wenn überhaupt, dann nur insuffizient mit Personal ausgestattet. Dadurch wurde das Ziel, der Ausbildung insgesamt eine andere Richtung zu geben, konterkariert. Da die Hochschullehrer nun nicht mehr unmittelbar im Staatsexamen prüften, wurde die früher kritisierte willkürliche Auswahl des Prüfungsstoffes verhindert. Gleichzeitig aber hatten die Hochschullehrer keine Rückmeldung mehr über den Erfolg ihrer Lehre. Dies führte dazu, daß ihr Interesse an ihr weiter sank. Es war auch früher nicht sonderlich hoch gewesen, da Hochschulkarrieren nie mit überdurchschnittlichen Leistungen in der Lehre, sondern nur mit überdurchschnittlichen Leistungen in der Forschung begründet werden konnten.

Die Väter der Reform hatten mit der Absicht der Vereinheitlichung des Prüfungsstoffes und der Hinzufügung neuer Fachgebiete eigentlich das Ziel verfolgt, die Hochschulausbildung auf eine qualifizierte ärztliche Grundausbildung zu beschränken. Diese ärztliche Grundausbildung sollte alle notwendigen Kenntnisse und Fähigkeiten vermitteln, die Berufsanfänger benötigen, auch und gerade, wenn sie noch nicht über die notwendige Erfahrung zum selbständigen

Praktizieren verfügen können. Das Hochschulstudium als Basisausbildung - so war die Absicht - sollte ergänzt werden durch eine langjährige Weiterbildung im Anschluß an das Hochschulstudium. Schon zum Zeitpunkt der Reform 1970 konnte davon ausgegangen werden, daß jeder Arzt im Anschluß an die Hochschulausbildung eine mehrjährige Zeit der Erfahrungsgewinnung freiwillig in Krankenhäusern verbrachte.

Der Einfluß der Ärzteverbände, insbesondere der großen Gruppierung der in der Weiterbildung zum Spezialisten befindlichen Ärzte, verhinderte aber die Fixierung dieses Ausbildungsziels. So blieb das seit über 100 Jahren angenommene Ziel ärztlicher Hochschulausbildung der Arzt, der im Prinzip unmittelbar nach Abschluß des Studiums in eigener Praxis tätig werden konnte, erhalten.

Die notwendige Ergänzung einer Hochschulausbildung, die den Schwerpunkt auf das Erlernen allgemeiner Basiskenntnisse, die Beherrschung der Grundfertigkeiten ärztlichen Handelns, die Fähigkeiten, Probleme lösen, in Kooperation mit anderen Berufsgruppen arbeiten sowie Selbstkritik üben zu können, legt, die Einführung einer langjährigen Weiterbildung als Pflicht vor der Niederlassung in eigener Praxis, konnte nicht durchgesetzt werden.

These 1: *Die Ziele der Reform von 1970 konnten nicht erreicht werden, weil die medizinischen Fakultäten in ihrer Mehrheit die mit der Ausweitung des Fächerkataloges beabsichtigte inhaltliche Umorientierung von einer ausschließlich naturwissenschaftlich und empiristisch ausgerichteten Ausbildung auf die Einbeziehung der sozialen Umwelt (Arbeits-, Wohn- und*

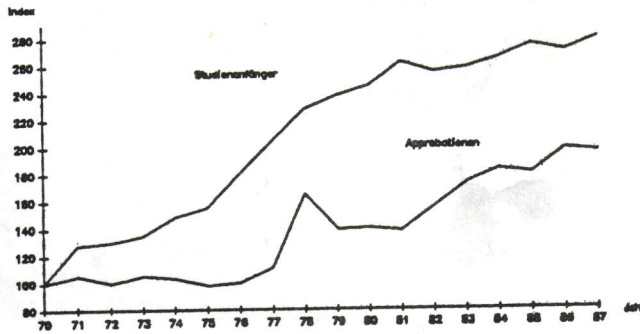
Familienumfeld) als wesentliche Bedingung für Krankheit und Gesundheit, oder, mit anderen Worten, die Wahrnehmung der individuellen und sozialen Wirklichkeit des Subjekts Patient und nicht nur des auf den biologischen Teil/Körper reduzierten Objekts nicht mit vollzogen.

