

From narcosis to anaesthesiology – Education and specialisation as reflected by regulations in medical studies

H. Petermann

Von der Narkose zur Anästhesiologie

Aus- und Weiterbildung im Spiegel der Ordnungen in der Medizin

Zusammenfassung

Die Entwicklung von der Narkose zum Gebiet Anästhesiologie spiegelt sich wider in den Ordnungen, die die Ausbildung der Mediziner im deutschsprachigen Raum seit 1869 regeln. Es gab dabei unterschiedliche Vorschriften für den Beruf des Arztes, für die Ausbildung im Studium der Humanmedizin und für die Weiterbildung zum Facharzt. Seit 1968 werden diese als Berufsordnung, Approbationsordnung und Weiterbildungsordnung voneinander unterschieden. Anhand dieser Regelungen wird deutlich, dass die Anästhesie erst 1970 Prüfungsfach im Studium der Humanmedizin wurde, obwohl der Facharzt für Anästhesie bereits seit 1953 etabliert war. Damit verlief die Entwicklung in der Ausbildung und der Weiterbildung in der Anästhesiologie heterogen in Deutschland.

Summary

In Germany, the evolution from narcosis to anaesthesiology is reflected in changes to regulations governing medical studies issued since 1869. There were different rules for the medical profession, medical studies and specialization. Since 1968, a clear distinction has been made between the Professional Code (Berufsordnung), the Licensing Regulations for Physicians (Approbationsordnung) and the Regulations on Specialty Training (Weiterbildungsordnung). These show, inter alia, that not until 1970 did anaesthesiology become part of the medical curriculum, although it had been recognized as an independent medical specialty years

before – in 1953. This shows that, over a long period of time, the regulation of medical studies and specialist training in anaesthesiology was anything but uniform in Germany.

Einleitung

Seit ihrem Bestehen begleitete die Universitäten der Wunsch nach Studienreform. Dabei ging es nicht nur um die Entwicklung der Wissenschaft in Lehre und Forschung, sondern auch um die Gestaltung des universitären und studentischen Lebens. Es war eine fortwährende Veränderung. Dies galt vor allem für die „alten“ Fächer wie Medizin, Theologie, Jura und Geisteswissenschaften, die seit dem Bestehen der Universitäten gelehrt wurden.

Das Fach Medizin beschäftigte sich bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts fast ausschließlich mit der Inneren Medizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie Augenheilkunde. Chirurgie wurde nur an wenigen Universitäten unterrichtet, da es seit dem Mittelalter eine Trennung zwischen der „blutlosen“ und der „blutigen“ Wissenschaft gab [1]. Erstere, die Innere Medizin, diagnostizierte die Krankheiten aufgrund von Pulsschlag, dem Aussehen der Zunge und der Harnschau. Letztere, die sogenannte Wundärzte, umfasste kleinere chirurgische Eingriffe wie die Versorgung von außenliegenden Geschwüren und Wucherungen, die Behandlung von Brüchen, die Verabreichung von mit Salben bestrichenen Wundpflastern sowie Am-

Schlüsselwörter

Anästhesie – Geschichte –
Ausbildung – Weiterbildung –
Ordnungen

Keywords

Anaesthesia – History –
Education – Specialisation –
Regulations

putationen. Die ersten Institutionen zur Versorgung von Kranken, Vorläufer der heutigen Krankenhäuser, wurden meist von Klöstern zur Versorgung der Pilger eingerichtet. Doch durch das Sakrament des Abendmahls war Blut heilig und eine Behandlung von blutenden Wunden nur außerhalb der kirchlichen Einrichtungen möglich. Hierdurch erhielten die Bader, die ursprünglich nur Friseure waren, ein neues Aufgabengebiet, das sie im Laufe der Zeit ausbauten. Durch zunehmende Spezialisierung dieser Berufsgruppe etablierten sich dann die Barbiere beziehungsweise Wundärzte als eigenständiges Handwerk, das auf chirurgische Eingriffe spezialisiert war. Dessen Kenntnisse wurden in der Regel mündlich tradiert, sodass über das Wissen nur die Ordnungen der Wundärzte und die wenigen gedruckten Handbücher zur Wundarznei Auskunft geben [2]. Die Handwerksordnungen regelten die Ausbildung der Wundärzte sowie den Nachweis ihrer Kenntnisse. Daher können diese als erste Ausbildungsordnungen für die Chirurgie verstanden werden. Die Schmerzbekämpfung während der Eingriffe erfolgte entweder durch Alkohol, Schlafschwämmen oder sogenannte Schlafränke. In diesen Zubereitungen waren Substanzen enthalten wie beispielsweise Skopolamin, Atropin und Opium, die auch heute noch in der Medizin Anwendung finden, in der Anästhesie vor allem Atropin und Opiate [3]. Bis zur Gründung des Deutschen Reiches im Jahr 1871 gab es in jedem Herrschaftsgebiet unterschiedliche Regelungen für die Ausbildung der medizinisch tätigen Handwerker, wie dies auch an jeder Universität bei der Ausbildung der Mediziner der Fall war. Bis Mitte des 19. Jahrhunderts wurden die Wundärzte (Barbiere) auch in „Chirurgenschulen“ ausgebildet.

Die Anfänge des Standesrechts

Eine der ältesten Sammlungen, die Bestimmungen zur ärztlichen Tätigkeit enthielt, war der Codex Hammurabi (18. Jh. v.Chr.) [4]. Allerdings waren in den Rechtsvorschriften nur Einzelfragen geregelt, sodass dieser keine einheitliche ärztliche Berufsauffassung widerspie-

gelte. In der Antike konnte sich jeder, der sich zur ärztlichen Berufsausübung berufen fühlte, als Arzt bezeichnen. Auch die „öffentlich angestellten Ärzte“ wurden keiner fachlichen Prüfung unterzogen, sondern mussten lediglich Fragen zu ihrer Person und in Einzelfällen zur politischen Gesinnung beantworten [5]. Die Ausbildung wie auch die Zulassung zum Arztberuf war nicht allgemein geregelt, sodass jeder, vom Scharlatan bis zum wissenschaftlich ausgebildeten Mediziner, einer medizinischen Tätigkeit nachgehen konnte. Konkretere Regelungen fanden sich in medizinischen Textsammlungen wie den Hippokratischen Schriften (*Corpus Hippocraticum*, 4. Jh.v.Chr. - 1.Jh.n.Chr.), die in der Schule des Hippokrates (460-375 v.Chr.) auf der Insel Kos entstanden sind. Darin stand auch der Hippokratische Eid, der einen Verhaltenskodex für dort ausgebildete Mediziner darstellte. Im ersten Abschnitt, nach der Anrufung der Götter, verpflichtete sich der an dieser Schule ausgebildete Mediziner seine Lehrer und Eltern zu achten [6].

Aus der Form der Ausbildung erklärte sich die Verpflichtung gegenüber dem Lehrer wie auch die Achtung, die diesem entgegenzubringen war. Gleichzeitig enthielt der Hippokratische Eid die Verpflichtung, dem Patienten zu nutzen und ihm nicht zu schaden, sowie das Verbot der Abtreibung, der Sterbehilfe und das Gebot der Verschwiegenheit (Schweigepflicht). Das Ziel war es, ein Vertrauensverhältnis zum Patienten aufzubauen. Er enthielt Prinzipien, die bis heute in der Medizinethik für die Ausübung des ärztlichen Berufes eine Rolle spielen: Autonomie, Schadensvermeidung, Fürsorge und Gerechtigkeit als wesentliche Aspekte des Handelns [7]. Darin begründet sich seine Bedeutung bis heute, auch wenn dieser zu seiner Zeit wahrscheinlich nur für die Angehörigen der Medizinischen Schule des Hippokrates auf Kos galt.

Mit der Etablierung der Universitäten im Mittelalter (Bologna um 1088, Paris 1200, Padua 1222) gab es die ersten Ausbildungsordnungen. Für Mediziner bestanden diese vorwiegend aus der Vermittlung von theoretischem Wissen,

da nur mittels Pulsdiagnostik und Harnschau diagnostiziert wurde und als Therapie ausschließlich das Verschreiben von Pflastern und Pillen vorgesehen war. Das Berühren des Patienten bezog sich bis ins 18. Jahrhundert ausschließlich auf das Fühlen des Pulses [1]. Erst die Einführung der Auskultation und Perkussion erweiterte das diagnostische Spektrum wesentlich, wie auch weitere neue Verfahren, die im 19. Jahrhundert entwickelt wurden (Röntgen 1895 und EKG 1905). Mit der Wissenszunahme setzten sich die Mediziner dafür ein, dass für die Approbation als Arzt bestimmte Voraussetzungen zu erfüllen seien. So gab es bereits 1825 und 1861 erste Regelungen unter anderem in Preußen, welche Prüfungen abzulegen seien, bevor man als Arzt tätig sein konnte [8].

