

# Ärztliche Ausbildung in der Sackgasse?

Ergebnisse einer Münsteraner Befragung

Dietrich Habeck

Die Approbationsordnung für Ärzte vom 28. Oktober 1970 (ÄAppO), zunächst als entscheidendes Reformwerk proklamiert, ist auf zunehmende Kritik gestoßen. Unser Interesse galt Meinungsäußerungen der von der neuen Ausbildungs- und Prüfungsordnung betroffenen Studierenden. Daher führten wir im Oktober 1977, als die ersten Studierenden ihre ärztliche Ausbildung nach der Approbationsordnung abschlossen, und ein Jahr später schriftliche Befragungen durch. Zur Auswertung waren Antworten von 42 Examenskandidaten aus Münster (76,4 Prozent aller Prüflinge) und von 55 Studierenden anderer Ausbildungsstätten des Jahres 1977 und von 83 Münsteranern (46,6 Prozent) verfügbar, die im Herbst 1978 den letzten Abschnitt der ärztlichen Prüfung ablegten.

## Meinungen zu einzelnen Ausbildungsänderungen

Die Verkürzung des vorklinischen Studiums durch die ÄAppO wurde ganz überwiegend positiv gewertet. Nicht so eindeutig fielen mit etwa 50 Prozent Zustimmung die Beurteilungen der Verlängerung des klinischen Studiums und der Umwandlung der letzten beiden Semester in das sogenannte Praktische Jahr (PJ) aus.

Hingegen wurde die weitgehende Verlagerung des PJ in Akademische Lehrkrankenhäuser von etwa drei Viertel für sinnvoll gehalten.

Überwiegende Zustimmung fand die Möglichkeit von Pflichtfamulaturen bei niedergelassenen Ärzten, während die Famulaturmöglichkeiten in den anderen Einrichtungen und außerdem die zunächst erfolgte Abschaffung der Krankenhausfamulaturen von den meisten Studierenden abgelehnt wurde (im Mittel hatte je-

der mehr als einen Monat freiwillig famuliert, und zwar ganz überwiegend in Krankenhäusern!).

Zur Einführung der praktischen Übungen als *Pflichtveranstaltung* äußerten sich fast alle Befragten, zum Wegfall der Hauptvorlesung als Pflichtveranstaltung die Mehrheit, positiv. Daß damit bei Ausbildung in Kleingruppen eine weitgehende Verlagerung der Lehre von erfahrenen Hochschullehrern auf jüngere Mitarbeiter einhergeht, die sich teilweise noch in ihrer eigenen Weiterbildung befinden, wurde von der Mehrheit zwar negativ bewertet, ein Drittel der Studierenden erblickte in dieser mangelnden Ausbildungskompetenz jedoch keine Nachteile.

Hinsichtlich der durch die ÄAppO grundlegend geänderten *Prüfungsvorschriften* hielten drei Viertel (1977) beziehungsweise zwei Drittel (1978) sowohl die bundeseinheitlichen schriftlichen Prüfungen als auch die bundeseinheitlichen Ge-

genstandskataloge für „sinnvoll“ beziehungsweise „sehr begrüßenswert“.

Bei den neuen Unterrichtsveranstaltungen entfielen die meisten positiven Voten (über 90 Prozent) auf den „Kursus der allgemeinen klinischen Untersuchungen in dem nichtoperativen und operativen Stoffgebiet“ und auf die „praktischen Übungen für akute Notfälle und Erste ärztliche Hilfe“. Etwa 80 Prozent beurteilen diese Veranstaltungen als „unbedingt notwendig“. Überwiegend positiv wurden mit Ausnahme der „Übungen zur Biomathematik“ auch die übrigen neuen Veranstaltungen des ersten und zweiten klinischen Studienabschnittes beurteilt, allerdings nicht so eindeutig als „unbedingt notwendig“. Diese Bewertung erhielt zum Beispiel der in der positiven Rangordnung folgende „Kursus der Radiologie einschließlich Strahlenschutzkurs“ von etwas mehr als 50 Prozent der Probanden. Unter den neuen vorklinischen Veranstaltungen wurde der „Kursus der medizinischen Psychologie“ am häufigsten (von etwa zwei Drittel) befürwortet.

