

Aus dem Institut für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin  
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

Entstehung und Regelung ärztlicher Fortbildung in Deutschland.  
Eine komparative Analyse des Zeitraums 1945-1990 unter  
Berücksichtigung der strukturellen Entwicklung  
standespolitischer Grundlagen.

zur Erlangung des akademischen Grades  
Doctor rerum medicinalium (Dr. rer. medic.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät  
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Elke Böthin

aus Neuss

Datum der Promotion:..... 8. Dezember 2017 .....

## INHALTSVERZEICHNIS

Abstract – deutsch.....	3
Abstract – englisch.....	4
I. Einleitung.....	5
II. Zielstellung.....	5
III. Methodik.....	6
A. Zeitzugeugeninterview.....	6
B. Schriftliche Quellen.....	6
IV. Ergebnisse.....	7
A. Entwicklung ärztlicher Fortbildung 1871-1945.....	7
B. DDR: Fortbildungsregularien unter staatlicher Steuerung mit zentralem Fundament.....	8
C. Bundesrepublik: Fortbildungsregularien unter ärztlicher Selbstverwaltung mit föderalem Fundament.....	10
V. Analyse und Zusammenfassung.....	11
A. Einflüsse standespolitischer und staatlicher Entwicklungen auf ärztliche Fortbildungsregularien: Pflicht und Freiwilligkeit.....	12
B. Beeinflussung ärztlicher Fortbildungsstrukturen durch staatliche, (berufs-)politische, ideologische und wirtschaftliche Interessen..	13
C. Aufgaben und Ausrichtung der Akademien für ärztliche Fortbildung.....	16
Literaturverzeichnis.....	18
Eidesstattliche Versicherung.....	21
Anteilerklärung an den erfolgten Publikationen.....	22
Ausgewählte Publikationen.....	23
Anlage 1 – Fragebogen.....	93
Lebenslauf.. <small>Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.</small>	98
Publikationsverzeichnis.....	100
Danksagung.....	101

## Abstract – deutsch

Im Untersuchungszeitraum 1949-1990 entwickelte sich das vormalige gemeinsame Fortbildungswesen in Deutschland in zwei unterschiedlichen politischen Systemen. In der Bundesrepublik wurde an standespolitische Strukturen und ein ärztliches Selbstverwaltungssystem mit öffentlich-rechtlichen Ärztekammern angeknüpft, während es in der DDR nur medizinisch-wissenschaftliche Gesellschaften, jedoch keine standespolitischen Berufsorganisationen gab. Ärztliche Fortbildung in der Bundesrepublik basiert auf einer „freiwilligen Pflicht“ eines Arztes zur Fortbildung. In der DDR bestand eine obligatorische Weiterbildungspflicht, nämlich zum Facharzt, sowie eine Fortbildungspflicht, die so genannte obligatorische periphere Fortbildung (OF).

Die Entwicklungsstufen ärztlicher Fortbildung in der DDR und in der Bundesrepublik waren in einem gewissen Maß an politische Einschnitte gekoppelt. Vier Phasen lassen sich für die DDR identifizieren: Orientierung (1949-1960), Reformierung (1961-1970), Konsolidierung (1971-1988) und Auflösung der Institutionen (1989-1990). Für die Bundesrepublik lassen sich zwei Etappen unterscheiden: Konsolidierung (1949-1960) und Orientierung (1961-1990).

Systembedingte Fortbildungsfaktoren spielten ebenfalls eine wichtige Rolle in der gemeinsamen Vorgeschichte. Die Diskussion um die Unterscheidung von Aus-, Fort- und Weiterbildung entwickelte sich in der Kaiserzeit anhand der Überlegung, ärztliche Fortbildung kostenlos anzubieten und Fortbildungsakademien zu gründen. Diese wurden allerdings als Konkurrenz für die Universitäten gesehen und ihr Ausbau zu diesem Zeitpunkt abgewehrt. In der Weimarer Zeit wurde eine allgemeingültige Definition gefunden, die Fort- und Weiterbildung in ihrer Funktion voneinander abgrenzte. Fortbildung wurde als kontinuierliche lebenslange Aktualisierung des Wissens definiert, Weiterbildung als Erwerb eines Titels für ein ärztliches Spezialgebiet. Staatliche Unterstützung für ärztliche Fortbildung durch das Zentralkomitee für ärztliche Fortbildung in Preußen sahen Zeitgenossen durchaus kritisch, ebenso die Frage, diese ärztliche Pflicht durch Nachweis kontrollierbarer zu machen. Diese Debatte endete abrupt mit der nationalsozialistischen Herrschaft, die nach dem Führerprinzip eine Fortbildungspflicht einführte.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der (berufs-)politische und wirtschaftliche Einfluss auf ärztliche Fortbildung mit den strukturellen Gegebenheiten der jeweiligen staatlichen Rahmenbedingungen eng verknüpft ist.

## Abstract – englisch

During the investigation period of 1949 to 1990, the formerly common educational system in Germany was developed in two different political systems. In the Federal Republic of Germany (FRG), professional political structures and a medical self-government system were linked to state medical chambers, while in the German Democratic Republic (GDR) medical and scientific societies had worked without professional organizations. Medical training in the FRG is based on a "voluntary duty" of the doctor for continuing education. In the GDR, there was a further education obligation, namely a medical specialty, as well as a compulsory education, known as obligatory peripheral training (OF).

The development stages of medical training in the GDR and in the FRG are also linked to a certain extent by political incentives. Four phases can be identified for the GDR: orientation (1949-1960), reform (1961-1970), consolidation (1971-1988) and dissolution of the institutions (1989-1990). For the FRG, two stages can be distinguished: consolidation (1949-1960) and orientation (1961-1990).

The system-related training factors also play an important role in the common history. The discussion about the distinction between education, Continuing Medical Education (CME) and further education developed in the imperial age on the basis of the idea of offering free medical training and founding academies of CME. These, however, were seen as a competition for the universities and their expansion at this time was repulsed. In the Weimar period, a general definition could be found, which separated further education and training in their function. Continuing education represented a continuous lifelong updating of knowledge and further education served the acquisition of the title for a special medical field. Governmental support for further medical training by the Central Committee for Medical Training in Prussia was also viewed critically, as well as the question of making this medical duty more controllable by requiring proof. This debate ended abruptly with the national socialist rule, which, according to the "Führerprinzip", introduced a requirement for CME.

In summary, it can be said that the state, (professional) political and economic impact on continuing medical education is closely linked to the structural conditions of the respective national framework conditions.

## I. Einleitung

In der Bundesrepublik wurde zum 1. Januar 2004 für die Gruppe der Vertragsärzte und an der Versorgung teilnehmende ermächtigte Ärzte sowie in Vertragsarztpraxen und in medizinischen Versorgungszentren angestellte Ärzte eine Nachweispflicht für ärztliche Fortbildung eingeführt.<sup>1</sup> Der Gemeinsame Bundeschuss folgte diesem Beispiel und erließ mit Beschluss vom 20. Dezember 2005 zum 1. Januar 2006 für die Gruppe der Krankenhausärzte ebenfalls eine Nachweispflicht.<sup>2</sup> Ab sofort gilt eine Fünf-Jahresfrist, in der ein bestimmtes Kontingent an Fortbildungsmaßnahmen absolviert und nachgewiesen werden muss. Innerhalb der Ärzteschaft rief diese Regelung deutliche Kritik hervor.<sup>3</sup> Ärzte in Privatpraxis unterliegen dieser Anweisung nicht.

Diese Neuerung bietet den Anlass für die historische Fragestellung, wie Strukturen und Regelungen ärztlicher Fortbildung in der Zeit der beiden getrennten deutschen Staaten, DDR und Bundesrepublik, bis 1990 gestaltet waren. Der Blick muss dabei auch auf die gemeinsame Vorgeschichte ab 1871 gerichtet werden. Ärztliche Fortbildung entwickelte sich zu einem von Aus- und Weiterbildung getrennt definierten Gebiet. Die Diskussion um strukturelle Notwendigkeiten und die Debatte um Regularien zur Pflicht und Freiwilligkeit ärztlicher Fortbildung ziehen sich wie ein roter Faden durch die Geschichte der Ärzteschaft und die sie umgebenden staatlichen Rahmenbedingungen.

## II. Zielstellung

Anhand eines Vergleichs von ärztlicher Fortbildung, wie sie in zwei unterschiedlichen politischen Systemen in der DDR und der Bundesrepublik in der Zeit von 1949-1990 praktiziert wurde, wird gefragt, welche Ausprägung die Fortbildungsstrukturen unter ärztlicher Selbstverwaltung bzw. staatlicher Reglementierung hatte. Die komparative Analyse durchleuchtet die jeweiligen Systematiken in den beiden deutschen Staaten mit Blick auf mögliche Zweckentfremdung sowie Interessenkonflikte durch partei- oder berufspolitische sowie wirtschaftliche Strategien. Fragestellung dieser Studie ist nicht, ob es eine qualitativ bessere Fortbildung in der Bundesrepublik oder DDR gegeben hat, oder Fortbildungsthemen mit Bezug auf medizinische Inhalte zu untersuchen. Ziel ist die Definition der Strukturen und Darlegung der verantwortlichen Organisationseinheiten für die Regularien. Es wird die Systematik mit ihren Regularien unter Analyse der historischen Entwicklung von Staats- und Selbstverwaltungsstrukturen untersucht. Dargestellt werden die Argumente, die von dem jeweiligen Staatsgefüge, der Landespolitik, aber auch von ärztlichen Interessengruppen vorgebracht wurden.

---

<sup>1</sup> Bundesgesetzblatt I vom 19. November 2003, Ausgabe Nr. 55: Veröffentlichung des GKV-Modernisierungsgesetzes – GMG: „§ 95d Pflicht zur fachlichen Fortbildung“, S. 2212-2213

<sup>2</sup> Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 91 Abs. 7 SGB V zur Fortbildung der Fachärzte im Krankenhaus in der Sitzung vom 20. Dezember 2005. Die Vereinbarung tritt am 1. Januar 2006 in Kraft.

<sup>3</sup> Manifest des Misstrauens. DÄ 2003; PP 5: 198

Damit lassen sich wesentliche Elemente des staatlichen, standespolitischen und innerärztlichen Diskurses nachvollziehen und für die aktuelle Debatte um das ärztliche Fortbildungswesen fruchtbar machen. Der Ost-West Vergleich ergänzt und konkretisiert das Bild des freien Berufs und des Arztes in der sogenannten Staatsmedizin und erweitert den Forschungsstand um ärztliche Berufspolitik und ärztliche Gesundheitspolitik.

### III. Methodik

#### A. Zeitzeugeninterviews

Oral history ist eine anerkannte Methode der Zeitgeschichte. Eine leitfadengestützte Befragung von 15 an ärztlicher Fortbildung beteiligten Zeitzeugen aus den beiden ehemaligen deutschen Staaten ermöglichte eine ergänzende Sicht auf die historischen Voraussetzungen und Umstände ärztlicher Fortbildung. Der Fragebogen (siehe Anlage 1) baut auf den Ergebnissen auf, die sich aus der Rekonstruktion der wesentlichen Differenzen der Fortbildungsstrukturen in beiden Staatssystemen ergeben hatten:

- Fortbildungspflicht: Belastung oder Wettbewerbsvorteil
- Ärztliche Fortbildung als Medium sachfremder Interessen
- Zentral gelenkte ärztliche Fortbildung
- Pflicht und Freiwilligkeit in der ärztlichen Fortbildung
- Bedeutung von Zentralen Funktionseinheiten
- Strukturelle Gemeinsamkeiten ärztlicher Fortbildung
- Impulsgeber für Fortbildungsinhalte
- Verknüpfung von Fortbildung, Weiterbildung sowie Forschung

Die Interviews wurden im Zeitraum Januar bis September 2012 durchgeführt und transkribiert. Die schriftliche Dokumentation dieser Befragung ist im Archiv des Instituts für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin der Charité archiviert.<sup>4</sup> Die Ergebnisse der Befragung sind in dem peer reviewed Beitrag in der „Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung, Qualität im Gesundheitswesen“ (ZEFQ) unter dem Titel „Ärztliche Fortbildung in Deutschland: Pflicht und Freiwilligkeit“ veröffentlicht.<sup>5</sup>

#### B. Schriftliche Quellen

Als Quellen wurden Gesetzestexte und verschiedene Periodika herangezogen, insbesondere die standespolitische Zeitschrift „Ärztliches Vereinsblatt“ ab 1872, das spätere „Deutsche Ärzteblatt“, das sich als Sprachorgan der Ärzte versteht, sowie die „Zeitschrift für ärztliche

---

<sup>4</sup> IGM-Archiv – Charité - Universitätsmedizin Berlin, Institut für Geschichte der Medizin, B-033927, S. 1-122.

<sup>5</sup> Böthin (2013), S. 327-334.

Fortbildung“<sup>6</sup> ab 1904, in denen die Gesetzestexte und Bekanntmachungen zum Themenbereich veröffentlicht wurden. Die Tätigkeitsberichte der Bundesärztekammer ab 1949 sowie die entsprechend veröffentlichten Gesetzestexte im Gesetzesblatt der DDR (GBL) und Verfügungen und Mitteilungen des Ministeriums für Gesundheitswesen sowie die im Bundesarchiv dokumentierten Unterlagen zur ärztlichen Fortbildung der DDR, aber auch öffentliche Bekanntmachungen in den Fachmedien, wie z. B. die Zeitschriften „Humanitas“ und „Das Deutsche Gesundheitswesen“, ergänzten die Quellenrecherche und halfen auch einen Überblick der wesentlichen Diskussionen zum Thema zu erhalten.

Das „Ärztliche Vereinsblatt“ befindet sich im Archiv der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und die „Zeitschrift für ärztliche Fortbildung“ im Archiv der Kaiserin-Friedrich-Stiftung (KFS). Nach Einsichtnahme dieser und aller anderen Quellen im Bundesarchiv Berlin, der Zentral- und Landesbibliothek Berlin, dem Archiv des Instituts für Geschichte der Medizin der Charité und der Bundesärztekammer (BÄK) konnte die systematische Auswertung vorgenommen werden.

Zeitschriften der einzelnen medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaften sowie der Berufsverbände sind nicht berücksichtigt worden. Diese Beschränkung ist insofern zu rechtfertigen, da Ziel dieser Arbeit die Darstellung der Rahmenbedingungen ist, während die medizinisch inhaltliche Analyse ärztlicher Fortbildung späteren Arbeiten vorbehalten bleibt. Auch das Handeln einzelner Akteure zu erforschen – deren Namen hinter den überdauernden Interessen von Staat einerseits und Ärztestand andererseits eher zurücktreten – steht daher bewusst nicht im Mittelpunkt dieser Untersuchung.

#### IV. Ergebnisse

##### A. Entwicklung ärztlicher Fortbildung 1871-1945

Im Deutschen Reich war das ärztliche Fortbildungswesen bereits 1881 durch die Einführung eines Kursangebotes - den Ferienkursen – um eine entscheidende systematische didaktische Methode erweitert worden.<sup>7</sup> Das Kursangebot war allerdings nicht gebührenfrei, denn die ärztliche Fortbildung wurde als Distinktionsmerkmal im ärztlichen Wettbewerb eingesetzt. Nur mittels staatlicher Unterstützung war es ab 1901 möglich, ein Fortbildungsangebot für alle Ärzte ohne Gebühren zu offerieren.<sup>8</sup> Die Diskussion um die Notwendigkeit einer systematischen ärztlichen Fortbildung zog sich bis weit in die Weimarer Republik. 1924 beschloss der Ärztetag in Bremen ein einheitliches Anerkennungsverfahren für den Erwerb des Fach-

---

<sup>6</sup> Der heutigen „Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung, Qualität im Gesundheitswesen“ (ZEFQ).