Die ersten überregionalen Ordnungen

Im Jahr 1869 wurde eine einheitliche Gewerbeordnung für den Norddeutschen Bund beschlossen. In § 29 „Gewerbetreibende, welche einer besonderen Genehmigung bedürfen“ wird die Ausübung des ärztlichen Berufes geregelt [9]:

„Einer Approbation, welche auf Grund eines Nachweises der Befähigung erteilt wird, bedürfen Apotheker und diejenigen Personen, welche sich als Ärzte (Wundärzte, Augenärzte, Geburtshelfer, Zahnärzte und Tierärzte) oder mit gleichbedeutenden Titeln bezeichnen oder seitens des Staats oder einer Gemeinde als solche anerkannt oder mit amtlichen Funktionen betraut werden sollen. Es darf die Approbation jedoch von der vorherigen akademischen Doktorpromotion nicht abhängig gemacht werden.“

Seitdem galten die Ärzte als „freie Berufe“, und ihre Tätigkeit regelte bis zum Jahr 1935 die Gewerbeordnung. Auch nach Gründung des Deutschen Reiches (1871) wurde in einzelnen Ländern wie Sachsen (1902) und Preußen (1907) versucht, die Frage von medizinischen Spezialisten zu klären. Einigkeit bestand in einer gründlichen Ausbildung im Spezialfach, die in Preußen mit drei Jahren näher spezifiziert wurde. Als Spe-

zialfächer wurden dort benannt: Innere Medizin, Chirurgie, Augenheilkunde, Hals- und Nasen- oder Ohrenkrankheiten, Geburtshilfe und Gynäkologie, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Nerven- oder psychische Krankheiten und Kinderheilkunde [10].

Die Prüfungsordnungen für Mediziner

Wenige Monate nach Einführung der Gewerbeordnung im Mai 1869 wurde am 25. September 1869 eine neue Prüfungsordnung für Medizinalpersonen in Preußen erlassen. Dadurch ergänzten eine pathologisch-anatomische und eine ophthalmiatrische Prüfung die Bedingungen zur Zulassung. Die abschließende Prüfung in den medizinischen Naturwissenschaften wurde durch eine in Staatsärzneikunde oder Hygiene ersetzt. Gleichzeitig wurde auch die Unterscheidung der verschiedenen Zuständigkeiten für die chirurgischen und inneren Krankheiten beseitigt [8]. Mit Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 28. Juni 1872 wurde diese Ordnung auf das gesamte Reichsgebiet ausgedehnt. Die Prüfungen bestanden aus dem Tentamen physicum und der ärztlichen Prüfung in fünf Abschnitten: der anatomisch-physiologischen und pathologisch-anatomischen Prüfung, der chirurgischen und ophthalmiatrischen Prüfung, der medizinischen Prüfung, der geburtshilflichen und gynäkologischen Prüfung und der mündlichen Schlussprüfung. Die Studiendauer war seit 1870 auf mindestens vier Jahre festgelegt. Mit der Neufassung der Prüfungsordnung vom 2. Juni 1883 waren für die Erteilung der Approbationen nun die Behörden der Bundesstaaten zuständig, meist die Ministerien für Bildung und Wissenschaft. Voraussetzung war das Bestehen der ärztlichen Prüfung. Mit dieser Ordnung sollte auch der Überfüllung des ärztlichen Standes entgegengewirkt und die Zahl der Studierenden gesenkt werden [10]. Obwohl zu diesem Zeitpunkt die ersten Verordnungen zur Anwendung der Narkose mit Äther und Chloroform (wie in Bayern 36 Jahre zuvor) erlassen worden waren, wurde die Anästhesie darin nicht aufgeführt [11].

Auf den Ärztetagen, die es seit 1873 gab, diskutierten die Teilnehmer immer wieder über die Ausbildung der Ärzte. Basierend auf den Beschlüssen der Ärztetage von 1890 und 1891 wurde am 28. Mai 1901 vom Bundesrat eine deutsche Prüfungsordnung für Ärzte verabschiedet [12]. Die wesentlichen Änderungen waren:

- Die Zulassung von Absolventen des Realgymnasiums zum Medizinstudium
- Die Verlängerung der Studienzeit von neun auf zehn Semester
- Das Ablegen der Vorprüfung nach fünf Semestern (früher vier)
- Obligatorische Teilnahme an einem physiologischen und einem chemischen Praktikum
- Irrenheilkunde als Prüfungsgegenstand
- Augenheilkunde als selbständiger Prüfungsabschnitt
- Betonung der Spezialfächer gerichtliche Medizin, Geschichte der Medizin und der topographischen Anatomie
- Nachweis von fünf Praktika aus unterschiedlichen Kliniken für die Hauptprüfung
- Einführung des praktischen Jahres.

Die Ärztliche Vorprüfung umfasste die Fächer Anatomie, Physiologie, Physik, Chemie, Zoologie und Botanik und wurde vorwiegend mündlich durchgeführt. In der Regel sollte diese an vier aufeinanderfolgenden Wochentagen abgelegt werden.

Die Ärztliche Prüfung bestand durch die Ergänzungen aus sieben Abschnitten, wobei Anatomie und Physiologie bereits zur Vorprüfung gehörten. Bei allen Fächern wurde nicht nur das theoretische, sondern vor allem das praktische Wissen am Patienten geprüft. In der Chirurgie mussten beispielsweise zwei Operationen durchgeführt werden, darunter eine Arterienunterbindung an einer Leiche. Die chirurgische Prüfung umfasste vier Abschnitte, jedoch wurde in keinem explizit auf die Narkose (Anästhesie) eingegangen. Die Gebühren für die gesamte Prüfung betrugen 200 Mark - eine beträchtliche Summe für die da-

malige Zeit [12]. Insgesamt erschwerte die Prüfungsordnung von 1901 das Medizinstudium erheblich. Weiterhin sollte auch durch die Verlängerung der Ausbildungszeit auf 6,5 Jahre die Anzahl der Medizinstudenten reduziert werden. Nach fast 20 Jahren gab es noch immer eine „Überfüllung des ärztlichen Standes“ [13]. In den folgenden Jahren wurde die Ordnung durch Prüfungen in Haut- und Geschlechtskrankheiten (1918) und in Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (1919) erweitert. In der Prüfungsordnung vom 5. Juli 1924 wurden als neue eigenständige Prüfungsfächer Kinderheilkunde, pathologische Physiologie und gerichtliche Medizin aufgenommen [14]. Weitere Änderungen der Folgejahre betrafen vor allem formale Aspekte wie die Dauer des vorklinischen und klinischen Studienabschnittes.

Im Jahr 1932 gab es – glaubt man dem Bericht von Schaetz – „trostlose wirtschaftliche Aussichten“ für Jungärzte [15].

Die Bestallungsordnungen

Nach der nationalsozialistischen Machtgreifung kam es zu einer Anpassung der Prüfungsfächer an die politischen Verhältnisse. Eine umfassende Neuregelung erfolgte in der Bestallungsordnung für Ärzte vom 25. März 1936 mit der Anpassung an die Reichsärzteordnung vom Dezember 1935 [16]. Gleichzeitig wurde der Begriff der Approbation durch den der Bestallung ersetzt. Die ärztliche Vorprüfung bestand nun aus einem naturwissenschaftlichen Abschnitt (Chemie, Physik, Zoologie und Botanik) und einem anatomisch-physiologischen Abschnitt (Anatomie, allgemeine Physiologie und physiologische Chemie). Im klinischen Abschnitt wurden 14 Fächer geprüft, wobei als zusätzliches Fach eine Prüfung in Rassenhygiene eingeführt wurde. Die Kosten für die ärztliche Prüfung beliefen sich auf 252 Reichsmark [16]. Dies verwundert, da die Mediziner für die Erreichung der Ziele der nationalsozialistischen Bevölkerungspolitik und für die Volksgesundheit gebraucht wurden und in Zeiten der wirtschaftlichen Depression erhebliche Prüfungskosten eher kontraproduktiv waren.

Die schon 1934 verfügte Bindung der Approbation an die nationale und moralische Zuverlässigkeit war darin ebenfalls enthalten. Seit dem 5. Februar 1935 setzte die Zulassung zur Prüfung und zur Approbation den Nachweis der arischen Abstammung voraus [16]. Mit den „Nürnberger Gesetzen“ (1935), vor allem dem Gesetz zum Schutze des deutschen Blutes und der deutschen Ehre sowie dem Reichsbürgergesetz, wurde dies noch verstärkt. Vor allem jüdischen Ärzten war die Berufsausübung damit untersagt.

In der Bestallungsordnung von 1936 umfasste die Prüfung in Chirurgie drei Abschnitte und sollte an fünf aufeinanderfolgenden Tagen erfolgen. Im zweiten Teil der Prüfung (§ 39) wird der Kandidat „in der Operationslehre und in der Würdigung der bezüglichen Methoden“ geprüft. In der gesamten Ordnung mit Anhängen findet sich kein Hinweis, dass zu diesen Methoden auch die Narkose gehörte. In den chirurgischen Handbüchern der Zeit fanden sich jedoch Ausführungen zur Narkose, wie im Lehrbuch des Chirurgen Hans Killian Narkose zu operativen Zwecken [17]. So könnte Anästhesie Teil der Prüfung gewesen sein wie auch des vorgeschriebenen Praktischen Jahres.