## Meinungen zum Praktischen Jahr

Die Frage: „Welches Tertial hat Ihnen besonders gut gefallen?“ zeigte eine deutliche Bevorzugung der Wahlfächer: Während letztere von zwei Dritteln (1977) beziehungsweise der Hälfte (1978) genannt wurden, entfielen auf die Pflichtfächer Innere Medizin und Chirurgie nur ein Viertel (1977) beziehungsweise ein Sechstel (1978) an positiven Voten.

Dies mag zum Teil durch ein besonderes Interesse für das gewählte Wahlfach bedingt sein. Entscheidend dürfte sich jedoch der Verdünnungseffekt (geringere Studenten-Patienten-Relation und günstigeres Studenten-Arzt-Verhältnis) ausgewirkt haben, denn die am häufigsten absolvierten Wahlfächer Kinderheilkunde und Frauenheilkunde wurden seltener positiv gewertet als die geringer besetzten Wahlfächer. Außer-

## Ausbildung

dem war die Anzahl der Studenten, die meinten, daß ihnen „genügend“ Verantwortung übertragen worden sei, in den Wahlfächern mit etwa 50 bis 60 Prozent doppelt so groß wie in den Pflichtfächern. Eine nahezu gegenläufige Verteilung hierzu zeigte der Anteil derjenigen Studenten, die die Ansicht vertraten, „häufiger“ oder „zu häufig“ zu sachfremden Aufgaben herangezogen worden zu sein.

Zu ähnlichen Ergebnissen führte auch eine Umfrage, die von PJ-Studenten in einem Lehrkrankenhaus durchgeführt worden war: „Je mehr MPJs auf einer Station waren, desto unzureichender und unbefriedigender wurde die praktische Ausbildung.“ – „Als besonders störend empfanden viele den ungeklärten Status und die damit verbundene mangelnde Einbeziehung in den Stationsbetrieb.“ „Bestand eine geringe Einschätzung des MPJ-Status durch den Stationsarzt, wirkte sich das auch negativ auf die Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal aus.“

### Änderungsvorschläge

Ferner wurden die Probanden gefragt, ob – verglichen mit den eigenen Ausbildungserfahrungen – bestimmte Ausbildungsthemen in gleich großem, geringerem oder größerem Umfang angeboten werden sollten. Hierbei sprachen sich 75 bis 85 Prozent für einen vermehrten Umgang mit Kranken (und zwar auch mit Sterbenden!) und für eine verstärkte Vermittlung von Maßnahmen bei akuten lebensbedrohlichen Zuständen aus. Mehr als die Hälfte plädierte außerdem für ein größeres Angebot spezieller Untersuchungstechniken, des Verordnens der wichtigsten Medikamente und Betäubungsmittel, einfacher körperlicher Untersuchungsmethoden und einfacher psychotherapeutischer Maßnahmen.

Etwa 10 bis 20 Prozent der Studierenden sprachen sich für eine geringere Berücksichtigung der folgenden Themen aus: Mögliche Notizen an den wichtigsten Arbeitsplät-

zen; Sozialgesetze, Rehabilitationsmöglichkeiten; ethische Wertvorstellungen; Grundlagen für wissenschaftliche Tätigkeiten (zum Beispiel Dissertationen).

Bei allen diesen Themen wurde der Anteil derjenigen, die ein vermindertes Angebot wünschten, jedoch durch einen jeweils größeren Anteil von Befürwortern eines vermehrten Angebots aufgewogen. Dies traf nicht für den Bereich „medizinhistorische Aspekte“ zu, der nach den Vorstellungen von mehr als einem Drittel der Befragten reduziert oder abgeschafft werden sollte.

### Einschätzung des Ausbildungserfolgs

Insgesamt dominieren somit patienten- und praxisbezogene Themen, die in einem größeren Umfang gewünscht wurden.

Diesem Meinungstrend sollen einige pauschale Selbsteinschätzungen der Studierenden hinsichtlich des Ausbildungserfolgs an die Seite gestellt werden: Nach Abschluß des Medizinstudiums fühlten sich zwar fast alle zu einer Tätigkeit als zweiter Arzt auf einer Krankenhausstation imstande; für eine Tätigkeit als Stationsarzt auf internistischen oder chirurgischen Stationen, als Vertreter eines Arztes für Allgemeinmedizin für ein bis zwei Wochen oder als Notfallarzt bei einer Katastrophe (Massenkarambolage auf der Autobahn) hielten sich jedoch nur ein Fünftel bis ein Drittel befähigt.