<sup>7</sup> Böthin (2015), S. 148.

<sup>8</sup> Böthin (2015), S. 149-150.

arzttitels.<sup>9</sup> Zum ersten Mal wurden Aus-, Weiter- und Fortbildung genau unterschieden. Zu dieser Zeit dachten ärztliche Standesvertreter intensiv über die Einführung einer Pflichtfortbildung nach. Schließlich wurde in § 1 der Standesordnung – beschlossen durch den Geschäftsausschuss des Deutschen Ärztevereinsbundes am 5.9.1926 – der Hinweis aufgenommen, dass jeder Arzt verpflichtet sei, seinen Beruf sorgfältig auszuüben. Mit diesem indirekten Verweis glaubte man die Fortbildung ausreichend im Standesrecht verankert zu haben. Doch diese Aufforderung wurde nicht von allen Ärzten gehört. Auf den Ärztetagen 1930 in Kolberg und 1931 in Köln stand der Vorschlag, verpflichtende Fortbildungskurse einzuführen, erneut auf der Tagesordnung, wurde aber von den Delegierten abgelehnt.<sup>10</sup> In der nationalsozialistischen Herrschaft konnte Fortbildung mit Teilnahmepflicht kurz nach der Machtübernahme verfügt werden.<sup>11</sup> Sie diente dem Zweck, die nationalsozialistische Propaganda schnellstmöglich zu verbreiten. Jüdische Ärzte waren von der Teilnahme an Fortbildung ausgeschlossen.<sup>12</sup> Dem Führerprinzip folgend wurde das komplette Fortbildungswesen der nationalsozialistischen Propaganda und Gesetzgebung unterstellt.<sup>13</sup>

B. DDR: Fortbildungsregularien unter staatlicher Steuerung mit zentralem Fundament  
Vier Phasen können für die Einteilung der DDR-Fortbildungsstrukturen identifiziert werden, die in gewissem Zusammenhang mit den politischen Entwicklungen stehen. Komprimiert lassen sich diese Etappen wie folgt beschreiben:

- Orientierung (1949-1960) – Weiter- und Fortbildung als Forschungsauftrag;
- Reformierung (1961-1970) – Staatlich kontrollierte ärztliche Fortbildung;
- Konsolidierung (1971-1988) – Sozialistische Erziehung in der Weiter- und Fortbildung;
- Institutionelle Auflösung (1989-1990) – ein Konzept ohne Zukunft in der föderalen ärztlichen Selbstverwaltung.<sup>14</sup>

Die Phase der Orientierung begann 1949 mit der Staatsgründung und endete 1960 mit dem Entwurf eines Perspektivplans.<sup>15</sup> In diesen Zeitraum fällt die Gründung des ersten deutschen Gesundheitsministeriums im Jahr 1950, das konzeptionell die staatlichen Handlungen im Gesundheitswesen zu zentralisieren und die Weisungen der SED-Führung umzusetzen hatte.<sup>16</sup> Die Verordnung des Ministerrates der DDR vom 26. April 1951 übertrug die Zuständig-

---

<sup>9</sup> Böthin (2015), S. 149, 164.

<sup>10</sup> Böthin (2015), S. 158.

<sup>11</sup> Böthin (2015), S. 159.

<sup>12</sup> Vgl. Bruns (2009), S. 96.

<sup>13</sup> Böthin (2015), S. 160-161.

<sup>14</sup> Böthin [accepted], S 3.

<sup>15</sup> Vgl. Weber (2012), S. 28-55: Weber spricht dagegen vom Aufbau des Sozialismus 1949-1961 und Ansätzen einer Konsolidierung mit dem V. Parteitag der SED und dem Ausschalten der Opposition 1958-1959.

<sup>16</sup> Böthin [accepted], S. 4.

keit für die Sozialversicherungen an den FDGB.<sup>17</sup> Der „administrative Dualismus von Gesundheitswesen und Sozialversicherung“ war damit strukturell auch in der DDR vorhanden.<sup>18</sup> Diese Etappe kennzeichnet die Grundsteinlegung für ein zentral und staatlich gelenktes Fortbildungssystem mit Forschungsauftrag durch die Gleichstellung der Akademie für Sozialhygiene, Arbeitshygiene und Ärztliche Fortbildung mit einer Hochschule<sup>19</sup>. Viele Ärzte waren zu dieser Zeit noch Mitglied in gemeinsamen medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften. Die Haltung des einzelnen Arztes konnte nach Ansicht der SED-Führung hierdurch weiterhin von standespolitischen Werten geprägt werden, weswegen Ärzte selbst als Parteimitglied zu wenig Kooperationsbereitschaft für die berufspolitischen Ideen der Partei zeigten.<sup>20</sup> Ein gezielter berufspolitischer Einfluss gegen parteipolitische Ziele der Einheitspartei ist wegen fehlender Standesvertretung jedoch nicht nachzuweisen.<sup>21</sup> Mit dem Mauerbau 1961 wurde nicht nur die Abwanderung von Ärzten gewaltsam gestoppt, sondern über eine Politik der sogenannten „Störfreimachung“ auch weitere Einflüsse aus dem Westen minimiert.<sup>22</sup> Die Phase der Reformierung definierte sich durch die Einführung einer Fortbildungspflicht mit kontrollierter Teilnahme, der obligatorischen peripheren Fortbildung (OF).<sup>23</sup> Des Weiteren wurden Fort- und Weiterbildung systemisch verbunden und zu einem sozialistischen Gesamtpaket geschnürt. Mit der internationalen Anerkennung der DDR setzte ab Anfang der 1970er Jahre eine Phase der Konsolidierung ein.<sup>24</sup> In dieser Phase sollte die Umformung des ärztlichen Berufsbildes durch die weitere Verknüpfung von Gesellschaftswissenschaft und Medizinwissenschaft mit der weltanschaulichen Bindung an den Marxismus-Leninismus zementiert werden.<sup>25</sup> Mit der Aufnahme der Medizinisch-Wissenschaftlichen Gesellschaften in die Statuten der Akademie<sup>26</sup> und der Möglichkeit einer Weiterbildung, z. B. durch Promotion<sup>27</sup>, sollte der Wirkungskreis der Akademie ausgebaut werden. Damit war formal und strukturell die parteipolitisch ausgerichtete „Einheit von For-

---

<sup>17</sup> Verordnung über die Sozialversicherung. GBl. I 49 (1951), S. 325.

<sup>18</sup> Woelk/Vögele (2002), S. 43; siehe auch Artikel 45 (3) der Verfassung der Deutschen Demokratischen Republik vom 6. April 1968: „Die Gewerkschaften leiten die Sozialversicherung der Arbeiter und Angestellten auf der Grundlage der Selbstverwaltung der Versicherten.“

<sup>19</sup> Bekanntmachung des Beschlusses des Ministerrates vom 8. Juli 1954 über die weitere Entwicklung des Gesundheitsschutzes der Bevölkerung in der Deutschen Demokratischen Republik. GBl. (1954) S. 597.

<sup>20</sup> Vgl. Schagen/Schleiermacher (2004), S. 428.

<sup>21</sup> Böthin [accepted], S. 13.

<sup>22</sup> Vgl. Krätzner (2011), S. 193.

<sup>23</sup> Anweisung zur obligatorischen Qualifizierung aller Ärzte auf epidemiologischem und hygienischem Gebiet. Verf. u. Mitt. d. Min. f. Gesundheitswesen 8 (1963), 65.

<sup>24</sup> Vgl. Weber (2012), S. 80-90: Weber definiert den Verlauf der Jahre von 1971 bis 1980 mit den Bezeichnungen Stabilität und Krise.

<sup>25</sup> Vgl. Schagen/Schleiermacher (2004) S. 406-407, 424: Die staatliche Ausrichtung des Gesundheitswesens führte zu einer Umgestaltung des ärztlichen Berufsbildes.

<sup>26</sup> Anordnung vom 15. Dezember 1971 über das Statut der Akademie für Ärztliche Fortbildung der Deutschen Demokratischen Republik. GBl. II 7 (1972), S. 71

<sup>27</sup> Weiter- und Fortbildung der im Gesundheits- und Sozialwesen tätigen Hochschulkader. Verf. u. Mitt. d. Min. f. Gesundheitswesen I (1973), S. 2.

schung, Lehre und Erziehung“<sup>28</sup> im Programm der Akademie umgesetzt worden. Durch wirtschaftliche Probleme in der DDR in den 1980er Jahren, die ab 1981 bereits den Niedergang der DDR eingeleitet haben<sup>29</sup>, kam es zu einer erheblichen Beeinträchtigung der medizinischen Versorgungslage<sup>30</sup>, die auch als Zeichen für die beginnende Instabilität des Systems der „Einheit von Wirtschafts- und Sozialpolitik“ zu werten ist.<sup>31</sup>

Nach dem Fall der Mauer 1989 schloss sich die institutionelle Auflösung von Staat und Gesundheitssystem an, die mit der Umsetzung des Einigungsvertrages zum 3. Oktober 1990 besiegelt wurde. Das DDR-Modell einer ärztlichen Fort- und Weiterbildung galt damit als obsolet.<sup>32</sup> Die Verknüpfung beider Bereiche innerhalb der Akademie ist jedoch ein innovatives Konzept, das sich strukturell durchaus vergleichen lässt mit beispielsweise der aktuellen Entwicklung von Modulen, die sowohl in der Weiter- als auch der Fortbildung genutzt werden. Der Lehrkörper der Akademie konnte aktuelle Themen im Gesundheitswesen aufgreifen und deren wissenschaftliche Bearbeitung in postgradualen Studiengängen sowie durch das Promotions- und Habilitationsrecht anstoßen.<sup>33</sup>

### C. Bundesrepublik: Fortbildungsregularien unter ärztlicher Selbstverwaltung mit föderalem Fundament

Für die Bundesrepublik können komprimiert formuliert zwei Etappen identifiziert werden:

- Wiederaufbau als Konsolidierung (1949-1960) – Berufsaufsicht durch die Ärztekammern,
- Orientierung (1961-1990) – Pflicht als Freiwilligkeit: Gründung von Akademien für ärztliche Fortbildung durch die Ärztekammern.<sup>34</sup>

Die Phase der Konsolidierung setzte 1949 mit der Gründung der Bundesrepublik ein. Das Gesundheitswesen wurde in einem föderal konstituierten Staatssystem mit einer Selbstverwaltungsstruktur ausgestattet. Bereits vor 1949 war den Ärztekammern von den westlichen Besatzungsmächten die Aufgabe der ärztlichen Selbstverwaltung zugewiesen worden<sup>35</sup> Ebenfalls zügig vollzog sich die Wiedereinrichtung der gesetzlichen Krankenkassen sowie der kassenärztlichen Vereinigungen in die Rechtspositionen vor 1933.<sup>36</sup> Damit obliegen Weiter- und Fortbildungsbefugnisse den Ärztekammern bzw. Teilbereiche der Fortbildung

---

<sup>28</sup> Winter (1967), S. 1324.

<sup>29</sup> Weber (2012), S. 96-113.

<sup>30</sup> Erices/Gumz (2014), S. 73-78.

<sup>31</sup> Vgl. Weber (2012), S. 96.

<sup>32</sup> Vgl. Jachertz/Rieser (2010), A 184-187.

<sup>33</sup> Böthin [accepted], S. 17.

<sup>34</sup> Böthin [accepted], S. 3.

<sup>35</sup> Vgl. Gerst (1997), S. 200-203.

<sup>36</sup> Gerst (2004), S. 19-20.

auch den Kassenärztlichen Vereinigungen.<sup>37</sup> Aufgrund der föderalen Struktur wurden die Ärztekammern als Organe der Selbstverwaltung von den Ländern beauftragt, Grundlagen für die ärztliche Fortbildung zu schaffen und die Berufsausübung zu überwachen. Die Bundesärztekammer verfügt nicht über eine Weisungsbefugnis gegenüber den Ärztekammern, sondern beschränkt sich auf den Austausch über die jeweiligen Entwicklungen in den verschiedenen Ärztekammern.<sup>38</sup> Ab 1953 übernahm ein Gremium der Bundesärztekammer, der Deutsche Senat für ärztliche Fortbildung, die Koordination des Wissenstransfers, ohne selbst aktiv Fortbildung anzubieten.<sup>39</sup>

Zeitgleich mit dem Mauerbau und der Abschottung der DDR begann eine Orientierungsphase. Das Bundesministerium für Gesundheit wurde am 14.11.1961 gegründet, hatte jedoch wegen der föderalen Staatsstruktur nur eingeschränkte Befugnisse hinsichtlich der Gestaltung des ärztlichen Berufs.<sup>40</sup> Die Diskussion in den Ärztekammern ab 1965 über die Einrichtung einer Akademie für ärztliche Fortbildung<sup>41</sup> führte in den 1970er Jahren zur Gründung von Fortbildungsakademien durch die Ärztekammern. Diese hatten jedoch unterschiedliche Formate.<sup>42</sup> Die Einrichtung einer Abteilung in der Bundesärztekammer „Fortbildung und Wissenschaft“ 1975 sowie die Gründung des „Interdisziplinären Forum – Fortschritt und Fortbildung in der Medizin“ 1976 könnten als alternative Orientierung zu der in der Akademie für ärztliche Fortbildung der DDR praktizierten Form einer institutionellen Verknüpfung von Wissenschaft und Fortbildung außerhalb des bekannten Lehrbetriebs einer Universität gesehen werden.<sup>43</sup>

## V. Analyse und Zusammenfassung

Die historische Betrachtung des ärztlichen Berufsbildes in Deutschland zeigt, dass die Vorstellung, der Arzt sei unpolitisch, ein Mythos ist – sogar ein äußerst folgenreicher Mythos.<sup>44</sup> Ein Arzt ist automatisch ein „Homo politicus“, weil er nicht isoliert von der Gesellschaft seinen Beruf ausüben kann.<sup>45</sup> Der Grad der Einflussnahme auf ärztliche Fortbildung ist somit abhängig von den jeweiligen zeithistorischen – d. h. von strukturellen, staatlichen, (berufspolitischen, ideologischen und wirtschaftlichen – Rahmenbedingungen sowie der individuellen ärztlichen Handlungsentscheidung.<sup>46</sup>

---

<sup>37</sup> Regelung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Fortbildungsverpflichtung der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten nach § 95d SGB V. DÄ (2005), A 306-307.

<sup>38</sup> Satzung der Bundesärztekammer § 2 Absatz 1 und 2 (Stand: 2014).

<sup>39</sup> Tätigkeitsbericht der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern 1952-1953, S. 15-17.

<sup>40</sup> Böthin [accepted], S. 18.

<sup>41</sup> Tätigkeitsbericht BÄK 1964/1965, S. 38.

<sup>42</sup> Vgl. Kerger (1986), S. 104, vgl. Böthin (2015), S. 154.

<sup>43</sup> Böthin [accepted], S. 25, 28.

<sup>44</sup> Bleker/Eckelmann (1993), S. 87-97.

<sup>45</sup> IGM-Archiv, B-033927, S. 22.

<sup>46</sup> Böthin [accepted], S. 31.