Im Jahr 1936 wurde die „staatliche Zulassung zur Berufsausübung als Arzt“, die Approbation, durch die „förmliche Einsetzung in ein Amt“, die Bestallung, ersetzt. Der Grund war wahrscheinlich die Bedeutung der Gesundheitserziehung für die nationalsozialistische Politik. Dies wurde erst 1969 wieder rückgängig gemacht.

Am 17. Juli 1939 trat eine neue Bestallungsordnung in Kraft [18]. Die Anzahl der Prüfungsfächer wurde auf 19 erhöht. In der Chirurgie (§ 57) glich die Prüfung in der chirurgischen Operationslehre früheren Regelungen: ob auf anästhesiologische Aspekte eingegangen wurde, lässt sich aufgrund der Bestallungsordnung nicht sagen. Der Zeit entsprechend sind die Ausführungen zur Rassenhygiene (§ 68) weit ausführlicher gefasst; im Jahr 1939 war dieses Prüfungsfach Pflicht für jeden angehenden Mediziner [18].

Aufgrund der eindeutig nationalsozialistischen Bestallungsordnung von 1939 war man nach 1945 bestrebt, eine neue Ordnung für die Ausbildung der Mediziner zu etablieren. Dies geschah auch vor dem Hintergrund, dass die Regelung von 1939 nur als Übergangsregelung für die Zeit des Krieges vorgesehen war; doch dies gestaltete sich schwieriger als gedacht.

Die Neuordnung nach 1945

Bereits 1946 hatten die Ärztekammern der drei westlichen Besatzungszonen die Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern gebildet [19]. Auf dem 52. Deutschen Ärztetag 1949 in Hannover wurde nach Diskussion die Aufteilung der Berufsordnung in zwei Teile beschlossen: 1. Teil Berufsordnung, 2. Teil Facharztordnung [20]. Darüber

hinaus bestand das Ziel, baldmöglichst ein Bundes-Ärztegesetz durch die Politik verabschieden zu lassen. Bundeskanzler Dr. Konrad Adenauer (1876-1967) äußerte sich in einem Grußwort zum 53. Deutschen Ärztetag 1950: „Es ist beabsichtigt, die Stellung des Arztes im Staat und innerhalb des Volksganzen neu zu ordnen und die ärztliche Ausbildung der Entwicklung der medizinischen Wissenschaft und den Erfordernissen der heutigen Zeit anzupassen“ [20]. Diese Diskussion wurde auf den folgenden Ärztetagen weitergeführt.

In den Nachkriegsjahren waren amerikanische Anästhesisten wie Jean Henley (1910-1994) in Deutschland tätig, um ihre Kollegen über den Stand der Anästhesiologie zu informieren [21]. In den unterschiedlichen Ordnungen fanden diese Aktivitäten erst einmal keinen Widerhall.

Tabelle 1

Prüfungsfächer in der Ausbildung 1939 und 1953.

Prüfungsfächer 1939	Prüfungsfächer 1953
1. Pathologische Anatomie und allgemeine Pathologie	1. Pathologische Anatomie und allgemeine Pathologie
2. Topographische Anatomie	2. Pharmakologie
3. Pathologische Physiologie	3. Hygiene einschließlich Bakteriologie und Serologie und Gesundheitsfürsorge
4. Pharmakologie	4. Gerichtliche Medizin, Versicherungsmedizin und ärztliche Rechts- und Berufskunde
5. Innere Medizin	5. Innere Medizin
6. Kinderheilkunde	6. Chirurgie
7. Naturgemäße Heilmethoden	7. Frauenheilkunde und Geburtshilfe
8. Chirurgie	8. Kinderheilkunde
9. Geburtshilfe und Frauenheilkunde	9. Haut- und Geschlechtskrankheiten
10. Augenheilkunde	10. Augenkrankheiten
11. Ohren-, Hals- und Nasenkrankheiten	11. Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten
12. Haut- und Geschlechtskrankheiten	12. Psychiatrie und Neurologie
13. Irrenheilkunde	
14. Erkrankungen des Zahnes und seines Halteapparates	
15. Berufskrankheiten	
16. Begutachtungen in der Sozialversicherung und Unfallheilkunde	
17. Gerichtliche Medizin	
18. Hygiene	
19. Rassenhygiene	

Am 15. September 1953 wurde eine neue Bestellungsordnung für Ärzte verabschiedet, die am 1. April 1954 in Kraft trat. Im klinischen Abschnitt wurde die Anzahl der Prüfungsfächer auf zwölf reduziert [22]. Obwohl der Facharzt für Anästhesie bereits eingeführt worden war [11], war die Anästhesie noch kein Prüfungsfach. Retrospektiv verwundert dies.

Mit dieser Neuordnung betrug die Zeit bis zur Approbation nunmehr 7,5 Jahre, mit elf Semestern Studium der Humanmedizin und zwei Jahren Medizinalassistentenzeit: eine Verlängerung um ein Jahr. Gleichwohl wurde darauf verwiesen, dass mit dieser Ordnung der „unerhört wichtige ärztliche Ausbildungsgang“ wieder in Ordnung gebracht und die „Residuen der Kriegsvorbereitung“ beseitigt wurden [23] (Tab. 1).

Nach einigen Änderungen technischer Natur wurde am 14. Juni 1961 einstimmig eine neue Bundesärzteordnung vom Bundestag verabschiedet, die die Rahmenbedingungen für die Arbeit als Mediziner festlegte [24]. Dennoch wurde auf dem 70. Ärztetag 1967 in Garmisch-Partenkirchen zum wiederholten Mal eine Reform des Medizinstudiums angemahnt [25]. Zwischenzeitlich lagen zwei Referentenentwürfe des Bundesgesundheitsministeriums vor, die nach Auffassung der Bundesärztekammer jedoch keine „wirkliche“ Reform des Medizinstudiums enthielten. 1966 hatte dann auch der Deutsche Wissenschaftsrat Empfehlungen des Wissenschaftsrats zur Neuordnung des Studiums an den wissenschaftlichen Hochschulen veröffentlicht [26]. Darin sollten an den medizinischen Fakultäten der Hochschulen Extraordinariate für Anästhesie eingerichtet werden. Zu diesem Zeitpunkt bestand nur ein Extraordinariat in Mainz [11]. So konnte die Anästhesie erst nach Umsetzung dieser Empfehlungen als Fach in die Bestellungsordnung aufgenommen werden. Damit begann ein Diskurs unter allen beteiligten Stellen. Mit dem Gesetz zur Änderung der Bundesärzteordnung (1969) wurde der Begriff Bestallung wieder durch Approbation ersetzt [27].

Die Approbationsordnung von 1970

Eine wesentliche Änderung brachte die neue Approbationsordnung für Ärzte vom 28. Oktober 1970, die am 1. Oktober 1972 (WS 1972/73) in Kraft trat. Damit kam es zu einer grundlegenden Neuregelung des Medizinstudiums [28].

Die Ärztliche Vorprüfung umfasste demnach vier Gebiete: Physik für Mediziner und Physiologie, Chemie für Mediziner und Physiologische Chemie, Biologie für Mediziner und Anatomie sowie Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie.

Die Ärztliche Prüfung im Zweiten Studienabschnitt gliederte sich darin in drei Abschnitte auf: Im ersten Abschnitt (§ 25) wurde die Allgemeine Krankheitslehre abgeprüft sowie die Grundlagen der klinischen Medizin. Im zweiten Abschnitt (§ 28) wurden abgefragt: Nichtoperatives Stoffgebiet, Operatives Stoffgebiet, Nervenheilkundliches Stoffgebiet und Ökologisches Stoffgebiet. Im dritten Abschnitt der Prüfung waren die Stoffgebiete Innere Medizin und Chirurgie bestimmend.

Weitere Ausführungen zu den Prüfungsfächern fanden sich in den Anlagen der Approbationsordnung. Sehr umfangreich waren die Erläuterungen zum Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung. In denen zum Operativen Stoffgebiet fanden sich keine Hinweise auf die Anästhesie. Diese wurden erst in Nr. 19, Prüfungsstoff für den schriftlichen Teil des Dritten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung, erwähnt. Im Abschnitt Chirurgie hieß es, dass auch „Örtliche und allgemeine Betäubungsverfahren und ihre Hilfsmittel; Erkennung, Behandlung und Verhütung von Zwischenfällen in der Anästhesie, Grundzüge der Intensivbehandlung“ Bestandteil der Prüfung sind [28]. Die Approbationsordnung von 1970 wurde bereits 1975 und 1978 ergänzt, wobei sich die Änderungen auf die Ableistung der Famulatur bezogen und formaler Natur waren. In der Neufassung vom 3. April 1979 wird der Satz zu den Betäubungsverfahren ersetzt durch „Grundzüge der Anästhesiologie und Intensivmedizin“, gleichzeitig wird auch die Anästhesiologie, Notfall- und

Intensivmedizin für die mündliche Prüfung des Zweiten Abschnitts erwähnt. 1979 wurde der Prüfungsstoff für die ärztlichen Prüfungen modifiziert [29].