2. Gleichzeitige Veränderungen der Rahmenbedingungen des Studiums

2.1 Hochschulzulassungs- und Abgängerzahlen

Parallel mit dem Inkrafttreten der neuen Ausbildungsordnung fand im Hochschulbereich noch eine andere Entwicklung unabhängig von ihr statt. In den 60er Jahren hatte sich in der Bundesrepublik Deutschland, wie in anderen hochindustrialisierten Ländern, die Erkenntnis durchgesetzt, daß im Hinblick auf die Umwälzungen in der Produktion und den zunehmenden Bedarf an langjährig ausgebildeten Spezialisten eine Erhöhung des Bevölkerungsanteils mit Hochschulausbildung erfolgen müsse. Schrittweise wurden Ende der 60er und in den 70er Jahren die Sekundarstufen der Oberschulen erweitert. Der Anteil der Abiturienten am Geburtsjahrgang stieg von etwa 5% Mitte der 60er Jahre bis auf ca. 25 % Ende der 70er Jahre. Entsprechend fand ein Wachstum der Hochschulen statt; sowohl ihre Zahl als auch ihre Größe wurde stetig erhöht. Die Zahl der zugelassenen Medizinstudenten und die der die Hochschule verlassenden Ärzte entwickelte sich wie in der folgenden Abbildung dargestellt:

Abb. 1. Studienanfänger der Medizin und Berufszulassungen (Approbationen) für Ärzte



Nach BÄK 1989, S. 42

2.2 Ärzte 1876 - 1987

Die Ausweitung der medizinischen Fakultäten und ihre maximale Nutzung für die Ausbildung von Medizinstudenten führte dazu, daß auch die Zahl der Ärzte sich drastisch erhöhte. Die Entwicklung wird aus der folgenden Übersicht deutlich:

Tab. 1. Entwicklung der berufstätigen Ärzte und Arztdichte im Deutschen Reich und in der Bundesrepublik Deutschland

Jahr	Ärzte	Ärzte je 100.000 Einwohner
1876	13.728	32
1901	28.174	50
1927	43.717	69
1952	68.135	136
1970	92.773	152
1975	114.624	185
1980	139.452	226
1987	171.487	281

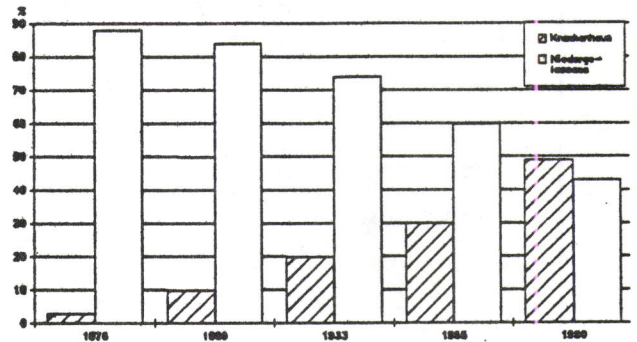
Nach Koller 1969, S. 186f.; BÄK 1989, S. 22

2.3 Umstrukturierung innerhalb der Ärzteschaft

Die nächste Abbildung zeigt, wie sich das Verhältnis von in der Praxis der ambulanten Gesundheitsversorgung arbeitenden Ärzten zu

denjenigen, die im Krankenhaus arbeiten, seit dem letzten Jahrhundert fast umgekehrt hat:

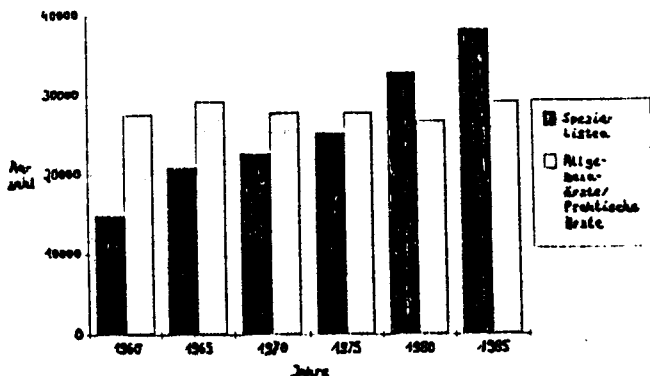
Abb. 2. Sinkender Anteil der niedergelassenen Ärzte und steigender Anteil der hauptamtlichen Krankenhausärzte an allen berufstätigen Ärzten in %