## A. Einflüsse standespolitischer und staatlicher Entwicklungen auf ärztliche Fortbildungsregularien: Pflicht und Freiwilligkeit

In der deutschen Geschichte existieren zwei Leitbilder für den ärztlichen Beruf. Zum einen der freie Beruf mit standespolitischer Ausrichtung und zum anderen der ärztliche Beruf unter staatlicher Kontrolle. Diese beiden Berufsbilder fanden auch in der unterschiedlichen Ausprägung von Fortbildung als Pflicht und Freiwilligkeit ihren Niederschlag. Wie politische Rahmenbedingungen auf das ärztliche Berufsbild des einzelnen Arztes wirken können, zeigt sich an der schnell ärztlicherseits akzeptierten Fortbildungspflicht, die noch 1931 vom Ärztetag in der Weimarer Republik abgelehnt worden war, jedoch wenig später widerstandslos in der Zeit des Nationalsozialismus hingenommen wurde.<sup>47</sup>

In der DDR existierte für alle Ärzte als Pflicht die sogenannte „obligatorische Fortbildung für alle Hochschulkader“, die die Weiterbildung zum Facharzt und die „obligatorische periphere Fortbildung (OF)“ umfasste.<sup>48</sup> Neben der Pflicht zur Facharztweiterbildung, die als obligatorische Weiterbildung 1967 eingeführt wurde<sup>49</sup>, bestand somit auch eine Fortbildungspflicht. Die kontinuierliche Fortbildung, also die lebenslange Aktualisierung des ärztlichen Wissens, wurde in der DDR auch als „ständige Weiterbildung“ bezeichnet.<sup>50</sup> Die OF war 1963 aufgrund einer Ruhrepidemie eingeführt worden.<sup>51</sup> Sie führte die Bezeichnung „peripher“, weil ihre Durchführung dezentral in den Bezirksakademien erfolgte.<sup>52</sup> Es wurden sechs Pflichtthemen veranschlagt, die innerhalb eines Jahres überregional oder in den Bezirken absolviert werden mussten. Drei der Themen wurden vom Gesundheitsministerium angeordnet, die drei anderen konnte der Bezirksarzt nach dem Bedarf vor Ort, jedoch in Abstimmung mit der Akademie für ärztliche Fortbildung festlegen.<sup>53</sup> Die Anbieter ärztlicher Fortbildungsveranstaltungen waren die Akademie für ärztliche Fortbildung als zentrale Einrichtung in Berlin und ihren dezentralen Akademien in den jeweiligen Bezirken<sup>54</sup> sowie wissenschaftliche Fachgesellschaften, Hochschulen als auch medizinische Einrichtungen, wie z. B. Bezirkskrankenhäuser<sup>55</sup>, die als „Fortbildungszentren“ der Akademie berufen wurden.<sup>56</sup>

---

<sup>47</sup> Böthin (2015), S. 158, 161.

<sup>48</sup> BArch DQ 103/119 Aus- und Weiterbildung medizinischer Hochschulkader (1971).

<sup>49</sup> Atorf (1998), S. 5.

<sup>50</sup> BArch DQ 103/119 Begriffsbestimmungen 12.10.1974 Fortbildung = Weiterbildung ; siehe auch Die ständige Weiterbildung der Hoch- und Fachschulkader in Wissenschaft und Praxis. GBl. I 3 (1969), S. 5-19.

<sup>51</sup> Anweisung zur obligatorischen Qualifizierung aller Ärzte auf epidemiologischem und hygienischem Gebiet. Verf. u. Mitt. d. Min. f. Gesundheitswesen 8 (1963), 65.

<sup>52</sup> BArch DQ 103/18 Direktorat Leitungskaderqualifizierung– Zentrale Fachkommissionen der Deutschen Akademie für Ärztliche Fortbildung (1971).

<sup>53</sup> Müller-Dietz (1973), S. 1757-1759; vgl. BArch DQ 103/20 Systematische Weiterbildung der Hochschulkader im Gesundheitswesen der DDR (1973).

<sup>54</sup> Verordnung über den Aufbau und die Arbeitsweise der staatlichen Organe der Bezirke bzw. Kreise vom 24.7.1952. GBl. (1952), S. 621, 623.

<sup>55</sup> Steinbrück (1968), S. 236.

In der ärztlichen Selbstverwaltung der Bundesrepublik wurde Fortbildung als freiwillige Pflicht verstanden. Die Nachweisbarkeit von ärztlicher Fortbildung war daher regional unterschiedlich, jedoch stets durch Freiwilligkeit gekennzeichnet. Eine Variante war die freiwillige Mitgliedschaft an einer Akademie für ärztliche Fortbildung, eine andere bestand in einem freiwilligen Effizienznachweis, die dritte in der Vergabe einer Plakette für die Teilnahme an bestimmten Fortbildungsveranstaltungen.<sup>57</sup> Die Ärztetage 1976 und 1977 fixierten eine Fortbildungsverpflichtung als Berufspflicht der Ärzte im § 7 der Berufsordnung, ohne jedoch einen Kriterienkatalog zu erstellen, wie diese Verpflichtung nachgewiesen werden sollte.<sup>58</sup>

In der DDR nutzte ein diktatorischer Staatsapparat die Fortbildungsstrukturen zur Verbreitung und Indoktrination einer Staatsideologie. Dieser war auf Pflichtfortbildung mit Nachweis angewiesen, doch wurde durch diese strukturelle Maßnahme auch sichergestellt, dass sich Ärzte tatsächlich regelmäßig zu bestimmten medizinischen Inhalten fortbilden. Der Arztberuf als freier Beruf mit ärztlicher Selbstverwaltung beansprucht die Freiheit der Wahlmöglichkeit – auch in Kooperation mit industriegesponserter Fortbildung. Die Gefahr der Zweckentfremdung besteht weniger in strukturellen Vorgaben, sondern eher zur Erlangung von Wettbewerbsvorteilen in einer freiwilligen Bereitschaft zu kooperieren. Die Schwäche artikuliert sich in der Frage, ob ärztliche Fortbildung strukturell auch wirklich jede Ärztin und jeden Arzt erreicht, wenn darüber selbst entschieden werden kann.<sup>59</sup>

#### B. Beeinflussung ärztlicher Fortbildungsstrukturen durch staatliche, (berufs-)politische ideologische und wirtschaftliche Interessen

Der Grad der Beeinflussung ist an staatliche, (berufs-)politische, ideologische und wirtschaftliche Rahmenbedingungen geknüpft, wie die Geschichte – auch am Beispiel der Konzeptionierung von Akademien für ärztliche Fortbildung – zeigt. Seit dem Kaiserreich gilt ärztliche Fortbildung auch als Wettbewerbskriterium. Seit 1881 konnte mittels gebührenpflichtiger Kurse ein Facharztstitel erworben werden.<sup>60</sup> Diese standen in Konkurrenz zu den vom „Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen in Preussen“<sup>61</sup> seit 1901 überregional und mit staatlicher Unterstützung angebotenen gebührenfreien Fortbildungskursen.<sup>62</sup> Die Ärzteschaft betrachtete diese staatliche Unterstützung mit Misstrauen, weil sie befürchtete, ärztliche Be-

---

<sup>56</sup> Arnold/Schirmer (1990), S. 86.

<sup>57</sup> Böthin [accepted], S. 25-26.

<sup>58</sup> Tätigkeitsbericht BÄK 1977, S. 101; Tätigkeitsbericht BÄK 1978, S. 235; vgl. Tätigkeitsbericht BÄK 1990, S. 325 „In der Berufsordnung ist seit deren Neufassung auf dem Ärztetag 1976 und Änderungen auf den Ärztetagen 1977, 1979, 1983, 1985 und 1988 ‚Fortbildung‘ in § 7 geregelt.

<sup>59</sup> Böthin [accepted], S. 31.

<sup>60</sup> Riecke (1931), S. 249-250.

<sup>61</sup> Das Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen in Preussen. Aerztliches Vereinsblatt 450 (1901), Spalte 319-320.

<sup>62</sup> Heine (1985), S. 25-45.

rufsangelegenheiten könnten unter staatliche Kontrolle geraten.<sup>63</sup> Diese Sicht hatte auch in der Zeit der Weimarer Republik Bestand, änderte sich aber nach der nationalsozialistischen Machtübernahme. Die Akzeptanz für drastische staatliche Maßnahme geschah ohne nennenswerten Widerstand in der Ärzteschaft. Alle Bereiche ärztlicher Angelegenheiten gerieten unter die Kontrolle nach dem „Führerprinzip“ und wurden für propagandistische Zwecke von den eigentlichen Aufgaben entfremdet. Das Ausmaß erschüttert bis heute: der Ausschluss, die Verfolgung und Ermordung jüdischer Kollegen sowie die nationalsozialistischen Krankenmorde. Die Patient-Arzt-Beziehung wurde entindividualisiert, nicht mehr der Kranke, sondern das Volk sollte geheilt werden.<sup>64</sup>

In der DDR sollten alle Ärzte auf die parteipolitischen Vorstellungen, eine medizinische Versorgung für die gesamte Bevölkerung sicherzustellen, eingeschworen werden. In der Phase der Orientierung lag die Konzentration darauf, den ärztlichen Nachwuchs bereits im Studium durch eine Erziehung zum „wissenschaftlichen Sozialismus“ mit der Gesellschaft zu verbinden.<sup>65</sup> Reformen schufen die Voraussetzung, Forschung und Lehre für eine politische Erziehung zu instrumentalisieren.<sup>66</sup> Medizinisch-Wissenschaftliche Gesellschaften mussten nach dem Mauerbau neu gegründet werden und unterlagen einer staatlichen Registrierung.<sup>67</sup> Am Ende dieser Zeitphase glaubte die politische Führung, einen Wandel im ärztlichen Bewusstsein zu bemerken und ein aktives Engagement der Ärzte für die sozialistische Gesellschaft zu erkennen. In den 1980er Jahren – der Konsolidierungsphase – gab es keine Fort- oder Weiterbildungsmaßnahmen ohne obligatorische Kurse in Marxismus-Leninismus. Diese programmatisch beschlossene politische Erziehung hinterließ durchaus Spuren, wie der Begriff „Rotlichtbestrahlung“<sup>68</sup> für diese politische Indoktrination zeigt.<sup>69</sup>

Wirtschaftliche Einflussnahme auf Ärzte, etwa vergleichbar mit der pharmazeutischen Industrie in den westlichen Industriestaaten, spielte in der DDR qua Verfassung keine Rolle.<sup>70</sup> In der Bundesrepublik nahm die pharmazeutische Industrie auf verschiedenen Ebenen Einfluss auf die Ausgestaltung der ärztlichen Fortbildung. Vertreter und Mitarbeiter der Fortbildungsgremien der Bundesärztekammer bescheinigten dem Informationsmaterial der Pharmaindustrie eine gute fachliche Qualität. Ärztliche Kreisvereine sowie die Kreisstellen der Ärztekammern, die für ärztliche Fortbildung auf regionaler Ebene zuständig waren, nahmen die unterstützende Dienstleistung bei der Planung, Organisation und Durchführung lokaler

---

<sup>63</sup> Bergmann Aerztliches Vereinsblatt 559 (1905), Spalte 572.

<sup>64</sup> Böthin (2015), S. 151.

<sup>65</sup> Winter (1952), S. 629.

<sup>66</sup> Böthin [accepted], S. 15.

<sup>67</sup> Verordnung des Ministerrates der DDR vom 9. November 1967 „Über die Registrierung von Vereinigungen“. GBl. II 14 (1967), S. 84.

<sup>68</sup> Wolf (2000), S. 167, 177, 194.

<sup>69</sup> Böthin [accepted], S. 9.

<sup>70</sup> Vgl. Hess/Hottenrott/Steinkamp (2016), S. 60: Durchführung von Klinischen Studien der Pharmaindustrie in der DDR.

Fortbildungsveranstaltungen durch die Industrie dankbar und oft auch unkritisch als Erleichterung und konstruktive Entlastung an.<sup>71</sup> Mögliche Interessenskonflikte wurden mit dem Hinweis ausgeblendet, dass die „Formen der Zusammenarbeit zwischen Veranstaltern und Industrie“ eine „hochwertige, sachliche Fortbildung bei guter Zusammenarbeit“ als „produktunabhängige Fortbildung“ böten<sup>72</sup>. Diese bereitwillige Kooperation schaltete die mögliche Nachfragen und Reflektionen über die problematische Einflussnahme weitgehend aus.<sup>73</sup> Viele Ärzte sahen im Pharmareferenten keinen Verkäufer, sondern Berater.<sup>74</sup> Vertreter des Ausschusses „Ärzte in der pharmazeutischen Industrie“ wurden ab 1964 neben anderen privaten Anbietern von Fortbildungsveranstaltungen zu Sitzungen des Senats für ärztliche Fortbildung geladen, um neue Möglichkeiten ärztlicher Fortbildung zu diskutieren.<sup>75</sup> Noch 1981 stellte die Bundesärztekammer die Vorteile für ärztliche Fortbildung durch die Zusammenarbeit mit der pharmazeutischen sowie medizinisch-technischen Industrie heraus.<sup>76</sup> Die wachsende Kritik an dieser Beziehung führte im September 1986 zur Gründung der „Gemeinsamen Kommission der Ärzteschaft und des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie“, deren Mitglieder die Bundesärztekammer, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie waren.<sup>77</sup> Verstöße gegen den gemeinsamen Kodex blieben jedoch ohne Konsequenz, da Entscheidungen der Kommission nicht verpflichtend waren.<sup>78</sup> Noch 1989 waren Vertreter der Ärzteschaft der Meinung, dass es nicht möglich sei, „eine generelle, unabhängige Fortbildung der Ärzteschaft in eigener Hand zu finanzieren“.<sup>79</sup> Vom Staat erwartete man lediglich Steuererleichterungen. Ein staatliches Mitbestimmungsrecht an Fortbildungsregularien war unerwünscht, obwohl der Ärzteschaft das Interesse der Industrie – als Wirtschaftsunternehmen das eigene Produkt auf den Markt bringen zu müssen – nicht verborgen blieb.<sup>80</sup> Man begriff – und begreift – dies jedoch als individuellen Handlungsspielraum in einem System, in dem es letztlich in der eigenen ärztlichen Entscheidung liegt, diese oder jene, durch Industrie-Förderung mehr oder weniger beeinflusste Fortbildung zu wählen. Im Gegensatz zu einer staatlichen Fortbildungsstruktur mit Pflichtkursen, die eine ideologische Indoktrination einschloss, präferierte die bundesdeutsche Ärzteschaft ein offe-

---

<sup>71</sup>Böthin [accepted] S. 20.

<sup>72</sup>Odenbach (1979), S. 1645.

<sup>73</sup>Vgl. Lenzen (2015), S. 5-12, 101-102.

<sup>74</sup>Arnold/ Schirmer (1990), S. 30.

<sup>75</sup>Vogt (1966), S. 257.

<sup>76</sup>Die Illusion vom allezeit herstellbaren Fortschritt. 30. Deutscher Kongress für ärztliche Fortbildung in Berlin. DÄ 35 (1981), S. 1644.

<sup>77</sup>Eine „Gemeinsame Kommission“ aus Ärzteschaft und Pharmaindustrie. DÄ 48 (1986), A-3349.

<sup>78</sup>Übernahme von Reisekosten durch Pharma-Veranstalter häufig nicht zulässig. DÄ 40 (1988), A-2726.

<sup>79</sup>Zwölf Forderungen für die Fortbildung. Tagesordnungspunkt 1. DÄ 20 (1989), A-1501.