Die Approbationsordnung von 1970 galt frühestens für Studierende, die sich am 1. Januar 1970 im vorklinischen Studium befanden. Ausgehend von der Regelstudienzeit von zwölf Semestern konnten, mussten aber nicht, die ersten Studenten im Frühjahr 1973 in Anästhesie geprüft werden. Gleichzeitig wurde die Medizinalassistentenzeit abgeschafft, die Anfang 1970 bereits auf ein Jahr reduziert worden war [28,30].

Grundsätzlich wurde an der Approbationsordnung von 1970 bemängelt, dass diese eine Prüfungsordnung und keine Ausbildungsordnung für das Medizinstudium sei. Vor allem fehlte ein Ausbildungsziel, das für alle Fächer und Stoffgebiete galt. Von einigen Autoren wurde kritisiert, dass die fachbezogenen Anliegen vor dem allgemeinen Ziel der medizinischen Ausbildung stehen. Andere wiederum sahen darin eine Grundlage für die Freiheit der Lehre. Außerdem wurde in der Approbationsordnung kein Arztbild definiert. Innerhalb der Diskussion gab es eine Reihe von Vorschlägen, wie das Ausbildungsziel definiert werden könnte [31]. Das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit machte 1979 folgenden Vorschlag:

„Die Ausbildung hat einen Arzt zum Ziel, der seinen Beruf nach den Regeln der ärztlichen Kunst eigenverantwortlich und unabhängig ausübt (sich ständig fortbildet), die Grenzen seines Wissens und Könnens erkennt und danach handelt. Sie soll darauf gerichtet sein, eine dem einzelnen Menschen und der Allgemeinheit verpflichtende ärztliche Einstellung zu vermitteln.“ [31]

Bis zum Jahr 1987 wurden in der Ausbildungsordnung nur formale Details modifiziert. Bei der Neufassung der Approbationsordnung wurde die Prüfung in Anästhesiologie, Notfall- und Intensivmedizin Teil der mündlichen Prüfung im Operativen Stoffgebiet. Damit waren in die Ausbildung drei Säulen der Anästhesiologie integriert. Außerdem wurde der Fünfte Abschnitt „Tätigkeit als Arzt im Praktikum“ (§§

34a-34e) eingeführt und im Jahr 1988 Realität [32]. Danach folgten vor allem Anpassungen an die sich ändernde Gesetzgebung im Gesundheitswesen und an die EU-Richtlinien.

Die Approbationsordnung von 2002

Eine grundlegende Überarbeitung wurde erst mit der Approbationsordnung von 2002 verwirklicht [33]. Am Anfang in § 1 werden „Ziele und Gliederung der ärztlichen Ausbildung“ ausführlich formuliert:

„Ziel der ärztlichen Ausbildung ist der wissenschaftlich und praktisch in der Medizin ausgebildete Arzt, der zur eigenverantwortlichen und selbständigen ärztlichen Berufsausübung, zur Weiterbildung und zu ständiger Fortbildung befähigt ist. Die Ausbildung soll grundlegende Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten in allen Fächern vermitteln, die für eine umfassende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung erforderlich sind. Die Ausbildung zum Arzt wird auf wissenschaftlicher Grundlage und praxis- und patientenbezogen durchgeführt“ [33].

Neben dem Grundlagenwissen über Körperfunktionen und geistig-seelische Eigenschaften des Menschen sowie über Krankheiten und den kranken Menschen sollen auch Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten in Diagnostik, Therapie, Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation vermittelt werden. Daneben stünden praktische Erfahrungen im Umgang mit Patienten sowie eine fächerübergreifende Betrachtungsweise der Krankheiten und die Fähigkeit, deren Behandlung zu koordinieren. Ergänzt werden sollte dies durch Vermittlung gesundheitsökonomischer Auswirkungen ärztlichen Handelns und organisatorische Aspekte des Gesundheitswesens sowie des Einflusses von Familie, Gesellschaft und Umwelt auf die Gesundheit. Daneben sollten auch die geistigen, historischen und ethischen Grundlagen ärztlichen Verhaltens vermittelt werden. Dieser Punkt spiegelt sich im Querschnittsbereich Geschichte, Theorie und Ethik wider, durch den sich diese Fächer-Trias etabliert.

Erstmals findet die Qualitätssicherung der Gesundheitsversorgung wie auch der Lehre und Ausbildung Berücksichtigung. Die Regelstudienzeit beträgt sechs Jahre und drei Monate. Leistungsnachweise sind in 21 Fächern, einem Wahlfach und 13 Querschnittsbereichen zu erbringen. Die Benennung der Anästhesiologie im Fächerkanon belegt, dass diese mittlerweile etablierter Bestandteil des Medizinstudiums ist. Dabei bestehen für das Fach sowohl in der Vorklinik wie auch in der Klinik die Möglichkeiten, das Interesse der Studenten zu gewinnen, beispielsweise im Rahmen von Wahlfächern. Damit ist auch die vierte Säule der Anästhesiologie, die Schmerztherapie, Teil der Ausbildungsordnung.

Mit dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Änderung der Bundesärzteordnung und anderer Gesetze am 27.07.2004 (Artikel 10) wurde der Arzt im Praktikum (§§ 34 bis 38) wieder abgeschaßt und gehörte damit seit 1. Oktober 2004 der Vergangenheit an [34]. Die Probleme mit seiner Stellung und Funktion innerhalb der Klinik sowie der geringen Bezahlung waren letztendlich wohl doch größer als der Nutzen. Die danach folgenden

Änderungen modifizierten Passagen und passten diese an die nationale und europäische Gesetzgebung an.

Die Entwicklung der Ausbildung

Betrachtet man die Anästhesiologie ausschließlich aus dem Blickwinkel der Ausbildungsordnungen, so kann man feststellen, dass diese sich mit der Approbationsordnung von 1970 sowie deren Neufassung 1979 etabliert hatte und dies 2002 fortgeschrieben wurde.

Von den 21 benannten Fächern im Jahr 2002 waren vor 1869 nur sechs bereits an den Universitäten etabliert (Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie und Frauenheilkunde, Augenheilkunde wie auch Anatomie und Pathologie). Im Laufe der Zeit wurden einige neue Fächer integriert, teilweise jedoch ohne dass diese explizit benannt wurden. Dies wurde notwendig, weil durch die zunehmende Bedeutung der Naturwissenschaften in der Medizin seit dem 19. Jahrhundert der Wissenszuwachs außergewöhnlich war. Dies gilt nicht nur für die Ausbildung, sondern auch für die Weiterbildung (Tab. 2).

Tabelle 2

Entwicklung der Fächer in der Ausbildung von 1901 bis 2002.

Fachgebiete	1901	1936	1953	1970	2002
Allgemeinmedizin				K (alle)	X
Anästhesiologie				K (4?)	X
Augenheilkunde	X	X	X	K (4)	X
Chirurgie	X	X	X	K (4)	X
Dermatologie, Venerologie		X	X	K (3)	X
Frauenheilkunde, Geburtshilfe	X	X	X	K (4)	X
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde		X	X	K (4)	X
Hygiene, Mikrobiologie, Virologie	X	X	X	K (1) (6)	X
Innere Medizin	X	X	X	K (3)	X
Kinderheilkunde		X	X	K (3)	X
Pathologie	X	X	X	K (3) (4)	X
Pharmakologie, Toxikologie		X	X	K (2)	X
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	X	X	X	K (5)	X
Rechtsmedizin		X	X	K (6)	x

In der Approbationsordnung von 1970 waren die einzelnen Fächer Stoffgebieten zugeordnet und wurden nicht wie sonst separat aufgeführt [28]: (1) Allgemeine Krankheitslehre, (2) Grundlagen der klinischen Medizin, (3) Nichtoperatives Stoffgebiet, (4) Operatives Stoffgebiet, (5) Nervenheilkundliches Stoffgebiet und (6) Ökologisches Stoffgebiet.

In der Approbationsordnung von 1970 wurden nur noch Stoffgebiete als prüfungsrelevant definiert. Welche Fächer an den einzelnen Universitäten gelehrt und Bestandteil der mündlichen Prüfung wurden, kann deshalb nur anhand der Vorlesungsverzeichnisse, nicht der Ordnungen dargestellt werden. Dadurch wich diese Ordnung grundlegend von früheren ab; bei der Neufassung der Approbationsordnung von 1987 wurden die Prüfungsgebiete der Stoffgebiete benannt, unter Ihnen die Anästhesiologie, Notfall- und Intensivmedizin. Bei der nächsten Neuregelung von 2002 wurde zum Fächerkanon zurückgekehrt. Damit ist klar erkennbar, welche Gebiete zu welchem Zeitpunkt prüfungsrelevant waren: Die Anästhesiologie hat sich etabliert.

Neben den Regelungen der Ausbildung im Studium der Humanmedizin gab es bereits um 1900 eine Spezialisierung der Ärzte. Dies führte zu Regelungen der Weiterbildung in der Medizin im 20. Jahrhundert.