### Berechtigte Äußerungen?

Die große Wertschätzung der praktischen Übungen, insbesondere des „Kurses der allgemeinen klinischen Untersuchungen...“ und der „Praktischen Übungen für akute Notfälle und Erste ärztliche Hilfe“ und die Forderung nach einer stärker praxis- und patientenorientierten Ausbildung bilden wesentliche Schlußfolgerungen der studentischen Meinungsäußerungen. Gegenüber den Intentionen der ÄAppO

sind die Studierenden in dieser Hinsicht vom derzeitigen Ausbildungsangebot enttäuscht. So sind etwa im Beispielstudienplan der Zentralstelle für die Vergabe von Studienplätzen (ZVS) Dortmund für die praktischen Übungen in den meisten klinisch-praktischen Fächern nur zwei Semesterwochenstunden vorgesehen, was 24 bis 27 Stunden innerhalb der gesamten Ausbildung entspricht. Ein derartiger Umfang ist zur praxisbezogenen Vermittlung ganzer Fächer, zum Beispiel der Frauenheilkunde, Dermatologie oder Neurologie, vollkommen unzureichend.

Dieser Mangel wirkt sich sehr viel gravierender dadurch aus, daß die meisten praktischen Übungen wegen personeller Engpässe nicht von erfahrenen Hochschullehrern, sondern teilweise von jungen und jüngsten wissenschaftlichen Mitarbeitern durchgeführt werden müssen.

Wenn allerdings ein derartiger Zustand von einem Drittel der Studenten sogar positiv bewertet wird, so muß hier nach der Erwartungshaltung gefragt werden. Ein nicht geringer Teil der Studenten erhofft sich von den praktischen Übungen nicht nur das begehrte „bedside teaching“, sondern zugleich auch die Vermittlung der Grundlagen, die in den Aufgabenbereich der systematischen Hauptvorlesung gehören.

Darüber hinaus ergibt sich aber auch die Frage, ob die Forderung nach Praxisbezogenheit nicht unangemessen verabsolutiert wird, wenn sich andere Bereiche, etwa ethische oder historische Aspekte oder Themen des ökologischen Stoffgebietes, einer geringeren Wertschätzung erfreuen. Möglicherweise bildet diese Einstellung auch eine Reaktion auf die praxisferne Tätigkeit der Vorbereitung auf die schriftlichen Prüfungen. Da die Fortsetzung des Medizinstudiums entscheidend vom Bestehen dieser Prüfungen abhängt, ist die hohe Priorität, welche die Prüfungsvorbereitungen für die einzelnen Abschnitte gewonnen haben, verständlich. Dabei haben nun die Prüfungsmodalitäten entschei-

dend das Lernverhalten verändert, denn das Ziel einer richtigen Beantwortung von nur 60 Prozent Fragen im Antwort-Wahl-Verfahren führt zu anderen Lernstrategien als die Vorbereitungen auf eine mündliche Prüfung, welche eine andersartige Durchdringung der jeweiligen Gebiete voraussetzt. Insgesamt erlebt der Studierende somit anstelle einer integrierten Ausbildung nicht selten ein Nebeneinander von prüfungsrelevanten Fakten einerseits und berufsbezogenen Lernzielen andererseits. Hierdurch läßt sich auch die häufig *rezeptiv-passive Haltung* vieler Studenten erklären.

Während dieser Preis für die bundeseinheitlichen schriftlichen Prüfungen bisher wohl nur von einer Minderheit der Studenten erkannt wird, wurde der Widerspruch zwischen Krankenhaus-tätigkeit und Vorbereitung auf die letzte schriftliche Prüfung während des Praktischen Jahres (PJ) zunehmend kritisiert. Was die im PJ bisher nur teilweise gelungene Integration der Studierenden in den Krankenhausbetrieb betrifft, wurde auf die Bedeutung des Verdünnungseffektes bereits hingewiesen: Ein Verhältnis von einem Studierenden auf 7,5 Betten, wie es in den Universitätskliniken Münster für die Pflichtfächer im PJ neben den Lehraufgaben des ersten und zweiten klinischen Studienabschnittes unterstellt wird, ist realitätsfremd. Abgesehen von differierenden Voraussetzungen und unterschiedlichem Engagement seitens der Studierenden steht ihrer Integration in die Patientenbetreuung aber auch das „Status-Problem“ im Wege. Für einen Teil der Krankenhausärzte handelt es sich im Gegensatz zu den Ausführungen von *Rieger* bei den PJ-Studierenden nur um Studenten ohne Teilapprobation, denen nicht in gleicher Weise wie Medizinalassistenten ärztliche Aufgaben übertragen werden dürfen.