<sup>80</sup>Böthin [accepted], S. 21.

nes und durch die industrielle Finanzierungsstruktur beeinflussbares Modell, ohne eine Indoktrination systematisch auszuschließen.<sup>81</sup>

### C. Aufgaben und Ausrichtung der Akademien für ärztliche Fortbildung

Die genaue Betrachtung der Entstehungsgeschichte von Akademien für ärztliche Fortbildung offenbart auch hier einen innerärztlichen Diskurs, der an ärztliche Selbstverwaltung und berufspolitische Entscheidungsgremien geknüpft war. Beispielhaft für diese Debatte und die Umsetzung von Fortbildungsakademien sind die Entwicklungen zur Zeit des Kaiserreichs sowie der Bundesrepublik. Das Zentralkomitee für ärztliche Fortbildung in Preußen initiierte in größeren Städten die Gründungen lokaler Akademien, wie die Akademie für praktische Medizin in Köln 1904 und in Düsseldorf 1907. Diese sollten für die Fortbildung der Ärzte sorgen, also das Grundlagenwissen der berufstätigen Ärzte erweitern sowie die Ausbildung in den ärztlichen Spezialgebieten ermöglichen.<sup>82</sup> Innerhalb der Ärzteschaft wurde die Gründung solcher Fortbildungsakademien intensiv diskutiert. Vor allem wurde eine Konkurrenzsituation zwischen ärztlichen Akademien und medizinischen Fakultäten befürchtet, die in einem unproduktiven Wettstreit enden könnte. Die Sorge war, dass sich die Akademie zu einer medizinischen Fachschule weiterentwickelte, was das Ansehen der medizinischen Fakultäten mindern und den Lehrauftrag der medizinischen Fakultäten beeinträchtigen würde. Zudem biete die Zentralisierung der ärztlichen Fortbildung in großen, mit allen Spezialabteilungen ausgestatteten Krankenhäusern nicht die Qualität in gleichem Maße wie eine Verteilung auf viele dezentralisierte gleichwertige Hospitäler. Weder in der Kaiserzeit noch in der Weimarer Republik kam es zu weiteren Akademiegründungen.<sup>83</sup>

In der Bundesrepublik fungierten die Akademien in der konzeptionellen Trennung von Ausbildung und lebenslangem Lernen nicht als Lehr-, sondern als Fortbildungseinrichtungen. Bereits die Richtlinien für ärztliche Fortbildung, die vom 56. Deutschen Ärztetag 1953 beschlossen worden waren, legten diese konzeptionelle Unterscheidung von Aus- und Fortbildung verbindlich fest.<sup>84</sup> Als vermehrt in den 1970er Jahren Akademien durch die Ärztekammern eingerichtet wurden, konnten sich Fortbildungsfakultäten oder -akademien mit hauptamtlichen Mitarbeiter\_innen und Dozent\_innen ähnlich wie Universitätslehrer in Forschung, Lehre und Praxis nicht durchsetzen.<sup>85</sup>

Fragt man nach der ideologischen Zweckentfremdung von Akademien in staatlich kontrollierten Fortbildungsstrukturen, so müssen die entsprechenden Einrichtungen zur Zeit des Natio-

---

<sup>81</sup> Böthin [accepted], S. 31.

<sup>82</sup> Böthin (2015), S. 152.

<sup>83</sup> Böthin (2015), S. 152-153.

<sup>84</sup> Tätigkeitsbericht BÄK 1989, S. 548.

<sup>85</sup> Böthin [accepted], S. 24-25.

nalsozialismus und der DDR herangezogen und verglichen werden, ohne die grundsätzlichen Unterschiede zu ignorieren.

30 Jahre nach der Gründung der ersten beiden Fortbildungsakademien in der Kaiserzeit wurden von 1934 an Fortbildungsakademien gegründet und nach nationalsozialistischen Vorstellungen gleichgeschaltet. Die „Akademien für das ärztliche Fortbildungswesen in Deutschland“ waren alle der Reichsärztekammer unterstellt. Sie waren thematisch unterschiedlich ausgerichtet. Die Berliner Akademie deckte das gesamtmedizinische Spektrum ab, die Münchener Akademie diente der Vermittlung von Zielen der nationalsozialistischen Gesundheitsführung, die Dresdener Akademie erhielt den Schwerpunkt Naturheilkunde und die Hamburger Akademie die Präferenz für Tropen- und Schifffahrtsmedizin.<sup>86</sup>

In der DDR führte die staatliche Neuordnung der Hochschullandschaft ab 1954 zur Einrichtung von Hochschulen, Instituten und Akademien, die auf ein parteipolitisches Ziel ausgerichtet werden sollten, um politische Einstellung mit dem fachlichen Vermögen zu verbinden.<sup>87</sup>

Die Medizinischen Akademien waren als Ergänzung der Universitätsfakultäten konzipiert. Sie sollten diese nicht ersetzen.<sup>88</sup> Die Aufgabe der Akademie für Ärztliche Fortbildung bestand im Wesentlichen darin, neben den Fortbildungsseminaren und Weiterbildungslehrgängen ein Kursangebot im Sinne der sozialistischen Ideologie mit Inhalten zu Marxismus-Leninismus sicherzustellen. In der sich anschließenden Phase der Konsolidierung musste jeder Abschluss, ob die Weiterbildung zum Facharzt/Fachärztin, Erwerb einer Promotion oder auch die in den 1980er Jahre eingeführten Kreisarztlehrgänge mit einem obligatorischen Besuch von Kursen in Marxismus-Leninismus absolviert werden.<sup>89</sup>

Zusammenfassend lässt sich beim Blick in drei Systeme festhalten, dass die unterschiedlichen Formen ärztlicher Akademien jeweils dem Zweck der ärztlichen Fortbildung gedient haben. Darüber hinaus hatte sie entsprechend der historischen und politischen Rahmenbedingungen auch anderen Bestimmungen zu folgen: einem ideologischen, (berufs-)politischen oder wirtschaftlichen Nutzen.

---

<sup>86</sup> Böthin (2015), S. 154.

<sup>87</sup> Kowalczuk (2003), S. 22.

<sup>88</sup> Ernst (1997), S. 213, 216.

<sup>89</sup> Böthin [accepted], S. 9.

## Literaturverzeichnis

Anordnung vom 15. Dezember 1971 über das Statut der Akademie für Ärztliche Fortbildung der Deutschen Demokratischen Republik. In: GBl. II 7 (1972), S. 71.

Anweisung zur obligatorischen Qualifizierung aller Ärzte auf epidemiologischem und hygienischem Gebiet. In: Verf. u. Mitt. d. Min. f. Gesundheitswesen 8 (1963), 65.

Arnold, Michael; Schirmer, Bernd: Gesundheit für ein Deutschland. Köln (1990).

Atorf, Marcus: Ärztliche Weiterbildung: Vergleich zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Deutschen Demokratischen Republik. Diss. Gießen 1998.

Bekanntmachung des Beschlusses des Ministerrates vom 8. Juli 1954 über die weitere Entwicklung des Gesundheitsschutzes der Bevölkerung in der Deutschen Demokratischen Republik. In: GBl. (1954) S. 597.

Bergmann, E. V.: Die Wahrheit über das ärztliche Fortbildungswesen in Preussen. In: Aerztliches Vereinsblatt 559 (1905), Spalte 572

Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 91 Abs. 7 SGB V zur Fortbildung der Fachärzte im Krankenhaus in der Sitzung vom 20. Dezember 2005. Die Vereinbarung tritt am 1. Januar 2006 in Kraft.

Bleker, Johanna; Eckelmann, Christine: Der Erfolg der Gleichschaltungsaktion kann als durchschlagend bezeichnet werden" - Der „Bund Deutscher Ärztinnen" 1933 bis 1936. In: Bleker, Johanna; Jachertz, Norbert (Hrsg.): Medizin im Dritten Reich. Köln 1993, S. 87-97.

Böthin E. Ärztliche Fortbildung in Deutschland – Pflicht und Freiwilligkeit. In: ZEFQ 2013; 107: 327-334.

Böthin E.: Ärztliches Fortbildungswesen in Deutschland 1871-1945. In: Sudhoffs Archiv. Zeitschrift für Wissenschaftsgeschichte Band 99, Heft 2, 2015, Franz Steiner Verlag, Stuttgart.

Böthin E. Strukturen ärztlicher Fortbildung im geteilten Deutschland 1949-1990 – eine Analyse zentralistischer staatlicher Ausrichtung und föderaler ärztlicher Selbstverwaltung. MedGG (accepted).

BArch DQ 103/18 Direktorat Leitungskaderqualifizierung– Zentrale Fachkommissionen der Deutschen Akademie für Ärztliche Fortbildung (1971).

BArch DQ 103/20 Systematische Weiterbildung der Hochschulkader im Gesundheitswesen der DDR (1973).

BArch DQ 103/119 Aus- und Weiterbildung medizinischer Hochschulkader (1971).

BArch DQ 103/119 Begriffsbestimmungen 12.10.1974 Fortbildung = Weiterbildung.

Bundesgesetzblatt I vom 19. November 2003, Ausgabe Nr. 55: Veröffentlichung des GKV-Modernisierungsgesetzes – GMG: „§ 95d Pflicht zur fachlichen Fortbildung“, S. 2212-2213.

Bruns, Florian: Medizinethik im Nationalsozialismus. Entwicklungen und Protagonisten in Berlin (1939-1945). Stuttgart 2009.

Das Centralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen in Preussen. In: Aerztliches Vereinsblatt 450 (1901), Spalte 319-320.

Die Illusion vom allezeit herstellbaren Fortschritt. 30. Deutscher Kongress für ärztliche Fortbildung in Berlin. In: DÄ 35 (1981), S. 1643-1644.

Die ständige Weiterbildung der Hoch- und Fachschulkader in Wissenschaft und Praxis. In: GBl. I 3 (1969), S. 5-19.

Eine „Gemeinsame Kommission“ aus Ärzteschaft und Pharmaindustrie. In: DÄ 48 (1986), A-3349.

Ernst, Anna-Sabine: Die beste Prophylaxe ist der Sozialismus. Ärzte und medizinische Hochschullehrer in der SBZ/DDR 1945-1961, Münster 1997.

Gerst, Thomas: Neuaufbau und Konsolidierung: Ärztliche Selbstverwaltung und Interessenvertretung in den drei Westzonen und der Bundesrepublik Deutschland 1945-1995. In: Jütte, Robert (Hrsg.): Geschichte der deutschen Ärzteschaft. Köln 1997, S. 195-242.

Gerst, Thomas: Ärztliche Standesorganisation und Standespolitik in Deutschland 1945-1955, Stuttgart 2004.

Heine, Eva: Die Anfänge einer organisierten ärztlichen Fortbildung im Deutschen Reich. München 1985.

Hess, Volker; Hottenrott, Laura; Steinkamp, Peter: Testen im Osten. DDR-Arzneimittelstudien im Auftrag westlicher Pharmaindustrie 1964-1990. Berlin-Brandenburg 2016.

IGM-Archiv – Charité – Universitätsmedizin Berlin, Institut für Geschichte der Medizin, B-033927, S. 1-122: Ärztliche Fortbildung in Deutschland.

Jachertz, Norbert; Rieser Sabine: Ein kurzer Traum vom eigenen Weg. In: DÄ 5 (2010), A 184-187.

Kerger, Hermann: Die ärztliche Fortbildung: Ziele, Organisation, Programmgestaltung und Modelle einer permanenten Fortbildung. Berlin 1986.

Kowalczuk, Ilko-Sascha: Geist im Dienste der Macht. Hochschulpolitik in der SBZ/DDR 1945 bis 1961. Berlin 2003.

Krätzner, Anita: Zwischen „Störfreimachung“ und „Kampfauftrag“. Zur Situation an den Universitäten der DDR im Jahr 1961. In: Benjamin Schröder, Jochen Staadt (Hrsg.): Unter Hammer und Zirkel. Repression, Opposition und Widerstand an den Hochschulen der SBZ/DDR. Studien des Forschungsverbundes SED-Staat an der Freien Universität Berlin 16. Peter Lang Verlag, Frankfurt am Main u.a. 2011, S. 193.

Lenzen, Laura Marianne: Interessenkonflikte in der ärztlichen Fortbildung. Untersuchungen am Beispiel des von der Bayerischen Landesärztekammer in der Kategorie D zertifizierten Fortbildungsangebotes. Diss. Köln 2015.

Manifest des Misstrauens. Die Bundesärztekammer warnt davor, eine Überwachungsbürokratie aufzubauen. In: DÄ PP 5 (2003), S. 198.

Müller-Dietz, Waltraud; Weiterbildung und Fortbildung der Ärzte in der DDR. In: DÄ 26 (1973), S. 1757-1759.

Odenbach, Erwin: Ärztliche Fortbildung. In: DÄ 24 (1979), S. 1643-1658.

Regelung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Fortbildungsverpflichtung der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten nach § 95d SGB V. In: DÄ 5 (2005), A 306-307.

Riecke, P.: Entwicklung und Ziele der ärztlichen Fortbildung. In: DÄ 18 (1931), S. 249-250.

Satzung der Bundesärztekammer § 2 Absatz 1 und 2 (Stand: 2014)

Schagen, Udo; Schleiermacher, Sabine: Gesundheitswesen und Sicherung bei Krankheit. DDR 1949-1961. Im Zeichen des Aufbaus des Sozialismus. Bandherausgeber: Hoffmann D, Schwartz M. Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945 Bd. 8. Hg. vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung und dem Bundesarchiv. Baden-Baden 2004.

Schettler, Gerhard: Fortschritt und Fortbildung. In: DÄ 10 (1965), S. 549-552.

Steinbrück, P: Zur Facharztausbildung und den Aufgaben der Deutschen Akademie für Ärztliche Fortbildung. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 4 (1968), S. 236.

Tätigkeitsbericht der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern 1952-1953, S 15-17

Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer 1964/1965, S. 38.

Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer 1977, S. 101.

Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer 1978, S. 235.

Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer 1989, S. 548.

Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer 1990, S. 325.

Übernahme von Reisekosten durch Pharma-Veranstalter häufig nicht zulässig. Erster Tätigkeitsbericht der Gemeinsamen Kommission der Ärzteschaft und des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie. In: DÄ 40 (1988), A-2726.

Verordnung über den Aufbau und die Arbeitsweise der staatlichen Organe der Bezirke bzw. Kreise vom 24.7.1952. In: GBl. (1952), S. 621-623.

Verordnung des Ministerrates der DDR vom 9. November 1967 „Über die Registrierung von Vereinigungen“. In: GBl. II 14 (1967), S. 84.

Vogt, Gerhard: Die Fortbildung – eine der vornehmsten Berufspflichten. Fortbildungssenat der Bundesärztekammer prüft neue Wege. In: DÄ 5 (1966), S. 257-270.

Weber, Herrmann: Die DDR 1945-1990. 5. Auflage. Oldenburg 2012.

Weiter- und Fortbildung der im Gesundheits- und Sozialwesen tätigen Hochschulkader . In: Verf. u. Mitt. d. Min. f. Gesundheitswesen I (1973), S. 2.

Winter, Kurt: Leitartikel. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 21 (1952), S. 629-630.

Winter, Kurt: Zu einigen Aufgaben der Deutschen Akademie für Ärztliche Fortbildung. In: Zeitschrift ärztliche Fortbildung 24 (1967), S. 1324.

Woelk, Wolfgang; Vögele, Jörg: Geschichte der Gesundheitspolitik in Deutschland. Berlin 2002.

Wolf, Birgit: Sprache in der DDR. Ein Wörterbuch. Berlin/New York 2000.

Zwölf Forderungen für die Fortbildung. Tagesordnungspunkt 1. In: DÄ 20 (1989), A 1500-1511.