Die Weiterbildung

Im Jahr 1906 stellte der Kieler Mediziner Heinrich Quincke (1842-1922) fest, dass die Anzahl der „Spezialärzte“ immer weiter zunimmt. Diese Spezialisierung werde veranlasst „durch das Verlangen des Publikums“ [35]. Dabei differenzierte er aus der Praxis

- „Pathologische, Organ- und System-spezialitäten“ wie Innere Medizin, Chirurgie sowie Gynäkologie und Geburtshilfe, aber auch Untersuchungsspezialitäten wie Röntgenuntersuchung.
- „Therapeutische Spezialitäten“ wie Innere und Chirurgische Therapie, Elektrotherapie und Naturheilkunde sowie Bäder.
- „Spezialitäten aus sozialen und persönlichen Gründen“ wie Ärzte für verschiedene Gesellschaftsklassen oder für Damen oder Greise wie auch Kinderärzte und Militärärzte.
- „Spezialitäten für bestimmte medizinische Zwecke“ wie Gerichtsärzte, Verwaltungärzte und Impfärzte.

Als Konsequenz der Spezialisierung müssten diese Fächer jedoch in den Unterricht an den medizinischen Fakultäten integriert werden. Die Aufgabe des Staates sei es, „in seinen Lehranstalten mit den Fortschritten in Wissenschaft und Praxis [...] Schritt zu halten“ [35]. Allerdings meinte Quincke, dass dies nicht einfach sein dürfte, da manche Themen von anderen Fächern mit abgedeckt würden. Er konstatierte damit eine Notwendigkeit, aber prognostizierte gleichzeitig Probleme bei der Realisierung.

Die Bremer Leitlinien (1924)

Auf dem 43. Deutschen Ärztetag am 20. und 21. Juni 1924 in Bremen, der von 641 Ärzten besucht worden war, diskutierten die Teilnehmer die Mehrzahl der Tagungspunkte einvernehmlich. Die beiden Berichte über die Facharztfrage (vom Standpunkt des praktischen Arztes und vom Gesichtspunkt des Facharztes am zweiten Tag vorgetragen) sowie die daran anschließende Diskussion zeigten auf, wie schwierig eine Einigung in dieser Frage zu erreichen sein würde [36].

Übereinstimmung bestand darin, dass die Betätigung als Facharzt weder von einer Prüfung noch von einer staatlichen Genehmigung abhängig sein dürfe. Weiterhin war man sich einig, dass der Facharzt keine Allgemeinpraxis oder Hausarztätigkeit ausüben dürfe sowie ein Überweisungzwang abzulehnen sei. Die Bezeichnung als Facharzt oder Arzt für ein Sonderfach sei ohne die benötigte Vorbildung unstatthaft und für diese grundsätzlich die Berechtigung zur Ausübung der allgemeinen ärztlichen Tätigkeit ausgeschlossen. Weiterhin habe der übrige Inhalt der Leitsätze die Bedeutung von Richtlinien [36].

Auf diesen Beschluss konnte man sich als kleinsten gemeinsamen Nenner einigen. Gleichzeitig wurde den Verbänden der Fachärzte und Ärzte empfohlen, sich aufzulösen, um die Einigkeit der deutschen Ärzte nicht zu gefährden.

Die Leitsätze der beiden Berichterstatter gliederten sich in fünf Abschnitte.

Im ersten Abschnitt findet sich die Bezeichnung als Facharzt für „folgende

Sonderfächer“: (1) Chirurgie, (2) Frauenkrankheiten und Geburtshilfe, (3) Orthopädie, (4) Augenkrankheiten, (5) Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, (6) Haut- und Geschlechtskrankheiten, (7) Erkrankungen der Harnorgane (Urologie), (8) Nerven- und Geisteskrankheiten, (9) Röntgen- und Lichtheilkunde, (10) Zahn-, Kiefer- und Mundkrankheiten (dazu Approbation als Zahnarzt nötig), (11) Innere Medizin, (12) Magen-, Darm- und Stoffwechselkrankheiten, (13) Lungenkrankheiten sowie (14) Kinderkrankheiten (nur bis zum vollendeten 13. Lebensjahr). Im zweiten Abschnitt wurde auf die Mindestvoraussetzungen verwiesen, die ein Facharzt erfüllen müsse, vor allem sei dies eine genügende Ausbildung in seinem Sonderfach. Dies sei gegeben, wenn nach Approbation und Beendigung des praktischen Jahres in den Fächern (1), (2) und (10) mindestens vier Jahre, in allen anderen jedoch drei Jahre gearbeitet wurde. Die weiteren Abschnitte beschäftigten sich mit formalen Aspekten der Facharztfrage [36].

„In Anlehnung an bisherige Facharztbestimmungen“ wurde am 6. Mai 1935 vom Reichsführer der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands, Dr. Grote, eine Facharztordnung erlassen, die sofort in Kraft trat und offiziell am 19./20. Juni 1935 erlassen wurde. Darin wurden die oben angeführten 14 Facharztbezeichnungen zugelassen.

Andere Bezeichnungen als Facharzt durften nicht (mehr) geführt werden. Allerdings sei die Bezeichnung „Frauenarzt“ statt „Facharzt für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe“ zulässig [37]. Die Ausbildungszeit wurde auf vier Jahre für Chirurgie, Frauenkrankheiten und Geburtshilfe, Erkrankungen der Harnorgane, Innere Medizin, Magen-, Darm und Stoffwechselkrankheiten, Lungenkrankheiten und Kinderkrankheiten festgelegt (für alle anderen Bereiche auf drei Jahre). Dabei musste sich die Ausbildung auf „alle Gebiete des Sonderfaches erstrecken“; eine Tätigkeit ausschließlich auf Spezialstationen war nicht zulässig. Für einige Fachärzte war

eine internistische Tätigkeit von ein [12, 13] oder zwei Jahren [14] notwendig. Die Urologen mussten eine dreijährige klinische Tätigkeit nachweisen. In der Regel sollte die Ausbildung als Assistenarzt erfolgen. Abweichungen von den benannten Regelungen bedurften der besonderen Begründung.

Die Anerkennung als Facharzt erfolgte durch „den Amtsleiter der Landes- bzw. Provinzstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands (KVD), in deren Bezirk der Antragsteller ärztlich tätig ist“ [37]. Ausschlaggebend waren einzig die vorgelegten Nachweise und Zeugnisse über die Ausbildungszeiten; eine Prüfung war nicht erforderlich. Die Entscheidung erfolgte durch einen Ausschuss, der gegebenenfalls auch die Anerkennung widerrufen konnte. Die Entscheidung galt für das gesamte Reichsgebiet und war unabhängig vom Wohnsitz. Facharztbezeichnungen, die der Ordnung nicht genügten, waren innerhalb von sechs Wochen (bis zum 1. Juli 1935) niederzulegen.

Zu den Pflichten des Facharztes gehörte neben der notwendigen Praxiseinrichtung zur Ausübung seiner fachärztlichen Tätigkeit auch die Vorschrift, sich nur von den Kollegen des gleichen Sonderfaches vertreten zu lassen. Weiterhin durften sie keine Aufgaben von Hausärzten übernehmen. Allerdings war ihnen gestattet, höhere Honorare zu verlangen. Dies war eine interessante Perspektive.

Die Satzung der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands (KVD) mit der Gleichschaltung der Organisation stammt vom 2. November 1933. Diese wurde Teil der Reichsärztekammer und des berufsständischen Aufbaus der Ärzteschaft, daneben wurde sie als „Träger der Beziehungen der Kassenärzte zu den Krankenkassen (§ 225 der Reichsversicherungsordnung)“ bezeichnet. Dabei wurde festgelegt, dass der Reichsführer der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands zugleich der Vorsitzende des Verbandes der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) ist [37].

Mit dem Erlass der Reichsärztekennung (RAeO) am 13. Dezember 1935 wurde

die KVD zu einer „besonderen Abteilung“ der Reichsärztekammer (§ 36) und zugleich Körperschaft des öffentlichen Rechts. Im § 1, der Begriffsbestimmung, wurde festgelegt, dass der ärztliche Beruf kein Gewerbe ist. Damit entfiel die Gültigkeit der Gewerbeordnung für Mediziner erst nach 66 Jahren. Eine Besonderheit fand sich im § 46, 3: „Sie [die Reichsärztekammer] kann über die Beteiligung der Ärzte an den Aufgaben zur Erhaltung und Hebung des Erbguts und der Rasse des deutschen Volkes besondere Vorschriften erlassen“ [37]. Mit dieser Regelung konnten die Mediziner für die nationalsozialistische Bevölkerungspolitik verpflichtet werden; sie galten bis in die Mitte der 1950er Jahre.

Die Ergänzungen der Facharztordnung

Nach dem Zweiten Weltkrieg diskutierte der 52. Deutsche Ärztetag 1949 in Hannover die Berufs- und Facharztordnung für deutsche Ärzte, die bestehende Facharztordnung wurde als Rahmenordnung anerkannt [18]. Im Laufe des folgenden Jahres sollten dann noch die Vorschläge der einzelnen Facharztgesellschaften eingearbeitet werden. Auf dem Ärztetag 1950 in Bonn wurde festgelegt, dass die angegebene Weiterbildungszeit als Mindestzeit angesehen wurde [19].