Wenn somit die Kritik der Studierenden an einer zu geringen praxisnahen und patientenbezogenen Ausbildung, die eine der wesentlichen Zielvorstellungen der ÄAppO bildete, nicht unberechtigt ist, dann er-

gibt sich die Frage, warum dieses Reformvorhaben nicht verwirklicht worden ist. Zuvor muß jedoch auf einen Sachverhalt hingewiesen werden, der in der bisherigen Diskussion noch nicht genügend gewürdigt worden ist.

In der Approbationsordnung wurde zwar auf die Definition eines Ausbildungszieles verzichtet. De facto ist jedoch gegenüber dem *Ausbildungsziel* der Bestallungsordnung für Ärzte vom 15. September 1953 (BO) eine entscheidende Änderung eingetreten: Ziel des elfsemestrigen Studiums nach der BO war die *Berufsvorbildung* zum Arzt mit Teilapprobation, der eine zunächst zweijährige praktische Tätigkeit als Medizinalassistent vor Erteilung der Vollapprobation folgte.

Ziel des sechsjährigen Studiums nach der ÄAppO ist demgegenüber die *Berufsausbildung* zum kompletten Arzt mit voller Approbation. Deswegen ist eine sehr viel ausgedehntere Praxisbezogenheit beim Studium nach der ÄAppO unerlässlich.

Die angestrebte praxisbezogene Ausbildung konnte jedoch nicht erreicht werden, weil sich gerade parallel mit dem Wirksamwerden der ÄAppO die Zahl der Medizinstudierenden vervielfacht hat. Aus der großen Anzahl der Studierenden ergibt sich wohl der wichtigste Problembereich für die gegenwärtige ärztliche Ausbildung.

Soweit Verhältnisse in den USA bei der Konzeption der Approbationsordnung Pate gestanden haben, ist die dortige Entwicklung wesentlich günstiger verlaufen: Von 1965 bis 1975 stieg die Anzahl der Medical School Graduates von 7009 auf 12 101 pro Jahr, für die 84 beziehungsweise 107 Ausbildungsstätten zur Verfügung standen; für 1980 wird dieses Verhältnis auf 15 240 zu 125 geschätzt. Demgegenüber sind bei uns demnächst jährlich 11 000 Studierende in klinischen Semestern zu erwarten, während es derzeit nur 26 medizinische Fakultäten (mit klinischem Ausbildungsangebot) gibt.

Nun war zwar eine gewisse Vermehrung der Medizinstudenten vorgesehen. So sollte in Nordrhein-Westfalen der Bestand des Jahres 1972 von 1617 Studienplätzen bis 1978 auf 2100 Studienplätze angehoben werden. Hierfür schlugen Hardegg und Mitarbeiter in ihrer Ermittlung des Finanzbedarfs vom 28. Februar 1973 vor, den wissenschaftlichen und nichtwissenschaftlichen Personaletat um jeweils etwa 50 Prozent aufzustocken.

Doch nicht nur dieser angesetzte Personalzuwachs blieb aus, sondern auch die seinerzeit bereits für 1977 erwartete Fertigstellung der Großklinik Aachen und Münster hat sich verzögert, und mit dem für Bochum geplanten Klinikum wurde nicht begonnen. Der jährliche Zugang von Medizinstudierenden allerdings hat inzwischen die Zahl von 3000 überschritten. Neben dieser fehlenden Vergrößerung der Ressourcen soll im Hinblick auf das PJ noch auf einen weiteren Punkt hingewiesen werden.

Krankenhäuser, die an der Ausbildung von PJ-Studierenden beteiligt sind, sollten über eine ausreichende personelle Ausstattung für die Krankenversorgung verfügen. In einigen Akademischen Krankenhäusern erfolgte jedoch im Rahmen der Kostendämpfungsaktion eine Personalverminderung (unter Ausrichtung auf die heute kaum mehr ausreichenden Anhaltzahlen der DKG von 1969).