#### **Abkürzungsverzeichnis:**

ÄM	Ärztliche Mitteilungen
BArch	Bundesarchiv
BÄK	Bundesärztekammer
DÄ	Deutsches Ärzteblatt
DDR	Deutsche Demokratische Republik
FRG	Federal Republic of Germany
GBl.	Gesetzblatt der DDR
GDR	German Democratic Republic
IGM-Archiv	Institut für Geschichte der Medizin Charité Berlin
OF	obligatorische periphere Fortbildung
SED	Sozialistische Einheitspartei Deutschlands
SBZ	Sowjetische Besatzungszone
ZEFQ	Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen

## Eidesstattliche Versicherung

„Ich, Elke Böthin, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: „Entstehung und Regelung ärztlicher Fortbildung in Deutschland. Eine komparative Analyse des Zeitraums 1945-1990 unter Berücksichtigung der strukturellen Entwicklung standespolitischer Grundlagen.“ selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung (siehe „Uniform Requirements for Manuscripts (URM)“ des ICMJE -[www.icmje.org](http://www.icmje.org)) kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) entsprechen den URM (s.o) und werden von mir verantwortet.

Meine Anteile an den ausgewählten Publikationen entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem/der Betreuer/in, angegeben sind. Sämtliche Publikationen, die aus dieser Dissertation hervorgegangen sind und bei denen ich Autor bin, entsprechen den URM (s.o) und werden von mir verantwortet.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§156,161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

---

Datum

---

Unterschrift

## Anteilserklärung an den erfolgten Publikationen

Elke Böthin hatte folgenden Anteil an diesen Publikationen:

### Publikation 1

Böthin E. Ärztliche Fortbildung in Deutschland – Pflicht und Freiwilligkeit. Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFG) 2013; 107:327-334.

Beitrag im Einzelnen zu 100%: Konzeption des Beitrages, Akquisition der Interview-Kandidaten sowie der Primär- und Sekundärliteratur, Erstellung des Fragebogens, Analyse und Interpretation der Antwortdaten, Verfassen und Revision des Manuskriptes einschließlich Dokumentation der Interviews für das Archiv der Charité – Universitätsmedizin Berlin, Institut für Geschichte der Medizin IGM-Archiv, B-033927, S. 1-122; Überarbeitung und Freigabe nach Review-Prozess.

### Publikation 2

Böthin E. Ärztliches Fortbildungswesen in Deutschland 1871-1945. Sudhoffs Archiv. Zeitschrift für Wissenschaftsgeschichte Band 99, Heft 2, 2015, Franz Steiner Verlag, Stuttgart, S. 145-165.

Beitrag im Einzelnen zu 100%: Konzeption des Beitrages, Akquisition der Primär- und Sekundärliteratur, Analyse und Interpretation der Daten, Verfassen und Revision des Manuskriptes, Überarbeitung und Freigabe nach Review-Prozess.

### Publikation 3

Böthin E. Strukturen ärztlicher Fortbildung im geteilten Deutschland 1949-1990 – eine Analyse zentralistischer staatlicher Ausrichtung und föderaler ärztlicher Selbstverwaltung. MedGG (accepted).

Beitrag im Einzelnen zu 100%: Konzeption des Beitrages, Akquisition der Primär- und Sekundärliteratur, Analyse und Interpretation der Daten, Verfassen und Revision des Manuskriptes, Überarbeitung und Freigabe nach Review-Prozess.

Unterschrift, Datum und Stempel des  
betreuenden Hochschullehrers

Unterschrift der Doktorandin

---

---

## **Ausgewählte Publikationen**

### Publikation 1

Böthin E. Ärztliche Fortbildung in Deutschland – Pflicht und Freiwilligkeit. Z. Evid.

Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFQ) 2013; 107:327-334.

2013 RG Journal impact 0.71

2015 / 2016 RG Journal impact 0.39

### Publikation 2

Böthin E. Ärztliches Fortbildungswesen in Deutschland 1871-1945. Sudhoffs Archiv. Zeitschrift für Wissenschaftsgeschichte Band 99, Heft 2, 2015, Franz Steiner Verlag, Stuttgart, S. 145-165.

RG Journal Impact: data not available

### Publikation 3

Böthin E. Strukturen ärztlicher Fortbildung im geteilten Deutschland 1949-1990 – eine Analyse zentralistischer staatlicher Ausrichtung und föderaler ärztlicher Selbstverwaltung. MedGG (accepted).

RG Journal Impact: data not available

Provided for non-commercial research and education use.  
Not for reproduction, distribution or commercial use.

ELSEVIER  
URBANA FISCHER

Begründet 1904  
als  
Zeitschrift  
für ärztliche Fortbildung

4-5  
107. Jahrgang 2013

Zeitschrift für  
**EVIDENZ,  
FORTBILDUNG  
und QUALITÄT**  
im Gesundheitswesen  
German Journal for Evidence and Quality in Health Care

**Herausgeber:**  
AkdÄ - Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft  
APS - Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.  
AWMF - Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften  
AQUA - Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH  
ÄZQ - Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin  
BQS - Institut für Qualität und Patientensicherheit  
DCZ - Deutsches Cochrane Zentrum  
DIMDI - Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information  
DNEBM - Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin  
G-BA - Gemeinsamer Bundesausschuss  
GQMG - Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e.V.  
IQWiG - Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen  
MDS - Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.  
SQMH - Schweizerische Gesellschaft für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen  
In affiliation with Guidelines International Network (GIN)

**SCHWERPUNKT**  
Orofaziale Schmerzen

ISSN 1865-9217  
Z. Evid. Fortbild. Qual.  
Gesundh.wesen (ZEFQ)  
107 (2013)4-5 - S. 275-360

<http://journals.elsevier.de/zefq>

This article appeared in a journal published by Elsevier. The attached copy is furnished to the author for internal non-commercial research and education use, including for instruction at the authors institution and sharing with colleagues.

Other uses, including reproduction and distribution, or selling or licensing copies, or posting to personal, institutional or third party websites are prohibited.

In most cases authors are permitted to post their version of the article (e.g. in Word or Tex form) to their personal website or institutional repository. Authors requiring further information regarding Elsevier's archiving and manuscript policies are encouraged to visit:

<http://www.elsevier.com/authorsrights>

Online verfügbar unter [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

SciVerse ScienceDirect

journal homepage: <http://journals.elsevier.de/zefq>

AUS- UND FORTBILDUNG

# Ärztliche Fortbildung in Deutschland – Pflicht und Freiwilligkeit

*Continuing Medical Education in Germany – mandatory and voluntary obligations*

Elke Böthin\*

Institut für Geschichte der Medizin, Charité Berlin

## SCHLÜSSELWÖRTER

Ärztliche Selbstverwaltung;  
zentrale Einheitsstruktur;  
freiwillige Pflicht;  
Fortbildungspflicht;  
obligatorische Periphere Fortbildung

## KEYWORDS

Physician self-governance;  
centralistic structure;  
voluntary obligations;

**Zusammenfassung** Nach 1945 entwickelte sich das vormalige gemeinsame Fortbildungswesen in zwei unterschiedlichen politischen Systemen. In der Bundesrepublik Deutschland war die ärztliche Selbstverwaltung die maßgebende berufspolitische Handlungsrichtlinie für die Ärzteschaft. In der DDR dagegen wurde die ärztliche Berufsausübung staatlich organisiert. Mit dem Beitritt der DDR am 3. Oktober 1990 zur Bundesrepublik ersetzte ärztliche Selbstverwaltung mit föderalen Strukturen ab sofort die Konstruktion eines zentralistischen Staatsgefüges. Ärztliche Fortbildung in der Bundesrepublik Deutschland basierte bis zum 1. Januar 2004 auf einer „freiwilligen Pflicht“ eines Arztes zur Fortbildung. In der DDR gab es eine Fortbildungspflicht, die so genannte obligatorische periphere Fortbildung. Anhand einer Befragung von 15 relevanten Persönlichkeiten aus den beiden ehemaligen deutschen Staaten zum Thema „Ärztliche Fortbildung in Deutschland“ wurden mittels komplexer Fragestellungen die unterschiedlichen Voraussetzungen und Umstände ärztlicher Fortbildung mit historischem Bezug beleuchtet.

**Summary** After 1945 the common medical training infrastructure was broken up into two different political systems. While in the Federal Republic of Germany the structure was based on physicians' self-governance, in the German Democratic Republic medical professional structures were organised by the government. After the unification of the two German states, which took place on October 3, 1990, the centralistic structure was replaced by the system of physician self-governance. Before January 1, 2004, continuing medical education (CME) in West Germany relied on a system of voluntary obligations. In East Germany, though, professional CMEs were

\* Korrespondenzadresse: Elke Böthin, Institut für Geschichte der Medizin, Universitätsmedizin Berlin, Charitéplatz 1, 10117 Berlin.  
E-Mail: [Boethin@t-online.de](mailto:Boethin@t-online.de)

professional CME obligations; peripheral professional CME obligations

compulsory; they were called “obligatorische periphere Fortbildung.” Based on 15 expert interviews on the topic of “CME in Germany”, the different circumstances and conditions were analysed taking account of the historical background. Only selected professionals with experience in both German states (one with a federal, the other with a centralistic system), were chosen for the survey.

## Gesetzliche Fortbildungspflicht mit Zielgruppendifferenzierung

Mit der Einführung der Fortbildungspflicht am 1. Januar 2004 für Vertragsärzte [1] und ab dem 1. Januar 2006 für Krankenhausärzte [2], innerhalb von fünf Jahren ein bestimmtes Kontingent an Fortbildungsmaßnahmen mit Nachweis absolvieren zu müssen, gab es in der Ärzteschaft offene Kritik Richtung staatlicher Reglementierung [3], zumal nicht alle Ärzte von dieser gesetzlichen Fortbildungspflicht betroffen waren. Niedergelassene Ärzte mit Privatpraxen unterliegen dieser Fortbildungspflicht mittels Punkterwerb nicht.

Die Sinnhaftigkeit dieser Differenzierung wurde von fast allen Befragten<sup>1</sup> in Zweifel gezogen. Denn schließlich hätten alle Ärzte die Pflicht, sich beruflich fortzubilden. Die Differenzierung zeige ein Versäumnis seitens der Landesärztekammern, ihrer Verantwortung nachzukommen, was daran liegen könnte, dass eine Fortbildungspflicht mit Nachweis von diesen nicht gewünscht gewesen sei. Es erfolgte allerdings auch der Hinweis, dass die Differenzierung das System der Selbstverwaltung berücksichtigt hätte. Kassenärzte wären schließlich als Pflichtmitglied der Kassenärztlichen Vereinigungen ein Bestandteil fester Strukturen sowie auch Krankenhausärzte aufgrund ihres Angestelltenverhältnisses.

So hatte diese Differenzierung nicht die Absicht „sinnhaft“ zu sein, sondern sei sie „das Ergebnis der Freiheit, in Deutschland den Beruf auf verschiedene Weise ausüben zu können“, d.h. als Vertragsarzt oder eben privatärztlich tätig zu sein. Privatärzte befinden sich außerhalb solcher festen Vertragsstrukturen, was sie allerdings nicht von einer Pflicht zur Fortbildung entbindet. Denn als Pflichtmitglied einer Landesärztekammer unterliegen sie der ärztlichen Berufsordnung, nach der es eine Verpflichtung ist, das ärztliche Wissen auf dem aktuellen Stand zu halten [5,6]. Durch das Freiwillige Fortbildungszertifikat [7] hätten die Privatärzte allerdings ebenfalls die Möglichkeit, ihre Fortbildung zu dokumentieren.

## Fortbildungspflicht: Wettbewerbsvorteil oder unnötige Belastung?

Ob ein Wettbewerbsvorteil vorliegt [8], wird von den Befragten unterschiedlich bewertet. Zum Teil wird ein Vorteil gesehen, weil damit eine größere Sicherheit in der Patientenbetreuung gegeben wäre, was ein höheres Vertrauen beim Patienten bewirken würde. Unter den Kassenärzten gelte die Fortbildungspflicht nicht als Wettbewerbsvorteil, weil alle Ärzte aus dieser Gruppe dieser

Maßnahme unterliegen. Für die Privatärzte diene es als Anreiz, sich mittels Zusatzqualifikation als kompetent darzustellen. Es wird auch auf den höheren Druck verwiesen, dem Privatärzte ausgesetzt seien, Patienten „akquirieren“ zu müssen, die den Kassen- und Krankenhausärzten systembedingt praktisch automatisch zugeführt würden.

Daher sehen auch ein Teil der Befragten die Fortbildungspflicht mit konkretem Bezug auf einen Wettbewerbsvorteil als eher nicht relevant an, zumal eine Relevanz sich auch nicht beweisen ließe und die Haftungsschäden auch nach Einführung der Fortbildungspflicht nicht gesunken seien [9]. Außerdem sei davon auszugehen, dass sich alle Ärzte fortbilden. Denn schließlich handelt es sich um eine Berufspflicht eines jeden Arztes. Daher wird vor allem der Begriff Wettbewerbsvorteil eher kritisch gesehen. Denn es soll dem Patienten gut ergehen, deswegen bildet sich ein Arzt fort – und nicht weil er dadurch einen finanziellen Vorteil hat.

Einer der Befragten plädiert dagegen durchaus für einen finanziellen Anreiz für fortbildungspflichtige Ärzte, wobei auch darauf verwiesen wird, dass gemäß §95 SGB V [10] mit finanziellen Sanktionen zu rechnen sei, wenn ein fortbildungspflichtiger Arzt sich nicht fortbildet. Prinzipiell sei es aber durchaus so, dass jeder Arzt, der sich fortbildet, selbstverständlich über einen Wettbewerbsvorteil verfügt. Problematisch sei allerdings, dass Fortbildungskosten vom niedergelassenen Arzt selber getragen werden müssten. Beim angestellten Krankenhausarzt dagegen zahlt der Arbeitgeber.

## Das Punktesystem als Maßeinheit

Das Fortbildungsverhalten sei aber nicht generell durch schnelles Punktesammeln beeinträchtigt, obwohl durchaus eine „Punktutis“ zu verzeichnen wäre, die sich fast zu einer „Manie“ ausgewachsen hätte und nicht das „gezielte Auffüllen von Lücken“ verfolgen würde.

So sollten die Inhalte der Fortbildung im Vordergrund stehen - und nicht die Anzahl der Punkte, die durch die Veranstaltung zu erlangen sei. Dennoch wird das Punktesystem als quantifizierbares Mittel gesehen, das als Maßeinheit eine Kontrolle ermöglicht und Fortbildung dokumentierbar macht. Schließlich könne „nicht davon ausgegangen werden, dass die gesamte Ärzteschaft so diszipliniert sei, sich regelmäßig fortzubilden“. Außerdem gelte, dass jede Fortbildungsveranstaltung oder –maßnahme, die ergriffen wird, einen prinzipiellen Nutzen für den Arzt hat, auch wenn er sich außerhalb seines Fachgebietes fortbildet, zumal nur von einer Landesärztekammer zertifizierte Veranstaltungen Punkte vergeben dürfen. Allerdings können diese Qualitätsvorgaben für Fortbildungsangebote auch umgangen werden, gerade mit Blick auf die „Evaluation des Fortbildungserfolges“ sowie die „Unabhängigkeit der Fortbildungsinhalte“ und der Beeinflussung durch die Medizinindustrie. Die

<sup>1</sup> IGM-Archiv, B-033927, S. 1-122 [4].

Landesärztekammern, denen diesbezüglich die Verantwortung der Prüfung zukommt, würden „ihrer Steuerungs- und Kontrollpflicht“ nicht intensiv genug wahrnehmen. So könne auch nicht von einem Vor- oder Nachteil durch Pflichtfortbildung mit Punkteerwerb gesprochen werden, da Fortbildung abzuleisten, „keine Qualität an sich“ darstelle.