Entscheidend war aus Sicht der Anästhesie der 56. Deutsche Ärztetag in Lindau im Jahr 1953. Dort wurde auf Vorschlag des Facharzausschusses der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern der „Facharzt für Anästhesie“ in die Facharztordnung aufgenommen.

Die Ausbildungszeit wurde festgelegt auf fünf Jahre und teilte sich wie folgt auf:

- 1 Jahr allgemeinärztliche Tätigkeit, davon ein halbes Jahr auf dem Gebiet der Inneren Medizin; Weiterbildungen beispielsweise in Gynäkologie und Kinderheilkunde können mit bis zu einem halben Jahr anerkannt werden.
- 1 Jahr Weiterbildung in der Chirurgie
- 2 Jahre praktische und theoretische Weiterbildung in der Anästhesie

- Ein halbes Jahr Weiterbildung auf dem Gebiet der Pharmakologie oder Physiologie sowie ein halbes Jahr Weiterbildung auf dem Gebiet der Inneren Medizin.

Durch Übergangsbestimmungen wurde Ärzten, die bereits eine Anästhesieabteilung leiteten, die Anerkennung zum Facharzt für Anästhesie nach sechsjähriger Krankenhaustätigkeit, davon drei Jahre in der Anästhesie und mindestens halbjähriger Tätigkeit unter einem Facharzt für Anästhesie, ermöglicht. Dies wurde vorgeschlagen, weil im Jahr 1953 Ausbildungsstätten noch nicht in ausreichender Zahl zur Verfügung standen [22].

Am 16. April 1956 wurde in der Deutschen Demokratischen Republik (DDR) der Facharzt für Anästhesie eingeführt [38]. In dem nachfolgenden Text wird ausschließlich die Entwicklung in der Bundesrepublik beschrieben, da 1990 die DDR der Bundesrepublik beitrat und damit alle westdeutschen Regelungen allgemeine Gültigkeit in Deutschland erlangten.

Auf dem 59. Deutschen Ärztetag in Münster 1956 wurde eine neue Berufs- und Facharztordnung für die deutschen Ärzte verabschiedet. Im zweiten Abschnitt (§§ 24-33) findet sich die Facharztordnung. Im § 24 werden die Facharztbezeichnungen aufgelistet; unter ihnen wird auch an Position 14 der Facharzt für Anästhesie genannt. Die Dauer bis zur Facharztanerkennung betrug jetzt vier Jahre, wobei ein Jahr Tätigkeit auf dem Gebiet der Chirurgie, zwei Jahre auf dem Gebiet der Anästhesie und je ein halbes Jahr auf dem Gebiet der Pharmakologie oder Physiologie sowie auf dem Gebiet der inneren Krankheiten vorgesehen waren [39].

Bei der Beschäftigung mit der „Weiterbildung zum Facharzt“ auf dem Deutschen Ärztetag 1963 wurde über die Weiterbildungsstätten beraten. Für Fächer wie Chirurgie und Innere Medizin wurde festgelegt, dass die Bettenzahl für die Weiterbildung maßgeblich sei. Für das Fachgebiet der Anästhesie galt seitdem, „Weiterbildung in selbständigen Anäs-

thesieabteilungen, die den Weiterbildungsvorschriften entsprechen“ [40].

Dann widmeten sich erst wieder der 69. Deutsche Ärztetag in Essen 1966 (Festlegung auf 16 Fachgebiete) und der nachfolgende 1967 in Garmisch-Partenkirchen der Weiterentwicklung der Facharztordnung.

Der 71. Deutsche Ärztetag 1968

Auf dem 71. Deutschen Ärztetag in Wiesbaden 1968 wurde eine neue Weiterbildungsordnung verabschiedet [41], in der die Beschränkung auf ein Fachgebiet endgültig festgelegt wurde. Neu eingeführt wurden der Allgemeinarzt, der Kinder- und Jugendpsychiater, der Pathologe und der Pharmakologe. Die Weiterbildungszeit variierte zwischen vier und sechs Jahren.

Auf diesem Ärztetag führte der damalige Vizepräsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Sewering, aus:

„Nach eingehender Überlegung und Beratung sind wir zu dem Ergebnis gekommen, an der grundsätzlichen Verpflichtung zur Beschränkung auf das Fachgebiet, wie sie seit Jahrzehnten Gel tung hat, festzuhalten. Diese grundsätzliche Verpflichtung zur Beschränkung auf das Fachgebiet ist ein so wesentliches Element unserer Ordnung und unseres Zusammenwirkens, dass es bedenklich wäre, daran etwas zu ändern. Es würde ja letzten Endes auch nur denen geholfen werden, die in ihrer fachärztlichen Tätigkeit nicht ausgefüllt sind. Das Wort „grundsätzlich“ bedeutet unzweifelhaft, dass Ausnahmen zulässig sind. Es verbietet lediglich eine systematische Tätigkeit außerhalb des Fachgebietes. Eine solche kann aber nicht im Sinne einer qualifizierten fachärztlichen Tätigkeit liegen“ [42] (Tab. 3).

Seit 1968 sind die Standes- und Facharztordnung in eine Berufsordnung sowie eine Weiterbildungsordnung getrennt. Auf dem Ärztetag 1968 wurde eine Musterweiterbildungsordnung verabschiedet, die vor allem auch eine deutliche Abgrenzung der einzelnen Fachgebiete vornahm. Diese mussten seitdem von den Ärztekammern der einzelnen Bundesländer ratifiziert (und konnten auch verändert) werden.

Auf dem 73. Deutschen Ärztetag 1970 in Stuttgart wurde eine neue Berufsordnung für die deutschen Ärzte verabschiedet. Seit 1972 war für die Anästhesie nur festgelegt, dass 3 Jahre im Stationsdienst an einer Klinik abgeleistet werden sollen. Außerdem waren einige Zeiten in anderen Fächern anrechenbar [41].

Das Urteil des Bundesverfassungsgerichtes 1972

Im Jahr 1972 beschäftigte sich das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) mit der Facharztfrage aufgrund der Klage einiger Ärzte. In dem Urteil gab es Entscheidungen zu den folgenden drei Punkten, mit denen das Urteil beginnt:

1. Zur Regelung des Facharztwesens besitzt der Bund keine Gesetzgebungszuständigkeit nach Art. 74 Nr. 19 GG
2. Das Facharztwesen darf nicht ausschließlich der Regelung durch Satzungen der Ärztekammern (Facharztordnungen) überlassen werden. Mindestens die „statusbildenden“ Bestimmungen muss der Gesetzgeber selbst treffen.
3. Zur Frage, ob der Facharzt seine ärztliche Tätigkeit auf sein Fachgebiet beschränken muss und nicht mehr als eine Facharztbezeichnung führen darf“ [43].

Tabelle 3

Die Weiterbildungszeiten in der Medizin 1968 [41].

4 Jahre	Allgemeinarzt, Anästhesie, Augenarzt, Hautarzt, HNO-Arzt, Kinder- und Jugendpsychiater, Lungenarzt, Mund- und Kieferchirurg
5 Jahre	Frauenarzt, Kinderarzt, Laborarzt, Nervenarzt, Orthopäde, Pathologe, Pharmakologe, Röntgenologe, Urologe
6 Jahre	Chirurg, Internist, Neurochirurg

Dabei stellte das Gericht fest:

„Die Grundlagen für das moderne Berufsbild des Arztes und für die Entwicklung des Facharztwesens sind seit der Mitte des 19. Jahrhunderts teils durch gesetzliche Regelungen, teils durch die Tätigkeit der ärztlichen Standesorganisationen geschaffen worden“ [44].

Bei der Begründung seiner Entscheidung begann das Bundesverfassungsgericht mit der Gewerbeordnung von 1869, verwies dann auf weitere Berufsordnungen bis zum Jahr 1961. Als Grundlage der nachfolgenden Regelungen werden die im Jahr 1924 als Bremer Leitlinien (vom BVerfGE als Richtlinien tituliert) bekanntgewordenen Leitsätze zur Facharztfrage bezeichnet. Diese seien „die Grundlage der vom 45. Deutschen Ärztetag 1926 in Eisenach beschlossenen „Standesordnung für die deutschen Ärzte““ [43]. Im Zusammenhang mit dem anhängigen Verfahren wurde betont, dass in allen Regelungen seit 1924 eine fachärztliche Tätigkeit eine solche im hausärztlichen Bereich ausschließt.