Die dadurch auftretenden Lücken in der Krankenversorgung werden nun teilweise von den für die PJ-Studierenden zugewiesenen Ärzten (eine Stelle für acht Studierende) mitabgedeckt.

Zu den von vielen nicht erwarteten Auswirkungen haben aber auch die eingreifenden Änderungen der *Prüfungsvorschriften* geführt. Zu ergänzen bleibt die bei diesem System mögliche Abwahl ganzer Fächer oder Fachteilgebiete. Auch bei der verbliebenen mündlichen Prüfung am Ende des Studiums erstreckt sich die mündliche Prüfung prak-

## Ausbildung

tisch nur noch auf *drei Fächer* (die ärztliche Prüfung nach der BO umfaßte 12 mündliche Prüfungen!).

Da die Bewertung der Prüfungsleistungen abgeschafft wurde, fehlt die Motivation für ein gutes Examen. Die Möglichkeit für mündliche Erfolgskontrollen im Laufe oder gegen Ende der praktischen Übungen wird bisher nur teilweise ausgeschöpft.

Wegen der unpersönlichen schriftlichen Prüfungen fehlt den Hochschullehrern weitgehend die Rückkopplung für ihr Lehrangebot. Da sich außerdem die meisten Studierenden nur zum Besuch der praktischen Übungen verpflichtet fühlen, ist auch die prägende Vermittlung ärztlichen Handelns und ärztlicher Haltung durch erfahrene Kliniker und Wissenschaftler für die Mehrheit der Auszubildenden wesentlich eingeschränkt.

### Effektivere Gestaltung der Ausbildung

Im Rahmen der BO erfolgte die praxis- und patientenbezogene Ausbildung vorwiegend in Krankenhäusern. Die Hochschulkliniken sind insbesondere wegen der beschränkten Patientenzahl außerstande, diesen praktischen Teil der Ausbildung einer heute sehr viel größeren Anzahl von Medizinstudierenden vollständig anzubieten.

Aufgabe der Hochschulkliniken sollte es sein, den Studierenden die klinischen Grundlagen und die Untersuchungstechniken zu vermitteln. Praxisbezogene Teile der praktischen Übungen während des zweiten klinischen Studienabschnittes sollten dann in Form von ergänzenden Praktika in Krankenhäusern durchgeführt werden.

Ein derartiges Ausbildungsmodell, welches von Beller für das Praktikum der Frauenheilkunde und Geburtshilfe in Münster aufgebaut worden ist, hat sich seit mehr als vier Jahren sehr gut bewährt. Einer einwöchigen intensiven Unterrichtung in Seminaren folgt eine dreiwöchige

praktische Tätigkeit in mehreren Krankenhausabteilungen, wobei auch hier eine genügende Verdünnung der Studierenden von entscheidender Bedeutung ist.

Offenbar wurden aus räumlichen Gründen die Möglichkeiten einer Einbeziehung der Polikliniken in die klinisch-praktische Ausbildung bislang zu wenig genutzt. Hier haben Losse und Mitarbeiter 1971 in Münster ein erfolgreiches Unterrichtsmodell konzipiert, bei welchem an jedem Vormittag acht Studierende (in vier Gruppen zu je zwei) in einem eigenen Untersuchungszimmer in der Ambulanz der Medizinischen Poliklinik unter der Betreuung eines Arztes tätig sind. Etwa eine Woche später folgt die Besprechung der untersuchten Patienten. Außerdem gehören zu dieser Veranstaltung systematische Seminare und Vorlesungen.

Diese beiden Arten der Gestaltung von klinischen Praktika werden deswegen erwähnt, weil das Modell von Beller die Delegation eines praxis- und patientenbezogenen Ausbildungsanteils bei genügender Verdünnung in nichtuniversitäre Krankenhäuser bietet, während das von Losse entwickelte Modell als letzter Teil eines Praktikums zu einer praxisorientierten Überprüfung des Ausbildungserfolgs seitens der Hochschule genutzt werden könnte.