### Spezielle Fortbildungsinhalte als grundlegende Verpflichtung?

Es ergibt sich die Frage, ob es sinnvoll wäre, bestimmte Fortbildungsinhalte für jeden Arzt als verpflichtend festzulegen, z.B. Notfallmaßnahmen oder Pandemievorkkehrungen? [11]

Auch in diesem Punkt sind die Befragten unterschiedlicher Meinung. Ärzte außerhalb ihrer Kompetenzen nach dem „Gießkannenprinzip“ zu verpflichten, wird eher als „kontraproduktiv“ betrachtet und würde sie in ihrer Freiheit einschränken. Eine „segmentale Unterfortbildungspflicht“ wäre zudem nur schwer umsetzbar, weil sie auf Widerstand stoßen würde. Auf die Vernunft der Ärzte zu setzen, sich auch außerhalb des eigenen Bereiches fortzubilden, sei die bessere Variante. Notfallfortbildungen würden heutzutage bereits deutlich häufiger besucht, was auch an der strengeren Haftungsfrage liegen könnte.

Allerdings werden auch Vorteile in der Vermittlung eines generellen Basiswissens gesehen, was aber auf bestimmte Themenbereiche – wie z.B. Notfallmedizin – beschränkt bleiben sollte. Bereits früher gab es in der Berufsordnung den Passus, dass sich ein Arzt zwecks Teilnahme am allgemeinen Notdienst in diesem Bereich fortbilden musste [12]. Als wichtiger Aspekt bei einer Pflichtfortbildung in einem bestimmten Bereich wird genannt, dass sie dann einen Teil der Berufstätigkeit darstellen würde und somit als eine „vergütete Regelarbeitszeit“ eingestuft werden müsste.

In der DDR wurde nach einer Ruhrepidemie ab 1964 die so genannte Obligatorische Periphere Fortbildung eingeführt [13]. Sie bot eine Verknüpfung von Pflicht und Wahlthemen und sollte eine Basisfortbildung für allgemeine medizinische Themenbereiche vermitteln. Lediglich der Bereich der Obligatorischen Peripheren Fortbildung war geregelt mit Pflicht- und Wahlthemen [14, 15]. Daneben setzte die DDR-Führung ebenfalls auf eine lebenslange berufsbegleitende Fortbildung auf Basis der Freiwilligkeit. Somit war nicht der gesamte Fortbildungsbereich in der DDR einer Nachweispflicht unterstellt.

Die Kombination aus Pflicht und Freiwilligkeit, d.h. ohne Themenbereiche festzulegen, wie sie mit der Fortbildungspflicht am 1. Januar 2004 in Kraft getreten ist, wird überwiegend positiv von den Befragten bewertet. Besonders die Wählbarkeit der Inhalte sei wichtig bei einer Pflichtfortbildung, denn sonst wäre diese auch keine Fortbildung mehr, sondern als Weiterbildung zu bezeichnen. Die Pflicht sei eine Notwendigkeit, die aber die Möglichkeit bieten müsse, sich entsprechend seiner Neigungen und Fähigkeiten gezielt individuell fortzubilden, dies wäre dann sozusagen die „Kür“: „Die Pflicht erfüllen zu können, indem individuelle, d.h. dem eigenen Fachgebiet dienliche Fortbildung, selbst gewählt werden darf, ist eine gute Kombination“, womit sie als „roter Faden“ diene und nicht als Antagonismus gesehen wird. Es gibt aber auch kritische Stimmen, die eher ein Nebeneinander von „Pflichtfortbildung und

ungeregelter Fortbildung“ als einen denkbaren Lösungsansatz betrachten und das derzeitige Modell für Vertrags- und Krankenhausärzte, d.h. sich fortbilden zu müssen, aber ohne Vorgabe von Pflichtthemen, aufgrund des fehlenden Effektivitätsnachweises als unbefriedigend beurteilen.

### Motivator für ärztliche Fortbildung: Berufsethos oder gesellschaftliche Verpflichtung?

Was könnte eher ein geeignetes Mittel für motivierende ärztliche Fortbildung sein: Die gesellschaftliche Aufgabe, die ein Arzt zu erfüllen hat, indem er seinen Beitrag zur gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung leistet, oder eine an ein ärztliches Berufsethos geknüpfte Verpflichtung in Form einer Standes- bzw. Berufsordnung?

Einige der Befragten empfinden die Kombination aus beidem als eine prinzipielle Basis für die Motivation, denn ohne ethische Grundlagen könne ein Arzt seinen Beruf nicht im Sinne eines vertrauensvollen Arzt-Patienten-Verhältnisses ausüben. Gleichzeitig ist der Arzt aber ebenfalls ein „Homo Politicus“, der sich von gesellschaftlichen Aufgaben nicht losgelöst betrachten kann, zumal diese sich in der Berufsordnung widerspiegeln. Die gesellschaftliche Verknüpfung wird aber auch kritisch gesehen, da sie in menschenverachtenden Diktaturen – wie dem Nationalsozialismus – Ärzte von ihrem ärztlichen Berufsethos getrennt hätte. Eine gesetzliche Fortbildungspflicht berge daher die Gefahr, der Einflussnahme durch Berufsfremde auch auf das Berufsethos, das aber in der Verantwortung der Ärzte bleiben müsse. Die Freiwillige Pflicht, die sich an die Berufsordnung knüpfe, sei zudem motivierender. Jedoch widersprachen dem zwei der Befragten, die weder in der gesellschaftlichen Aufgabe noch in einem ärztlichen Berufsethos einen ausreichenden Motivationsfaktor erkennen konnten. Ärztliche Fortbildung sei nicht „an sich gut“. Sie soll daran ausgerichtet sein, „ob sie zur Verbesserung der Versorgung der Patienten beiträgt“. Die „Anstrengung des Einzelnen, sich nach Kräften fortbilden zu wollen“, sei die eigentliche Grundvoraussetzung.

### Ärztliche Fortbildung auch als Medium sachfremder Interessenvertretung?

Ärztliche Fortbildungsinhalte wurden in der Geschichte der deutschen Ärzteschaft auch zu Manipulationszwecken genutzt, so geschehen während des Nationalsozialismus nämlich zu Propagandazwecken für die menschenverachtende Rassistheorie. Nach 1949 bedeutete Ärztliche Fortbildung in der Selbstverwaltung der BRD ein großes Angebot an ärztlicher Fortbildung, vor allem auch von privaten Anbietern. In diesem „differenzierten Fortbildungssystem“ [16] agierte die Pharmaindustrie einflussreich auf dem Fortbildungsmarkt mit dem Ziel, Ärzte an ein jeweiliges Arzneimittel zu binden. In der DDR wurde Fortbildung ebenfalls benutzt, um für die Staatsideologie zu überzeugen. Der gesellschaftspolitische Bereich Marxismus/Leninismus hatte in der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung einen hohen Stellenwert [17].

Die Beeinflussbarkeit eines fortbildungswilligen Arztes hinsichtlich der Vermarktung eines Produktes oder

der Prägung auf eine Staatsideologie wurde differenziert betrachtet. Prinzipielle Beeinflussbarkeit sei zwar gegeben, jedoch hänge diese von der Neigung, der Persönlichkeit und der Bildung des Arztes ab. So war die Prägung auf eine Staatsideologie in der DDR durch Schulungen zum Bereich Marxismus/Leninismus während des Medizinstudiums, der Weiterbildung sowie Fortbildung eine „obligate Formsache“. Jedoch dominierte sie nicht die Aus-, Weiter- und Fortbildung. Der geringe Anteil an SED-Parteimitgliedern innerhalb der Mitarbeiter im DDR-Gesundheitswesen [18] zeige, dass deren Auswirkung eher individuell unterschiedlich blieb. Während des Dritten Reiches dagegen war eine hohe Anzahl an Ärzten Mitglied der NSDAP [19,20], weswegen hier von einer Indoktrinierung der Ärzte im Gegensatz zur DDR-Zeit gesprochen werden könnte [21].

Produktmarketing ist darauf ausgerichtet, erfolgreich zu sein. Unterstützt wird es durch merkantile Aspekte, die ihre Wirkung nicht verfehlen sollen. Dies wurde bereits 1911 erkannt, nachdem die Herstellung von Arzneimitteln nicht mehr nur vom Apotheker erfolgte, sondern immer mehr von Firmen mit ausgefeilten Verkaufstaktiken mit stetig wachsenden Marketingstrategien beherrscht wurde. Die Gründung der Arzneimittelkommission [22] war das Resultat dieser Entwicklung. In den 1970er und 1980er Jahren war diese Einflussnahme durch Pharma- und Medizintechnikunternehmen erheblich. Zu dieser Zeit herrschte die Meinung, Fortbildung sei industrieunabhängig nicht finanzierbar. Heutzutage erfolgt Fortbildung zum überwiegenden Teil ohne Sponsoring durch Konzerne. Dennoch verblieben den Unternehmen noch Möglichkeiten der Einflussnahme, indem zum Beispiel Reisekosten zu Kongressen durch die Wirtschaft finanziert würden. In solchen Fällen darf davon ausgegangen werden, dass die Bereitschaft des Arztes, das von dieser Firma angebotene Produkt zu verwenden, recht hoch sein dürfte. So bleibt die Fortbildung ein Schlüsselement für die Beeinflussung durch die Pharmaindustrie [5]. Denn ein Arzt ist schließlich auch von dem Gedanken geprägt, seinen Patienten nach dem wissenschaftlich neuesten Stand behandeln zu können, dazu gehören auch neue Medikamente, zumal gegen sinnvolle Arzneimittel nichts spricht.

### Das „differenzierte Fortbildungssystem“

Es stellt sich die Frage, ob ein „differenziertes Fortbildungssystem“ [16] - also ein System mit Anbietern aus dem wirtschaftlichen, berufspolitischen, universitären und medizinisch-wissenschaftlichen Umfeld sowie aus dem Bereich der ärztlichen Selbstverwaltung, das ebenfalls unterschiedliche Patientenwirklichkeiten berücksichtigt - aufgrund des vielfältigen Angebots größere Nutzungsmöglichkeiten bietet.

Überwiegend wurde diese Fragestellung mit einer Befürwortung des differenzierten Fortbildungssystems beantwortet, da es größere Möglichkeiten für die individuellen und persönlichen Bedürfnisse eines jeden Arztes mit unterschiedlichen Schwerpunkten bieten würde. Auch wäre die Beeinflussbarkeit auf das Gesamtsystem geringer, je verschiedener die Fortbildungsanbieter seien, was aber Einflussnahme durch private Anbieter im jeweiligen Seminar nicht ausschließe. Ein differenziertes Fortbildungssystem

bietet also größere Nutzungsmöglichkeiten, ist aber nur „dann sinnvoll, wenn seine Qualität gesteuert und kontrolliert wird“ entsprechend der Standards durch die Ärztekammern. Denn Vielfalt allein ist kein Garant für Fortbildungsqualität. Demnach solle Fortbildung sich vor allem nach dem Fortbildungsbedarf der Ärzte richten, und nicht nach den Interessen der Anbieter. Der Nutzen für die ärztliche Praxis müsste sich an der steigenden Qualität für die Bereiche Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation orientieren. Daher sollte Fortbildung „jenseits von Systemen“ sein. Denn sie ist abhängig vom Wissen, das vermittelt wird. Der Dozent und der Veranstalter seien wichtiger als das System. Ein System sei demnach von Vorteil für den Fortzubildenden, sofern es „offen“ ist. Schließlich wäre bisher die höhere Wirksamkeit eines „geschlossenen“ Systems nicht nachgewiesen worden. Vielfalt kann jedoch schnell zu einer Unübersichtlichkeit des Angebots und einer Überforderung des einzelnen Arztes führen. Denn Qualität muss vor Quantität stehen. Solange aber fachbezogene Fortbildung, die der Entwicklung des Fachgebiets dient, von den medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaften sowie deren Berufsverbänden offeriert werde, existiere eine Orientierungshilfe.

### Zentral gelenkte ärztliche Fortbildung: ein Muster?

In der Geschichte der deutschen Ärzteschaft gab es mit dem Zentralkomitee für ärztliche Fortbildung in Preußen eine „semi-staatliche“ Einrichtung und mit der Kaiserin-Friedrich-Stiftung eine zentrale Institution, die mit organisatorischen Fragestellungen beauftragt war [23,24]. In der DDR war eine vom Ministerium für Gesundheit als Leitinstitut beauftragte Akademie, die Akademie für ärztliche Fortbildung, für die Organisation und Durchführung der Fortbildungsprogramme und -veranstaltungen zuständig [25].

Die Fragestellung, ob mit einer zentralen staatlich gelenkten Organisation ärztlicher Fortbildung Vorteile verbunden seien, beantworteten einige von den Befragten mit „Nein“. Die Problematik wurde vor allem in der Festlegung der Inhalte gesehen. Das Angebot wäre zwar für alle Ärzte gleich, jedoch die Auswahl minimiert. Aufgrund des hohen Differenzierungsgrads, der in den letzten 150 Jahren durch die rasante Entwicklung in der Medizin gestiegen sei, muss in den Fachgebieten der Fortbildungsbedarf ermittelt werden. Lediglich organisatorische oder inhaltliche Fragestellungen, die für alle Ärzte relevant seien, wären sinnvoll, staatlich gelenkt zu werden. Jedoch sei bei einer funktionierenden Selbstverwaltung eine staatliche Reglementierung überflüssig. Denn der ärztlichen Selbstverwaltung käme die Aufgabe der Fortbildung und Fortbildungsorganisation zu. Für die Ausübung dieses Auftrags würden staatliche Rahmenbedingungen benötigt.

Allerdings werden in einer zentral gelenkten ärztlichen Fortbildung auch durchaus Vorteile gesehen: „Wo zentrale Vorgaben existieren, ist mehr Verbindlichkeit, Nachhaltigkeit und Einheitlichkeit“. In jedem Bundesland bestehen unterschiedliche Bestimmungen für die Leichenschau. Ein Bundesgesetz könnte aus den 16 verschiedenen Totenscheinen einen einheitlichen formen. Der Vorteil einer zentralen staatlich gelenkten Fortbildung, wäre die Registrierbarkeit. Fachärzte deren Facharztprüfung länger als 5 Jahre

zurück gelegen hätte, erhielten eine obligate dreiwöchige Fortbildung in der DDR [26,27]. Die Überblickbarkeit eines zentralen staatlich gelenkten Fortbildungssystems wird vor allem als vorteilhaft gesehen.

### **Bundesärztekammer - eine zentrale Funktionseinheit?**

Es schließt sich demnach die Frage an, ob eine bundesweite Organisation, unabhängig davon ob sie staatlich oder unter ärztlicher Selbstverwaltung geführt werde, Fortbildung effektiver und strukturierter vollziehen könnte.