Interessant ist, dass in diesem Zusammenhang Erwähnung fand, dass dem Deutschen Bundestag am 15. November 1951 ein „Gesetz zur Anpassung der Facharztordnung für die deutschen Ärzte an die Fortschritte der medizinischen Wissenschaft und Praxis“ vorgelegen habe. Darin war vorgesehen, dass ein Ausschuss der Ärztekammern die Facharztordnung von 1937 und die seitdem erlassenen länderspezifischen Änderungen vereinheitlichen sollte. Das Gesetz scheiterte jedoch wegen verfassungsrechtlicher Bedenken. Nach § 74 Nr. 19 GG sei der Bund nur zuständig für die Gesetzgebung auf dem Gebiet der „Zulassung zu den ärztlichen Heilberufen“. Nach dem Verständnis des Bundesverfassungsgerichtes gebe der Bund jedoch ausschließlich den Rahmen für die Zulassung als Arzt, Zahnarzt oder Tierarzt vor. Alle weiteren Regelungen obliegen den Standesvertretungen, müssten jedoch von staatlicher Seite genehmigt werden.

Die Überarbeitungen der Musterweiterbildungsordnungen

Auf dem 79. Deutschen Ärztetag in Düsseldorf wurde 1976 eine neue Musterweiterbildungsordnung verabschiedet, die die gesetzlichen Vorgaben wie auch die des Bundesverfassungsgerichts berücksichtigte. Gleichzeitig wurde diese dem wissenschaftlichen Fortschritt in der Medizin angepasst. Es gab nunmehr 27 Gebiete, 14 Teilgebiete und 15 Zusatzbezeichnungen. Gleichzeitig wurde die Bezeichnung „Facharzt“ durch „Arzt für ...“ ersetzt, was nach Bedenken und Protesten 1991 wieder rückgängig gemacht wurde. Auf den nachfolgenden Deutschen Ärztetagen wurde diese fortwährend überarbeitet und dem Stand der Wissenschaft angepasst.

Nach der deutschen Wiedervereinigung 1990 wurde auf dem 95. Deutschen Ärztetag 1992 in Köln eine grundsätzlich überarbeitete Musterweiterbildungsordnung verabschiedet. Dabei wurden auch Bezeichnungen aus der Facharztordnung der DDR wie Anatomie, Biochemie und Physiologie übernommen. Es gab nunmehr 41 Fachgebiete (wie Anästhesiologie) und 23 Zusatzbezeichnungen (wie Spezielle Schmerztherapie). Die Bezeichnung ist „Facharzt für Anästhesiologie“ oder „Anästhesist“. Gleichzeitig gab es verschiedene fakultative Weiterbildungen, die fachbezogen festgelegt wurden: für „Gebiet 2: Anästhesiologie“ war es (nur) die Spezielle Anästhesiologische Intensivmedizin [44]. Wesentliches Merkmal war, dass nur Ärzte mit entsprechenden Qualifikationen Patienten behandeln durften und diese auch abrechnen konnten. Ziel war die Weiterentwicklung der Medizin und zugleich, auf das Bedürfnis der Bevölkerung nach kompetenter, spezialisierter Versorgung einzugehen. Im Laufe der Entwicklung zeichnete es sich ab, dass durch die Einführung der fakultativen Weiterbildungen und Fachkunden die Inhalte der Facharztleiterbildung in der Anästhesie reduziert werden konnten. Dies erleichterte das Erreichen der Facharztbezeichnung. Die Weiterbildung Zeit in Anästhesie war unterschiedlich lang. Im Jahr 1953 bei der Einführung des Facharztes für

Anästhesie betrug diese fünf Jahre, bereits drei Jahre später (1956) war sie auf vier Jahre verkürzt worden. Erst mit der Musterweiterbildungsordnung von 1992 ging eine Verlängerung auf fünf Jahre einher. Im Jahre 2003 wurden bei der Ärztekammer Niedersachsen die 60 Monate getrennt in 48 Monate in anästhesiologischen Abteilungen und 12 Monate auf einer Intensivstation [41]. Grundsätzlich konnten immer mindestens sechs Monate aus anderen verwandten Fachgebieten angerechnet werden.

Die Regelung der Facharztleiterbildung blieb nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 9. Mai 1972 den Ärztekammern als Standesvertretungen vorbehalten. Den äußeren Rahmen dazu müsse jedoch ein statusbildendes Gesetz förmlich vorgeben [43]. Dieses müsse die Voraussetzungen für die Facharztanerkennung sowie die Fachrichtungen vorgeben, wie auch die Mindestdauer der Weiterbildung und das Verfahren der An- und Anerkennung sowie die Stellung der Fachärzte innerhalb des Gesundheitswesens an sich [45].

Am 31.12.2010 gab es in Deutschland nach der von der Bundesärztekammer veröffentlichten Statistik zu „Ärztinnen und Ärzte nach Bezeichnungen und ärztlichen Tätigkeitsbereichen“ insgesamt 24.003 Anästhesisten, von denen 19.413 berufstätig waren. Unterschieden wurde noch in „Anästhesiologie“ und „Anästhesiologie und Intensivtherapie“, eine Bezeichnung, die in der DDR erworben werden konnte. Hiervon gab es 134, von denen 95 berufstätig waren [46]. Weitere Spezifikationen fehlen in dieser Aufstellung.

Schlussfolgerung

Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts des Jahres 1972 verdeutlicht, dass Festlegungen mit grundlegendem Charakter wie die Bremer Leitlinien (1924) weiter fortwirken, auch ohne dass diese Gesetze sind. Diese gingen nahezu unverändert in die Facharztordnung von 1937 ein und bildeten damit die Grundlage für die überarbeiteten und erweiterten Ordnungen nach 1945.

Seit dem Jahr 1968 waren die verschiedenen Regelungen für Mediziner von einander getrennt: die Berufsordnung für den Beruf des Arztes, die Approbationsordnung für das Medizinstudium und die Weiterbildungsordnung für die Facharztleiterbildung. Nach Hoppe ist eine abgeschlossene Weiterbildung in Deutschland zunehmend zum integralen Bestandteil der Bildung im Arztberuf geworden. Von einer Freiwilligkeit bei der Weiterbildung sowie beim Erwerb von Bezeichnungen kann daher nur noch eingeschränkt die Rede sein [47]. Inwieweit sich dies auf die Weiterbildung in der Zukunft auswirkt, wird die weitere Entwicklung zeigen (Tab. 4).

Anhand der verschiedenen Regelungen kann die Etablierung einzelner Fächer wie der Anästhesiologie nachvollzogen werden. Im Jahr 1953 wurde der Facharzt für Anästhesie eingeführt, in die Ausbildung der Medizinstudenten fand das Fach jedoch erst mit der Approbationsordnung von 1970 Eingang. Dies verwundert, da die Integration in das Medizinstudium für die Akzeptanz des Faches wie auch zur Gewinnung von Nachwuchs wichtig ist (Tab. 5).

Sowohl in der Ausbildung wie auch in der Weiterbildung wird die inhaltliche Weiterentwicklung der Anästhesiologie deutlich. Dies spiegelt sich auch in den Ordnungen wider. Am Anfang stand Anästhesie alleine für Narkose und wurde in die Weiterbildung 1953 als Facharzt für Anästhesie integriert, in das Medizinstudium jedoch erst 1970. Die zweite Säule Intensivmedizin wurde ebenfalls 1970 Bestandteil der Ausbildung. Die erste Prüfung in Anästhesie konnte jedoch erst 1973 im Studium der Humanmedizin abgelegt werden. In der Approbationsordnung von 1979 ist dann der begriffliche Wechsel zur Anästhesiologie vollzogen, als Prüfungsfächer werden in der Neufassung Anästhesiologie, Notfall- und Intensivmedizin benannt. Die fakultative Weiterbildung in der Intensivmedizin für Anästhesisten wurde 1992 eingeführt. Seit dem Jahr 2009 ist auch die Palliativmedizin Teil der Prüfungen im Rahmen der Approbationsordnung. Die Schmerztherapie wird (noch) nicht explizit aufgeführt.

Bei der derzeitigen Novellierung der Approbationsordnung von 2002 wird nach dem Beschluss des Bundesrates das sogenannte „Hammerexamen“ abgeschafft.

Die Forderung nach einem „Zwangabschnitt“ Allgemeinmedizin im Praktikum

tischen Jahr wurde abgelehnt. Damit besteht weiterhin die Möglichkeit, in diesem Abschnitt des Studiums Anästhesiologie zu wählen und so auch interessierte für das Fach zu gewinnen [48]. Auf die weitere Entwicklung darf man gespannt sein.

Tabelle 4

Überblick über die grundlegenden Ordnungen für Mediziner von 1869 bis 2002.

Jahr	Art der Ordnung	Allgemeine Regelungen	Ausbildung	Weiterbildung
1869	Gewerbeordnung	X		
1901	Prüfungsordnung 1901		X	
1924	Bremer Leitlinien 1924	X		X
	Prüfungsordnung für Ärzte		X	
1927	Prüfungsordnung		X	
1932	Prüfungsordnung		X	
1935	Reichsärzteordnung (13.12)	X		
	Standes- und Facharztordnung (19./20.6.)	X		X
1936	Bestallungsordnung			
1939	Bestallungsordnung		X	
1950	Bestallungsordnung		X	
1953	Bestallungsordnung			
	Ergänzung 1955; Änderung: 1957, 1958, 1963 und 1965	X		
1956	Berufsordnung	X		X (§§ 24-33)
1961	Bundesärzteordnung	X		
1968	Weiterbildungsordnung			X
1970	Approbationsordnung			
	Änderungen: 1975, 1978, 1981, 1983, 1986, 1987 und 1989	X		
1977	Bundesärzteordnung			
1989	Gesundheitsreformgesetz	X		
1990	Approbationsordnung Einigungsvertrag	X		
1993	Approbationsordnung		X	
2002	Approbationsordnung		X	

Tabelle 5

Integration der Anästhesiologie in die Aus- und Weiterbildung.