Eher noch wichtiger als zum Abschluß des Praktikums ist eine Eingangskontrolle, da eine derartige Delegation in Krankenhäuser nur dann sinnvoll ist, wenn der Student die Grundkenntnisse und wichtigsten einfachen Untersuchungstechniken des jeweiligen Faches beherrscht.

Weiterhin wird sich nicht für jedes Fach eine solche Vertiefung des Praktikums arrangieren lassen. Abgesehen von den speziellen örtlichen Verhältnissen dürften jedoch überall zumindest internistische, chirurgische, pädiatrische, gynäkologische und psychiatrische Abteilungen im Einzugsgebiet der Universitätskliniken vorhanden sein.

Eine größere Praxiserfahrung würde sich nicht zuletzt wegen der dann besseren Voraussetzungen auch auf den Ablauf des Praktischen Jahres günstig auswirken. Eine weitere Vorbedingung für ein verbessertes Praktisches Jahr wäre ein juristisch abgesicherter Status der Studenten – etwa durch eine erteilte Teilapprobation.

Nicht durch Zuschauen, sondern nur durch eigenes Umsetzen von Wissen in praxisbezogenes Tätigwerden an einzelnen Patienten kann eine schrittweise Aneignung ärztlichen Handelns erworben werden. Medizin ist eine Handlungswissenschaft.

Das Verfügen über nosologische oder pathophysiologische Kenntnisse und das Beherrschen der verschiedenen Untersuchungstechniken bilden nur die allgemeine Basis.

Eine weitere Voraussetzung ist, eine ausreichende „Verdünnung“ der PJ-Studenten durch Vermehrung der Anzahl der Lehrkrankenhäuser zu bewirken. Auf einer Station üblicher Größe sollte nicht mehr als ein Student tätig sein.

Zumindest in Westfalen sind gegenwärtig genügend Krankenhäuser daran interessiert, Lehrkrankenhausesfunktionen zu übernehmen. Nach drei umfassenden schriftlichen Prüfungen ist schließlich auf die schriftliche Prüfung im dritten Abschnitt zu verzichten, damit sich die Studierenden uneingeschränkt der praktischen Tätigkeit im Krankenhaus widmen können.

► Letzteres wäre insbesondere dann zu verantworten, wenn während des übrigen Studienablaufs die schriftlichen durch mündliche Prüfungen ergänzt würden, wie es im Gesetzentwurf der CDU/CSU-Fraktion zur Änderung der Bundesärzteordnung vom 29. November 1978 gefordert wird. Bei mündlichen Prüfungen braucht es sich keineswegs um ein Examen zu handeln, welches parallel zu den schriftlichen Prüfungen erfolgt. Vielmehr bieten die praktischen Übungen nach der zweiten

Novellierung der ÄAppO genügend Möglichkeiten, in Etappen oder am Ende vor der Erteilung der Bescheinigung über die regelmäßige und erfolgreiche Teilnahme mündliche Prüfungen durchzuführen.

Ein solches Vorgehen wäre nicht allein für die Prüfer ökonomischer, sondern würde vor allem Unterweisung, Eigenstudium und Erfolgskontrolle miteinander integrieren und nicht auseinanderreißen, wie es gegenwärtig bei den schriftlichen Prüfungen der Fall ist.

Dabei soll keineswegs verkannt werden, daß die Lehrenden durch die schriftlichen Prüfungen angesichts der gegenwärtig großen Anzahl der Medizinstudenten beträchtlich entlastet werden, was sonst dem Lehrangebot verlorenginge.

Nicht angemessen für ärztliches Handeln ist allerdings die Bedeutung, die die schriftlichen Prüfungen durch ihre Ausschließlichkeit während fünf Sechsteln der Studienzeit gewonnen haben. Damit ergibt sich die Frage nach einer Relativierung der schriftlichen Prüfungen. Letzteres wäre wohl bereits durch die Einführung vorangehender mündlicher und praxisorientierter Prüfungen zu erreichen, wodurch das häufig nur kurzfristige Anlernen bestimmter Prüfungsfakten in einen sinnvollen Zusammenhang eingebracht werden könnte.

Eine weitere Möglichkeit zur Relativierung der schriftlichen Prüfungen wäre dadurch gegeben, daß ihnen nur eine Selektionsfunktion zukäme: Diejenigen Prüfungskandidaten (zum Beispiel 10 bis 30 Prozent), welche die schriftliche Prüfung nicht bestehen, könnten durch eine mündliche Nachprüfung das unzureichende schriftliche Prüfungsergebnis korrigieren.