Als Argument für eine bundesweite Organisation oder zentrale Koordinierungsstelle wurde auf zentrale Vorgaben verwiesen, die dann mit Augenmerk auf die relevanten neuesten Erkenntnisse für alle gelten und regional umgesetzt werden könnten. Als bundesweite Organisation wurde die Bundesärztekammer befürwortet und teilweise auch bereits so gesehen, deren Nachteil aber sei, dass sie aufgrund der fehlenden Entscheidungsbefugnis gegenüber den Landesärztekammern bisher keine Regulierungsmöglichkeiten besäße, was Prozessentwicklungen auf föderalem Wege häufig verlangsame oder blockiere. Jedoch wurde auch eine prinzipielle Überforderung einer zentralen bundesweiten Organisation hinsichtlich des großen Fortbildungsangebots gesehen, welches sich nicht zentral bündeln ließe und daher in einem föderalen System besser platziert sei. Auch wäre eine Effektivität eines zentralen Fortbildungssystems bisher nicht nachweisbar, sogar auf internationaler Ebene gäbe es diesbezüglich keine Hinweise. Zwar sei mit dem Zentralkomitee für ärztliche Fortbildung in Preußen als eine zumindest halb-staatliche Einrichtung [23] Fortbildung organisiert und unterstützt worden mit positivem Erfolg, letztlich sei aber das Wichtigste nicht unbedingt die Struktur des Fortbildungssystems, sondern vor allem: die Voraussetzungen müssen stimmen, unter denen ärztliche Fortbildung angeboten werde. Als ein unverzichtbares didaktisches Kriterium wurde vor allem der Austausch innerhalb der Fachgremien und Fachgesellschaften, Landesärztekammern sowie Kassenärztlichen Vereinigungen bewertet, um praxisorientierte Fortbildung zu ermöglichen, wie sie mittels des Modells des Qualitätszirkels der KVen bereits angeboten werde [28]. Daher könnte die Zukunft ärztlicher Fortbildung sich in zwei Bereiche unterteilen. Der eine Bereich wäre vermehrt durch strukturierte curriculäre Vorgaben letztlich für alle dieses Fachgebiet betreffende Ärzte obligat und durch Musterordnungen zentral vorentworfen, während der andere Bereich weiterhin föderal strukturiert und der freien Entscheidungsverantwortung obliegen könnte.

### **Fortbildung: zentrale oder föderale Steuerung?**

Bei einem Vergleich der Systeme, nämlich föderale pluralistische Selbstbestimmung und Selbstverwaltung contra zentrale Einheitsstruktur, wurden unterschiedliche Schlussfolgerungen mit Bezug auf die Strukturierung und Organisation ärztlicher Fortbildung gezogen. Einige von den Befragten sehen Vorteile in einer föderalen Struktur. Sie böte eine größere Vielfalt an Fortbildungsangeboten. Fehler würden

lokal begrenzt bleiben und nicht das komplette System erfassen. Außerdem könne sie selbst regulieren mittels der Selbstverwaltung. In einer Einheitsstruktur würde hingegen ein Selbstkorrektiv fehlen. Wichtig sei im föderalen System eine funktionierende Selbstverwaltung. Auch bliebe die Individualität des Arztes gewahrt, was sich positiv auf die Individualität des einzelnen Patienten auswirke, denn es sollte nicht eine Behandlung der Krankheit erfolgen, sondern eines Patienten mit Krankheit.

Es wurde aber auch auf die Gefahren hingewiesen, die ein föderales System mit sich bringe, nämlich Zersplitterung mit dem Charakter von „*Kleinstaaterei*“.

Eine Kombination aus beiden Systemen wird durchaus alternativ gesehen, denn Methodenvielfalt anstatt einer geistigen Monokultur hätte einen Nutzen für Qualitätssicherung. Es wäre dann der Aspekt des Föderalen gegeben, nämlich die Vielfalt zu fördern, um regionale Gegebenheiten berücksichtigen zu können, wie z.B. die Zertifizierung von Weiter- und Fortbildungszentren sowie von akademischen Lehrinrichtungen, aber auch die zentrale Steuerung, um die Rahmenbedingungen bzw. Inhalte mit „*einheitlichen Prüfungs- und Bewertungskriterien*“ vorzugeben. Die Bundesärztekammer solle daher eine größere zentrale Entscheidungsfunktion erhalten, was erreicht werden könnte durch eine größere Bereitschaft seitens der Landesärztekammern, die „*Bundesärztekammer als Instrument zu sehen, zentrale Vorgaben zu machen*“. Denn eine zentrale Struktur ohne ärztlichen Sachverstand wird den komplexen Anforderungen gesundheitlicher Problemstellungen nicht gerecht. In der DDR war die Voraussetzung für das Ministeramt im Gesundheitsministerium, ein Arzt zu sein. Dies gilt nicht für das Gesundheitsministerium der Bundesrepublik. Der ärztlichen Selbstverwaltung kommt daher die Fortbildungsthematik betreffend eine wichtige Funktion zu, weil dort der ärztliche Sachverstand vorhanden wäre.

Allerdings stieße das Selbstverwaltungssystem heute hinsichtlich der Gestaltung einer Qualitätsorientierung an Grenzen, was aber „*kein Problem des Föderalismus sondern der Selbstverwaltung an sich*“ sei. Denn Ärzte mit einer mangelnden Selbstkritik sind dem Themenbereich Qualitäts- und Fehlermanagement wenig zugeneigt. Eine Pflichtfortbildung erfasse eben auch diese Ärzteguppe. Zudem hätten die Körperschaften durch die Akzeptanz der Fortbildungspflicht die gesetzliche Regelung einer Rezertifizierung der Facharztqualifikation [29] nach festgelegten zeitlichen Abständen vermieden [30], wie es zum Teil international praktiziert werde [31].

### **Ärztliche Fortbildung mit Nachweispflicht – eine überfällige Notwendigkeit?**

Mit einer Nachweisverpflichtung für ärztliche Fortbildung tat sich die Ärzteschaft in der Bundesrepublik schwer. Die Bundesärztekammer hatte wiederholt auf Ärztetagen dazu angeregt, konnte sich aber nicht durchsetzen. Der 82. Deutsche Ärztetag 1979 in Nürnberg empfahl den Ärztekammern, die Ärzte zu motivieren, den Erfolg ärztlicher Fortbildung zu überprüfen. Staatliche Eingriffe oder die Festlegung auf eine bestimmte Nachweisform ärztlicher Fortbildung wurden als ungeeignet erachtet [32]. 1989 wurde auf dem 92. Ärztetag in Berlin die Diskussion um die Einführung

einer quantifizierbaren Fortbildungsnachweispflicht erneut angestoßen [33]. Der 93. Deutschen Ärztetag 1990 in Würzburg [34] lehnte eine solche Überprüfbarkeit ab [16].

Es wurden unterschiedliche Aspekte als mögliche Ursache dafür genannt, dass die Bundesärztekammer sich mit ihrem Anliegen, die Teilnahme an ärztlicher Fortbildung kontrollierbarer zu machen, trotz mehrfacher Versuche nicht durchsetzen konnte.

Die Befragten sahen vor allem das ärztliche Selbstverständnis, nämlich den Arztberuf als Freien Beruf, „*der auf die Initiative des Einzelnen setzt*“, als Ursache. Dieses Selbstverständnis kollidiert zudem mit dem Status des Vertragsarztes, denn das Patient-Arzt-Verhältnis soll so wenig wie möglich reguliert sein. Daraus resultiere auch eine gewisse „*Eigenwilligkeit*“ ärztlicher Charaktere bedingt ebenfalls durch die Geschichte mit einer Abneigung gegen Überreglementierung sowie einem ausgeprägten Individualismus und Freiheitsgedanken, die sich als mündiger Bürger nicht kontrollieren lassen möchten, was durch die Lobby der Berufsverbände auch manifestiert worden wäre. Es wurde allerdings auch keine Veranlassung gesehen, dem Vorschlag der Bundesärztekammer zuzustimmen, da sich Ärzte ja fortgebildet hätten. Denn die Haftungsschäden unter kontrollierter Fortbildung sind nicht weniger geworden [9]. Als weiterer Aspekt für die Ablehnung der Vorschläge wurde auch der von den Landesärztekammern gepflegte Unabhängigkeitsgedanke gegenüber der Bundesärztekammer gesehen, die keine Weisungsbefugnis den Landesärztekammern gegenüber innehatte.

Die Frage, ob die Maßnahme des Gesetzgebers, eine Fortbildungspflicht für eine Gruppe von Ärzten einzuführen, überfällig war, wurde überwiegend zustimmend beantwortet. Auch mit Blick auf die Berufshaftpflicht sei diese notwendig gewesen. Es sei ein „*klassisches Beispiel*“ dafür, wenn die Instrumentarien der Selbstverwaltung versagen und aus sich selbst heraus Vorgaben nicht hätten umsetzen können.

Daher werde dafür plädiert, dass „*einzig und allein eine zeitlich begrenzte Tätigkeitszulassung mit regelmäßig wiederholten Prüfungen*“ die wahre Lösung sei. Die gesetzliche Fortbildungspflicht stelle somit eine Notwendigkeit dar. Denn die freiwillige Fortbildung hätte nicht immer zum Erwerb von Wissen gedient, sondern wäre auch gern „*als gesellschaftliches Ereignis wahrgenommen*“ worden, was Beobachtungen aus den letzten Jahrzehnten zeigen würden. Kritisiert wurde an der gesetzlichen Fortbildungspflicht, dass sie nur eine Teilgruppe, Vertragsärzte und Krankenhausärzte, einbeziehe.

Allerdings wurde auch darauf verwiesen, dass die Fortbildungspflicht eben nicht überfällig gewesen sei, da Ärzte sich ja fortgebildet hätten, nur eben ohne Nachweispflicht. Zudem existiere keine Nachweisbarkeit der Effektivität der jeweiligen Fortbildungsmaßnahmen. Die Fortbildungspflicht sei daher als Allzwecklösung nicht „*längst überfällig*“ gewesen.

Verschiedene Formen der Fortbildung zu unterstützen zwecks bestmöglicher Berufsausübung, wäre eine sinnvolle Alternative. Aber diesbezüglich hätte der Gesetzgeber mangelnde Unterstützung gezeigt besonders auch mit Blick auf Kongresssysteme der Bundesärztekammer, die durch staatliche Steuerpolitik benachteiligt worden seien [34,35]. Finanzielle Aufwendungen waren steuerlich nicht mehr

absetzbar, obwohl diese Fortbildungsmaßnahmen der Bundesärztekammer frei von Sponsoren gewesen wären.

## FAZIT

Die Einführung der gesetzlichen Fortbildungspflicht beurteilten die Befragten überwiegend positiv. Die Differenzierung in Ärzte, die auf freiwilliger Basis Fortbildung leisten und denen die einer gesetzlichen Fortbildungspflicht mit Nachweis unterliegen, wurde jedoch kritisch betrachtet, obwohl diese Regelung das ärztliche Selbstverwaltungssystem berücksichtigt, nämlich Ärzten die Möglichkeit zu lassen, wählen zu dürfen, auf welchen Grundpfeiler sie ihre ärztliche Berufstätigkeit setzen.

Ärztliche Fortbildung muss prinzipiell zum Ziel haben, zur Optimierung der Patientenversorgung beizutragen. Fehlt diese Richtschnur, weil sie zu einem Medium sachfremder Interessen mit politischer oder wirtschaftlicher Ausrichtung geworden ist, schadet sie der Arzt-Patienten-Beziehung. Entscheidend für die Motivation eines Arztes sich fortzubilden, sind sein Wille und seine Bereitschaft. Unterstützt werden kann dies durch die Verknüpfung an ein Berufsethos oder ein Bewusstsein, eine gesellschaftliche Aufgabe zu erfüllen. Diese Motivationskriterien bieten aber keine Garantie, dass Ärzte sich fortbilden. Daher wird in der Fortbildung mit Nachweispflicht auch eine Notwendigkeit gesehen, um auch Ärzte mit mangelnder Selbstkritik zu erfassen. Die sicherste Variante, dass Ärzte in ihrem Fachgebiet jeweils auf dem aktuellsten Stand sind, wäre jedoch die zeitlich begrenzte Tätigkeitszulassung mittels Rezertifizierungssystem, wie es teilweise im Ausland praktiziert wird.

Bestimmte Fortbildungsinhalte verpflichtend für alle Ärzte festzulegen, ähnlich dem Muster der Obligatorischen Peripheren Fortbildung in der DDR, hat zwar den Vorteil, dass alle Ärzte in diesem Themengebiet auf einem Stand sind, berücksichtigt aber nicht die individuellen Bedürfnisse. Daher wurde auch in der DDR ebenfalls auf eine lebenslange berufsbegleitende Fortbildung auf Basis der Freiwilligkeit gesetzt. Jedoch waren die Anbieter begrenzt im Gegensatz zum differenzierten Fortbildungssystem der Bundesrepublik, das aus den Bereichen der Wirtschaft, der Berufspolitik, den medizinisch-wissenschaftlichen sowie universitären Umfeld ärztliche Fortbildung bieten konnte. Demnach weist ein differenziertes Fortbildungssystem höhere Nutzungsmöglichkeiten auf, garantiert aber nicht unbedingt eine bessere Qualität. Es zeigt sich, dass unabhängig vom Fortbildungssystem die Qualität von Fortbildungsveranstaltungen im Vordergrund stehen und gewährleistet sein muss. So sind letztendlich nicht die Strukturen, sondern die Voraussetzungen, unter denen ärztliche Fortbildung angeboten wird, von erheblicher Bedeutung. Die Bereiche von Fachgebieten könnten durch curriculäre Vorgaben zentral strukturiert werden und für die sie betreffenden Ärzte obligat sein. Daneben gäbe es dann den föderal strukturierten Bereich, der zur freien Verfügung gestellt werden könnte. Diese Kombination verhindere einerseits die Zersplitterung in zu viele unterschiedliche Regelungen, andererseits aber auch eine Monokultur und hätte den Vorteil, Methodenvielfalt zur Förderung der Qualitätssicherung zu bieten. Ein Instrument mit Entscheidungsfunktion könnte dann zentrale Regelungen treffen. Die Bundesärztekammer wäre

für diese Funktion geeignet, weil sie auch sicherstellen würde, dass ärztlicher Sachverstand vorhanden wäre. Jedoch müssten die Landesärztekammern größere Bereitschaft zeigen, der Bundesärztekammer Weisungsbefugnis für zentrale Fragestellungen zuzugestehen. Schließlich hatte die Bundesärztekammer versucht, eine Fortbildung mit Nachweispflicht einzuführen, was aber jedes Mal erneut von den Delegierten des Ärztetages abgelehnt wurde. Die Maßnahme durch den Gesetzgeber, eine Fortbildungspflicht für einen Teil der Ärzte einzuführen, demonstriert daher, dass die Selbstverwaltung mit ihren Instrumentarien dies selber nicht hatte realisieren können, obwohl eine Notwendigkeit durch die Bundesärztekammer erkannt worden war.

### Kernaussagen der 15 Experten

- Bundesärztekammer als bundesweite Organisation wurde befürwortet und sollte zu einem Instrument mit Entscheidungsbefugnis für zentrale Vorgaben gemacht werden.
- Föderale Strukturen mit zentraler Organisationseinheit der ärztlichen Selbstverwaltung zu kombinieren, wäre ein optimales Basissystem.
- Eine funktionierende ärztliche Selbstverwaltung macht staatliche Reglementierung überflüssig.
- Einführung der gesetzlichen Fortbildungspflicht wurde begrüßt. Die Zielgruppendifferenzierung stieß jedoch auf Kritik.
- Fortbildungssysteme müssen qualitätsgesteuert sein und sich am ärztlichen Fortbildungsbedarf orientieren.
- Berufsethos und der gesellschaftliche Auftrag können Motivationsfaktor für die Bereitschaft des Einzelnen sein, sich fortbilden zu wollen. Das entscheidende Kriterium wäre aber letztendlich der von der individuellen Persönlichkeit abhängige Wille zur Fortbildung.