Jahr	Ausbildung/Prüfung	Weiterbildung
1945	—	—
1953	—	Facharzt für Anästhesie
1970 (1973)	Anästhesie	—
1979	Intensivmedizin, Notfallmedizin	—
1992	—	Spez. Intensivmedizin
2009	(Palliativmedizin)	—

Epilog

Im Jahr 1961 erschien ein Leitfaden für Klinik und Praxis, Der Assistenzarzt. Dort stand:

„Der Arzt ist heute trotz Sekretärin und Diktiergerät oft kaum noch imstande, die tägliche Zettelflut zu erledigen, die sich auf seinem Schreibtisch anhäuft. Viel wertvolle Zeit geht verloren [...]. Das Punctum saliens soll aber sein: Espricht dem Doktor jede nicht unbedingt notwendige Schreiberei und die oft zeitraubende starre Beantwortung von unnötigen Melde- und Fragebögen!“ [49].

Bei den Ausführungen zur Chirurgischen Abteilung wird auch auf die Narkose eingegangen: „Eine Betäubung ist immer ein Eingriff in die lebenswichtigen Funktionen des Patienten. Bei den meisten Operationen sind die Handlungen des Operateurs vom Anfang bis zum Ende mit keiner unmittelbaren Lebensgefahr für den Kranken verbunden. Lebensgefährlich aber ist immer die Verabreichung einer Narkose, auch bei kleineren Eingriffen!“ Die Konsequenz aus dem Gesagten sei: „Jeder Anästhesist muss sich vor dem Beginn der Narkose sagen: „Jetzt nehme ich das Leben des Patienten in meine Hand““ [49].

Das war 1961 eine eindeutige Anerkennung für den Facharzt für Anästhesie, den Anästhesisten, der damals erst seit acht Jahren eingeführt war.

Literatur

1. Eckart W: Geschichte der Medizin. Fakten, Konzepte, Haltungen. 6. Auflage Berlin, Heidelberg: Springer; 2009
2. Huerkamp C: Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert, vom gelehrtenden Stand zum professionellen Experten: das Beispiel Preußens. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 1985
3. Freissmuth M: Pharmakologie & Toxikologie. Von den molekularen Grundlagen zur Pharmakotherapie. Berlin, Heidelberg: Springer; 2012
4. Taupitz J: Die Standesordnungen der freien Berufe. Geschichtliche Entwicklung, Funktionen, Stellung im Rechtssystem. Berlin, New York: de Gruyter; 1991

5. Kudlien F: Der griechische Arzt im Zeitalter des Hellenismus, seine Stellung in Staat und Gesellschaft. Mainz: Akademie der Wissenschaften und der Literatur; 1979
6. Ethik in der Medizin. Ein Reader. Stuttgart: Reclam; 2000
7. Beauchamp TL, Childress JF: Principles of biomedical ethics. 6. Edition; New York: Oxford University Press; 2009
8. Datenhandbuch zur deutschen Bildungsgeschichte. Bd. 6: Akademische Karrieren in Preußen und Deutschland, 1850-1940. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 2008
9. Gewerbeordnung (GewO), 21. Juni 1869. – Bundesgesetzblatt des Norddeutschen Bundes, BGBl. 1869;26:245-82
10. Neumann H: Die Entwicklung der deutschen Facharztdordnung. Der Nervenarzt 1957;28:278-79
11. Schüttler J: 50 Jahre Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin. Tradition & Innovation. Berlin, Heidelberg: Springer; 2003
12. Bekanntmachung, betreffend die Prüfungsordnung für Aerzte. Vom 28. Mai 1901. Centralblatt für das Deutsche Reich 1901;29:136-55; Abgedruckt in DMW-Sonderbeilage 1901;27:397-403
13. Dtsch Med Wochenschr 1901;27:404
14. Reichsministerialblatt. Centralblatt für das Deutsche Reich 1924;52:240-53
15. Münch Med Wochenschr 1932:961
16. Bestallungsordnung 1936 - Bestallungsordnung für Ärzte und Prüfungsordnung für Zahnärzte. Erläutert von Kurt Opitz. Berlin; 1936
17. Killian H: Narkose zu operativen Zwecken. Berlin: Springer; 1934
18. Bestallungsordnung für Ärzte, vom 17. Juli 1939. RGBI. T.1, 1939:1273-92
19. Ärztliche Mitteilungen N.F. 1949;34:11
20. Ärztliche Mitteilungen N.F. 1950;35:302
21. Petermann H: Angloamerikanische Einflüsse bei der Etablierung der Anästhesie in der Bundesrepublik Deutschland im Zeitraum von 1949-1960. Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther 2005;40:133-41
22. Bestallungsordnung 1953. BGBl. T.1. 1953:1334-53
23. Ärztliche Mitteilungen N.F. 1953;38:183
24. Ärztliche Mitteilungen. N.F. 1961;46:1465
25. Dtsch Ärztebl 1967;63:1177
26. Wissenschaftsrat (Hrsg.): Empfehlungen zur Neuordnung des Studiums an den wissenschaftlichen Hochschulen. Tübingen: Mohr; 1966
27. BGBl T.1.1969: 1509
28. Approbationsordnung für Ärzte vom 28. Oktober 1970. Mit einer Einführung von R Rachold. Köln 1972². – BGBl. T.1. 1970: 1458-78
29. Approbationsordnung 1979. BGBl. T.1. 1970: 425-50
30. Dtsch Ärztebl 1970;67:746
31. Beske C: Zur Problematik der Approbationsordnung für Ärzte vom 28.10.1970 in der Fassung vom 24.2.1978 mit besonderer Berücksichtigung der aktuellen Diskussion. Kiel: Institut für Gesundheits-System-Forschung; 1982
32. Approbationsordnung 1987. Neufassung. BGBl. T.1. 1987: 1593-1623
33. Approbationsordnung 2002. BGBl. T.1. 2002: 2405-35
34. Gesetz zur Änderung der Bundesärztedordnung und anderer Gesetze [21.07.2004]. BGBl. T.1. 2004: 1776-90
35. Quincke H: Über ärztliche Spezialitäten und Spezialärzte. Münch Med Wochenschr 1906;53:1213-17 (1260-64)
36. 43. Deutscher Aerztetag zu Bremen. VI. Die Facharzfrage. Münch Med Wochenschr 1924;71:926-28
37. Fett E: Die Reichsärztedordnung vom 13. Dez. 1935. Die Satzung der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands vom 31.10./2.11.1933; Die Standes- und Facharztdordnung nach den Verordnungen des Reichsärzeführers 19./20.6.1935. Berlin: Heymann; 1935
38. Röse W: 40 Jahre Anästhesie in Deutschland. Anaesthesiol Reanimat 1999;24: 19-26
39. Berufsordnung für die deutschen Ärzte. Ärztliche Mitteilungen 1956;41: 943-50
40. Dtsch Ärztebl 1963;60:1475-76
41. Steudel WI, Golling FR: Medizinstudium und fachärztliche Weiterbildung. Zulassung, Approbationsordnung,
- Promotion, Weiterbildungsordnung, Adressen, Tendenzen. 3. Auflage; Stuttgart: Thieme; 1985 (4. Aufl. 1989)
42. Ärztliche Mitteilungen 1968;65:1324
43. BVerfGE 33 (1972), 125-134.- 09.05.1972. – 1 BVI 518/62 und 308/64 1. Senat.
44. Musterweiterbildungsordnung 1992:24-27
45. Steudel WI: Medizinstudium und fachärztliche Weiterbildung. Zulassung, Approbationsordnung, Weiterbildungsordnung. 2. Auflage; Stuttgart: Thieme; 1976
46. Ärzttestatistik 2010: Tab. 3: Ärztinnen und Ärzte nach Bezeichnungen und ärztlichen Tätigkeitsbereichen am 31.12.2010. Siehe: www.bäk.de (abgefragt 08.05.2012).
47. Hoppe JD. Die Weiterbildungsordnung. Von der Schilderordnung zum integralen Bestandteil der Bildung im Arztberuf. Dtsch Ärztebl 1997;94:A2483-91
48. Richter-Kuhlmann E: Ein Sieg für die Studierenden. Novell der Approbationsordnung. Dtsch Ärztebl 2012;109: A866-67
49. Hirsch W: Der Assistenzarzt. Ein Leitfaden für Klinik und Praxis. München: Barth; 1961: 29 und 201-7.

Korrespondenzadresse

**Dr. Heike Petermann
M.A.**



Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin
Westfälische Wilhelms-Universität
Münster
Von-Esmarch-Straße 62
48149 Münster, Deutschland
Tel.: 0170 4118566
E-Mail:
heike.petermann@uni-muenster.de