Während nach dem Kriege die Allgemeinärzte noch den größten Anteil an der ambulanten Versorgung hatten, hat sich auch hier das Verhältnis umgekehrt. Inzwischen sind erheblich mehr Spezialisten in eigener Praxis tätig als Allgemeinärzte. Eine Besonderheit stellt auch noch das Verhältnis der "Praktischen Ärzte" zu den "Allgemeinärzten" dar. Die "Praktischen Ärzte" haben nach der Hochschulausbildung keine besondere Zusatzqualifikation erworben, sondern sich nach einer - zufällig und unterschiedlich - verbrachten Zeit der Erfahrungsgewinnung in eigener Praxis zum Zwecke der ärztlichen Basisversorgung niedergelassen. Häufig handelt es sich um Ärzte, die viele Jahre in Spezialabteilungen von Krankenhäusern tätig waren, es dann aber aus Karrieregründen doch vorzogen, sich als praktische Ärzte niederzulassen, ohne eine entsprechende Qualifikation für die besonderen Bedürfnisse der hausärztlichen Versorgung erworben zu haben. Die "Allgemeinärzte" haben nach dem Studium wie

die Spezialisten eine mehrjährige Weiterbildung absolviert, die sie in besonderer Weise auf die Tätigkeit als Hausarzt vorbereitet hat.

Abb. 3. Niedergelassene Ärzte in der Bundesrepublik Deutschland



Schagen, 1988

These 2: Die Tatsache, daß im Gegensatz zu früheren Jahrzehnten nur noch eine Minderheit von Ärzten nicht auf Spezialgebieten tätig ist, hat nicht zu einer Umorientierung des Ausbildungsziels auf eine für alle Ärzte wichtige gemeinsame Grundausbildung geführt.

3. Die Entwicklung der ärztlichen Einkommen und der Arbeitszeit von Krankenhausärzten

Der unverminderte Andrang auf die Ausbildungsplätze für Medizin an den Hochschulen wird neben dem hohen Ansehen, das Ärzte nach wie vor in der Bevölkerung genießen, im wesentlichen damit erklärt, daß das durchschnittliche Einkommen aller Ärzte (nach der Spezialgruppe der Zahnärzte) an der Spitze aller Berufe liegt. Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht.

Tab. 2. Die Entwicklung der Einkünfte von niedergelassenen Ärzten im Vergleich mit anderen

Berufsgruppen in DM¹ und als Steigerungsrate bezogen auf den Index 1954=100

	1954	1961	1971	1980
Ärzte	16.205 100	42.947 265	116.727 720	180.858 1.116
RA/Notar ²	16.215 100	38.112 235	79.402 490	122.926 758
Arbeitr. ³	4.969 100	7.854 158	18.098 364	36.633 737

Nach Priester et al. 1986, S. 72

1. Ohne sonstige Einkünfte (z.B. aus nicht-selbständiger Arbeit, Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung, Gewerbebetrieb u. ä.), nach Abzug der Praxis-kosten, vor Abzug der Sonderausgaben und vor Steuer.
2. Rechtsanwälte und Notare
3. Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit je beschäftigten Arbeitnehmer

In den Krankenhäusern gab es wegen der Verdienstchancen in eigener Praxis bis Mitte der 70er Jahre einen ausgesprochenen Ärztemangel, was dazu führte, daß die dort Tätigen in aller Regel in erheblichem Umfang zusätzliche Nachtdienste und Überstunden zu machen hatten. Um die Ärzte an einer baldigen Niederlassung zu hindern, wurden diese Zusatzdienste sehr gut bezahlt. So hatten auch die Krankenhausärzte über ihr Grundgehalt hinaus zusätzliche Einkünfte von einem Viertel bis zu einem Drittel des Gehalts. Ende der 70er Jahre führten neue Tarifverträge der Gewerkschaften dazu, daß ein Teil dieser Überstunden schrittweise abgebaut wurde und zusätzliche Stellen in den Krankenhäusern geschaffen werden konnten.

These 3: Die unvermindert überdurchschnittlichen Einkommen der Ärzte lassen ein Nachlassen des Andrangs auf die Studienplätze nicht erwarten. Die Zunahme der Arztdichte erfolgt kaum gebremst.

4. Die Entwicklung der Arbeitslosigkeit bei Ärzten

Bis zu Beginn der 80er Jahre konnte von einer Arbeitslosigkeit bei den Ärzten praktisch nicht gesprochen werden. Dies ist ein Zeitpunkt, zu dem in vielen Regionen der Bundesrepublik die Arbeitslosigkeit generell bereits bei 9 - 10% und in vielen akademischen Berufen (Lehrer, Sozialwissenschaftler etc.) bei 5 - 7 % lag. Bis in die jüngste Zeit war die Arbeitslosigkeit bei Ärzten mit unter 2% eher unbedeutend. Hinzu kam, daß die Arbeitslosigkeit im Vergleich zu anderen Berufsgruppen unterdurchschnittlich kurz, nur wenige Monate, dauerte. Erst ab 1987 gibt es, besonders natürlich in den medizinischen Ausbildungszentren, den Städten mit großen medizinischen Fakultäten, einen stärkeren Anstieg der gemeldeten arbeitslosen Ärzte. Zwar sprechen einzelne Ärzteverbände von weit über 10.000, was einer Arbeitslosenquote von ca. 7 % entsprechen würde. Genauere Zahlen sind hierzu aber bisher nicht vorgelegt worden.