Diskutiert wird gegenwärtig außerdem die Verlängerung der ärztlichen Ausbildung durch ein weiteres Jahr praktischer Tätigkeit während des dritten klinischen Studienabschnittes vor der Approbation. Eine derartige Ausdehnung der praktischen

Ausbildung sollte allerdings nicht an Universitätskliniken oder Akademische Lehrkrankenhäuser gebunden werden, sondern in weiteren Krankenanstalten und teilweise auch in Praxen niedergelassener Ärzte möglich sein. So würde sich das Ziel einer stufenweise vermehrten Übertragung ärztlicher Verantwortung noch besser verwirklichen lassen gegenüber der heute weithin anzutreffenden Situation, daß frisch approbierten Ärztinnen und Ärzten unmittelbar nach dem letzten Examen sogleich eine ganze Krankenstation anvertraut wird. Letzteres bildet nur eine Verschiebung der früheren Verhältnisse, die gerade durch die ÄAppO beseitigt werden sollten, daß nämlich der nach der BO vorgebildete Medizinalassistent insbesondere in kleineren Häusern vorschnell durch zu viele Aufgaben beziehungsweise Verantwortung belastet wurde.

Eine zweijährige praktische Ausbildung vor der vollen Approbation könnte außerdem die unveränderten Kontroversen zur *finanziellen Entschädigung* für die PJ-Tätigkeit lösen. Während des zweiten Jahres würde die praktische Tätigkeit nur mit einem Teil des derzeitigen Gehaltes für junge Assistenzärzte honoriert werden. Die so eingesparten Mittel ständen dann den Studenten während des ersten Jahres der praktischen Ausbildung zur Verfügung. Nicht zuletzt könnte dadurch der für die ärztliche Ausbildung abträgliche „Gelderwerb“ durch andere Tätigkeiten während des PJ beseitigt werden, dem ein Teil der Studenten gegenwärtig nachgeht.

#### **Abgerundete Ausbildung vor Spezialisierung**

Ziel der ärztlichen Ausbildung muß der wissenschaftlich und praktisch gleichermaßen „abgerundete“ Arzt sein, der zu einem voll verantwortlichen Handeln gegenüber jedem Kranken imstande ist. Erst nach Erwerb dieser Befähigung darf die Spezialisierung erfolgen. Denn nur auf dem Boden einer fundierten Gesamtausbildung kann der heutige

Arzt den vielfältigen Anforderungen seiner Patienten und des komplexen Geschehens Krankheit, das sich nur selten auf ein einziges Fachgebiet beschränkt, gerecht werden.

Toellner hat diese Forderung durch folgende Formulierung des *allgemeinen Ausbildungszieles* der Ausbildung zum Arzt in die Studienordnung unserer Fakultät eingebracht:

„Nach Abschluß des Studiums der Medizin soll der Student diejenigen Kenntnisse, Fertigkeiten, Fähigkeiten und Haltungen erworben haben, die ihn in den Stand setzen:

1. alle Menschen, für die sein Rat oder seine Hilfe in seiner Eigenschaft als Arzt in Anspruch genommen wird, gleich welchen Alters oder Geschlechts sie sind und welcher Art die Gefährdung oder Störung ihrer Gesundheit ist, situationsangemessen zu beraten und zu behandeln, und zwar frei, selbständig und eigenverantwortlich in der Weise, daß er jederzeit die Grenzen seiner Erkenntnis und Handlungsfähigkeit richtig einschätzt und nicht überschreitet;
2. sich nach der Approbation zum Arzt für eine spezielle ärztliche Tätigkeit mit besonderer Arztbezeichnung oder für eine andere Spezialform ärztlicher Berufsbilder weiterzubilden;
3. sich für die wissenschaftliche Forschungsarbeit in einer Disziplin der Medizin selbst oder einer der Medizin zugeordneten Fachrichtung zu qualifizieren.“

Literatur und detaillierte Umfrageergebnisse beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:  
Professor Dr. med.  
Dietrich Habeck  
Medizinische Fakultät der  
Westfälischen  
Wilhelms-Universität  
Münster  
Hüfferstraße 75 (Gartenhaus)  
4400 Münster