Tab. 3. Arbeitslosigkeit bei Ärzten in der BRD in %

Jahr	berufstätige Ärzte	arbeitslose Ärzte in %
1974	115.000	0,4 %
1980	139.500	1,0 %
1986	165.000	2,0 %
1987	171.500	4,5 %
1988	177.000	4,6 %

Nach Jahny 1987; Utecht und Jasser 1989, S. 2103

5. Perspektiven für die Zukunft

Wegen des verfassungsrechtlichen Vorrangs des freien Zugangs zum Beruf ist trotz erklärter

Einmütigkeit der Länder zur Studienplatzzahl-senkung auch für die nahe Zukunft damit zu rechnen, daß die Zahl der tatsächlichen Studienanfänger in der Medizin nur leicht gesenkt werden kann. Für die damit weiter zunehmende Zahl von Ärzten wird ein Einstieg in die Berufstätigkeit zur Folge haben, daß das Durchschnittseinkommen der Ärzte absinkt auf das Niveau anderer Berufsgruppen mit vergleichbar qualifizierter Ausbildung. Eine Reform der Hochschulausbildung mit dem Ziel, eine Basisqualifikation zu sichern, auf der aufbauend eine Weiterbildung in verschiedene, spezielle ärztliche Tätigkeiten erfolgen kann, wird nur gelingen, wenn der Gesetzgeber gleichzeitig das Zulassungs- und Beschäftigungssystem für Ärzte einer Reform unterzieht. Die weitere unkontrollierte Zulassung ungenügend qualifizierter Ärzte in der Funktion von Hausärzten als sogenannte "praktische Ärzte" verhindert das Entstehen einer qualifizierten primärärztlichen Versorgung. Eine Umorientierung in der Regelversorgung von der hochdifferenzierten, technologischen Medizin der Spezialisten und der Krankenhäuser, die mit jeweils immer größerem Aufwand nur wenigen Menschen jeweils zusätzlich wirkliche Hilfe geben kann, auf eine Medizin, die ihre wichtigste Aufgabe darin sieht, eine kontinuierliche Begleitung von Menschen mit Gesundheitsproblemen sicherzustellen, das Leiden an chronischen Erkrankungen einzudämmen und die zunehmend in der Arbeits- und Lebensumwelt entstehenden vermeidbaren Schäden zu minimieren, wird dadurch ebenfalls verhindert.

Literatur

1. **BÄK, Bundesärztekammer:** Tätigkeitsbericht '89. Köln 1989
2. **Jahny,** Referat vor der Ärztekammer Berlin am 10. 12. 1987; Bundesanstalt für Arbeit
3. **Koller, S.:** Zahl, Struktur und Nachwuchsbedarf der Ärzte. Bonn 1969
4. **Priester, K., H.-U. Deppe:** Materialien zur Entwicklung der Ärzteeinkommen in der Bundesrepublik. Arbeitspapier Nr. 2/1986 der Abteilung für Medizinische Soziologie der Universität Frankfurt. Frankfurt/M. 1986
5. **Schagen, U.:** Ärzte: Lobby gegen Nachwuchs. Bundesärztekammer und Marburger Bund erschweren den Zugang zum Arztberuf. In: Jahrbuch für kritische Medizin Band 12. Argument-Sonderband 146. Berlin/W. 1987
6. **Uexküll, Thure von:** Das Problem der Ausbildung zum Arzt in der modernen Welt. Deutsches Ärzteblatt (Heft 10): 709-714, 1971
7. **Utecht, Th. H. Jasser:** Der Arbeitsmarkt für Ärzte und Ärztinnen mit Gebietsbezeichnung. Informationen für die Beratungs- und Vermittlungsdienste der Bundesanstalt für Arbeit Nr. 44, 1989.

Dr. med. Udo Schagen
Freie Universität Berlin
Institut für Geschichte der Medizin
Forschungsstelle Zeitgeschichte
Klingsorstraße 119
1000 Berlin 45