### Literaturhinweise

- [1] Bundesgesetzblattes I vom 19. November 2003, Ausgabe Nr. 55: Veröffentlichung des GKV-Modernisierungsgesetzes – GMG.
- [2] Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 91 Abs. 7 SGB V zur Fortbildung der Fachärzte im Krankenhaus in der Sitzung vom 20. Dezember 2005. Die Vereinbarung tritt am 1. Januar 2006 in Kraft. In: Dtsch Ärzteblatt 2006; PP 2: S. 83: Auf Grundlage von § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 2 SGB V regelt der Gemeinsame Bundesausschuss die Fortbildungsverpflichtung für Fachärzte im Krankenhaus, die in nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern tätig sind, „*aber nicht für Belegärzte im Sinne von § 121 Abs. 2 SGB V und für ermächtigte Ärzte nach § 116 SGB V*“. Die Neufassung des § 91 SGB V erfolgte am 18. Oktober 2012 und trat zum 1. Januar 2013 in Kraft: Auf Grundlage von § 137 Abs. 3 Nr. 1 SGB V regelt der Gemeinsame Bundesausschuss die Fortbildungsverpflichtung für Fachärztinnen und Fachärzte, für Psychologische Psychotherapeutinnen und –psychotherapeuten, die in nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern tätig sind.
- [3] „Manifest des Misstrauens. Die Bundesärztekammer warnt davor, eine Überwachungsbürokratie aufzubauen.“ In: Dtsch Ärzteblatt 2003; PP 5: S. 198.
- [4] IGM-Archiv, B-033927, S. 1-122: Die Interviews wurden im Zeitraum Januar bis September 2012 durchgeführt und sind archiviert mit Lebenslauf der Befragten in der Charité – Universitätsmedizin Berlin, Institut für Geschichte der Medizin.
- [5] (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997 – (in der Fassung von 2011) § 4 „Fortbildung“ (1) und (2) sowie § 32 „Unerlaubte Zuwendungen“ (2) „Die Annahme von geldwerten Vorteilen in angemessener Höhe ist nicht berufswidrig, sofern diese ausschließlich für berufsbezogene Fortbildung verwendet werden...“.
- [6] Berufsordnung für die deutschen Ärzte nach den Beschlüssen des 79. Deutschen Ärztetages 1976 in Düsseldorf § 7: Fortbildung, Absatz 4: „Der Arzt muss eine den Absätzen (1) bis (3) entsprechende Fortbildung gegenüber der Ärztekammer in geeigneter Form nachweisen können.“ Dieser Passus der Nachweispflicht wurde 1976 erstmalig eingefügt.
- [7] Entschließung zum Tagungsordnungspunkt II des 102. Deutschen Ärztetages. In: Dtsch Ärzteblatt 1999; 96(24): A-1654: Das Freiwillige Fortbildungszertifikat wurde auf dem 102. Deutschen Ärztetag 1999 beschlossen.
- [8] GKV-Spitzenverband: Innovationszentren in der GKV-Versorgung. Patientenwohl als Wettbewerbsvorteil. Broschüre März 2011, S. 1-19: Der Begriff Wettbewerbsvorteil und Patientenwohl wird als Form des Verbraucherschutzes analysiert.
- [9] Hoppe J-D: Recht und Medizin – Herausforderungen für den Berufsstand. In: MedR (2011), 29:216-221: Entwicklung des Schadensaufwands in der Arzthaftpflichtversicherung im Zeitraum von 2000 bis 2009.
- [10] §95d SGB V (3): „...Erbringt ein Vertragsarzt den Fortbildungsnachweis nicht oder nicht vollständig, ist die Kassenärztliche Vereinigung verpflichtet, das an ihn zu zahlende Honorar aus der Vergütung vertragsärztlicher Tätigkeit für die ersten vier Quartale, die auf den Fünfjahreszeitraum folgen, um 10 vom Hundert zu kürzen, ab dem darauf folgenden Quartal um 25 vom Hundert...“.
- [11] gemäß §73b SGB V (1) Absatz 3: Für Hausärzte der hausarztzentrierten Versorgung gilt die Aufforderung, sich entsprechend ihrer hausärztlichen Tätigkeit inhaltlich fortzubilden: „Erfüllung der Fortbildungspflicht nach §95d durch Teilnahme an Fortbildungen, die sich auf hausarzttypische Behandlungsprobleme konzentrieren, wie patientenzentrierte Gesprächsführung, psychosomatische Grundversorgung, Palliativmedizin, allgemeine Schmerztherapie, Geriatrie“.
- [12] Vogt G: Ärztliche Selbstverwaltung im Wandel. Köln 1998, S. 611, 616: Die niedergelassenen Ärzte sind seit 1975 verpflichtet in NRW Fortbildung für den Notfalldienst zu absolvieren. Für die Kassenärzte bedeutete zudem, wenn sie die Notfalldienstpflichten verletzen, gegen die Pflicht als Kassenarzt zu verstoßen.
- [13] Verf. u. Mitt. d. Min. f. Gesundheitswesen Nr. 8 (1963), S. 65: 1963 verfügte das Ministerium aufgrund einer Ruhrepidemie eine „obligatorische Qualifizierung aller Ärzte auf epidemiologischem und hygienischem Gebiet“. Fortan gab es die *Obligatorische Periphere Fortbildung (OF)*.
- [14] Bundesarchiv BA DQ 103/20: Abt. Planung und Weiterbildung (27.08.1973): Obligatorische Periphere Fortbildung wurde 1964 für Ärzte, Zahnärzte und Apotheker eingerichtet. Ab 1970 kamen auch Hochschulkader aus anderen Fachgebieten hinzu. Die Themen wurden vom Gesundheitsminister angewiesen.
- [15] Müller-Dietz W. Weiterbildung und Fortbildung der Ärzte in der DDR. Dtsch Ärzteblatt 1973;70(26). S. 1759.
- [16] Loch FC, Odenbach PE. Fortbildung in Freiheit. Gestern und heute: Eine Hauptaufgabe der ärztlichen Selbstverwaltung. Dtsch Ärzteblatt 1997;94(33):A-2121–6.
- [17] 40 Jahre SED – die Gesundheitspolitik der SED in der Übergangsperiode. Beiträge des Symposiums am 20. und 21. Mai

- 1986 in Berlin. Hrsg. Akademie für Ärztliche Fortbildung der Deutschen Demokratischen Republik Berlin 1987. S. 4: OMR Prof. Dr. sc. med. K. Spies, Rektor der Akademie für ärztliche Fortbildung der Deutschen Demokratischen Republik in seinem Vorwort zum Symposiumsband „Beiträge des Symposiums am 20. und 21. Mai 1986“ in Berlin: „*Der Auswertung obliegt es, die erforderlichen Schlussfolgerungen für die ärztliche Weiter- und Fortbildung und zur Festigung des sozialistischen Geschichtsbewusstseins zu ziehen. In diesem Sinne unterstützt das Symposium die Forderung an die Geschichtswissenschaft, die Lösung aktueller gesundheitspolitischer Aufgaben zu fördern.*“.
- [18] Das Gesundheitswesen 1990, Jahresgesundheitsbericht 1989 für das Gebiet der DDR, Hrsg.: Institut für Medizinische Statistik und Datenverarbeitung, Berlin, S. 402: Die Akademie für ärztliche Fortbildung verfügte laut Stellenbesatz aus dem Jahr 1976 über insgesamt 209 Mitarbeiter. Davon waren 24 in der Sektion Marxismus/Leninismus tätig. Diese Sektion bot im Jahresprogramm ganze sieben Lehrgänge mit vorwiegend philosophischen und ethischen Themen an. 1981 waren in der Altersgruppe bis zu 25 Jahren im Gesundheitswesen 17% in der SED. Bis 1985 sank dieser Anteil auf 15,6% und betrug 1988 nur noch 12,6%. Der Gesamtanteil der SED-Mitglieder und Kandidaten lag 1988 bei 11,7%, d.h. 593843 Beschäftigte waren im Gesundheitswesen tätig, darunter ca. 22700 in konfessionellen Einrichtungen.
- [19] Methfessel B, Scholz A. Ärzte in der NSDAP. Dtsch Ärzteblatt 2006;103(16):A–A1064.
- [20] Rüter M. Ärzte im NS-Staat. Dtsch Ärzteblatt 1997;94(21):A–A1422.
- [21] Weil F: Facharzt für Denunziation. In Die Gesundheitswirtschaft, 6. Jahrgang, 3/12, S. 43: Der größte Teil der Ärzte ließen sich weder auf eine Mitgliedschaft in der SED ein, noch auf Spitzeltätigkeiten. Die Ärzteschaft war für die DDR-Staatsführung aufgrund deutlicher Fluchtintendenzen suspekt. Sie war somit daran interessiert, mittels Spitzeltätigkeit von IMs Informationen zu erhalten. IM-Ärzte sollten daher nicht hauptsächlich Patienten, sondern vor allem Kollegen ausspionieren. Drei bis fünf Prozent soll der Prozentsatz von IM-Tätigkeit unter den Ärzten betragen haben.
- [22] Müller-Oerlinghausen B. Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft im Spannungsfeld der Interessen von Ärzteschaft und Pharmazeutischer Industrie: Eine Geschichte von Erfolgen und Niederlagen 1911-2010 (aus dem Begleitband zur Ausstellung „Pillen und Pipetten“, herausgegeben von Volker Koesling und Florian Schülke. Stiftung Deutsches Technikmuseum Berlin. Leipzig: Koehler & Amelang. S. 186.
- [23] „Das ärztliche Fortbildungswesen in Preussen“. In: Aerztliches Vereinsblatt, XXX. Jahrgang, Juli 1901, Nr. 453, Spalte 376: Staatlich organisierte Fortbildung gab es vor allem für Militärärzte und seit 1892 für Medizinalbeamte.
- [24] Heine E. Die Anfänge einer organisierten ärztlichen Fortbildung im Deutschen Reich“. München 1985, S. 50.
- [25] GBL. II Nr. 62, S. 431: Anordnung vom 26. Juni 1963 über das Statut der Deutschen Akademie für Ärztliche Fortbildung.
- [26] Ehmann G et al.: 30 Jahre Akademie für Ärztliche Fortbildung der Deutschen Demokratischen Republik. In: Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung, 78. Jahrgang, 1984, Heft 23, S. 971: Ab 1975 wurden sogenannte Gruppenhospitationen in den hierfür geeigneten Bezirkskrankenhäusern als Fortbildungsangebots für Fachärzte offeriert. Diese wurde als eine „dezentralisierte zyklische Fortbildung“ bezeichnet.
- [27] Stein R: Die Fortbildung ist straff organisiert. In: Die Neue Ärztliche, Nr. 50, 14. März 1990. Der damalige Rektor der Akademie, Professor Jürgen Großer, erklärte: das Ziel sei, eine Fortbildung im Krankenhaus mit einer Dauer von zwei bis drei Wochen im Turnus von fünf Jahren für alle Fachärzte zu gewährleisten.
- [28] Beschluss der VV der KBV zur Qualitätssicherung. In: Dtsch Ärzteblatt 1991; 88(19): A-1676: Die Qualitätszirkel wurden 1991 durch Beschluss der KBV- VV als eine Fortbildungsmöglichkeit in Form einer freiwilligen Arbeitsgruppe von niedergelassenen Ärzten zwecks Umsetzung des Qualitätssicherungsauftrages eingerichtet.
- [29] Gerst T: Rezertifizierung. Ärztlicher Kompetenzerhalt ist Sache der Selbstverwaltung. In: Dtsch Ärzteblatt 2002; 99(28-29): A 1940: Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hatte eine regelmäßige Rezertifizierung für Ärzte gefordert. Die 75. GMK stellte jedoch fest, „*dass die weitaus überwiegende Mehrheit der Ärzteschaft der Verpflichtung nachkommt, ihre Leistungen dauerhaft gemäß dem anerkannten Stand von Wissenschaft und Praxis zu erbringen.*“ Der Beschluss enthielt allerdings auch eine Aufforderung an Bundesärztekammer und Landesärztekammern Verbesserungsvorschläge einzubringen hinsichtlich der Pflicht zur ärztlichen Kompetenzbewahrung.
- [30] Bundesärztekammer Tätigkeitsbericht 2005 „Fortbildungszertifikate der Ärztekammern: praxisnah und unbürokratisch“, S. 733-734: Seit Einführung der Nachweispflicht für ärztliche Fortbildung wird betont, dass das Fortbildungszertifikat der Ärztekammern allen Qualitätsstandards standhielte.; siehe auch Beschlüsse der 122. Hauptversammlung des Marburger Bund vom 02./03.11.2012: Beschluss Nr. 15 „Fortbildungszertifikat“: „*Der Marburger Bund wird auch zukünftig allen Bestrebungen entschieden entgegentreten, die den Wert des Fortbildungszertifikates der Ärztekammern als allein hinreichend für den gesetzlich geforderten Nachweis der erbrachten Fortbildungsverpflichtung relativieren möchten. Das Fortbildungszertifikat der Ärztekammern steht dabei für den Marburger Bund nicht nur für eine bestimmte Menge an Fortbildung, sondern auch für deren hohen Qualitätsstandard sowie eine durch die ärztliche Selbstverwaltung bewertete Relevanz der Fortbildungsmaßnahmen für die ärztliche Berufsausübung.*“.
- [31] Weidinger W et al.: Reglementierte Fortbildung. Keine Garantie für eine bessere Versorgung. In: Dtsch Ärzteblatt 2003; 100(15): A-976-980: In den USA wird die Approbation in der Regel für fünf Jahre mit Bezug auf einen Bundesstaat auf Zeit vergeben. Die Handhabung der Kriterien ist in den verschiedenen US-Bundestaaten unterschiedlich. In Europa existiert eine Rezertifizierung seit 1994 in den Niederlanden, in Norwegen für Primärärzte seit 1985 nach fünf Jahren. In Großbritannien ist die sogenannte Re-Validation nach fünf Jahren im Februar 2002 eingeführt worden.
- [32] „Vielfalt und Freiwilligkeit in der Fortbildung erhalten!“: In: Dtsch Ärzteblatt 1979; 76(24): S. 1659-1662.
- [33] Tagesordnungspunkt I. „Zwölf Förderungen für die Fortbildung“. Dtsch Ärzteblatt 1989;86(20):A-1500–8.
- [34] Entschlüsse zum Tagesordnungspunkt II des 93. Deutsche Ärztetages. In: Dtsch Ärzteblatt 1990; 87(22): A-1789: „*Der 93. Deutsche Ärztetag unterstützt die zunehmenden Qualitätssicherungsmaßnahmen der ärztlichen Körperschaften. Sie stellen die beste Methode zur Kontrolle der in der Berufsordnung geforderten ärztlichen Fortbildung dar. Weitere Kontrollen sind nicht erforderlich.*“ Des Weiteren wurde beschlossen, die internationalen Kongresse der Bundesärztekammer einzustellen und „*zugunsten modern ausgerichteter Fortbildungsveranstaltungen in möglichst zentraler Lage in der Bundesrepublik*“ stattfinden zu lassen mit der Begründung, „*den Kolleginnen und Kollegen aus der DDR die Möglichkeit zur Teilnahme*“ zu geben.
- [35] Es wurde allerdings kritisiert, dass die internationalen Kongresse eben nicht mehr steuerlich absetzbar gewesen seien, weswegen ein Rückgang der Teilnahme erfolgt wäre. In: Dtsch Ärzteblatt 1990; 87(40): A-2952.

## Ärztliches Fortbildungswesen in Deutschland 1871–1945

ELKE BÖTHIN

### Einleitung

Die Diskussion über Systematisierung und Methodik ärztlicher Fortbildung sowie die Frage nach einer Notwendigkeit von staatlicher und standespolitischer Einflussnahme zieht sich von den Anfängen ärztlichen Fortbildungswesens bis in die heutige Zeit. Die Untersuchung der Entwicklung ärztlicher Fortbildung für den Zeitraum von 1871 bis 1945 offenbart einen Systematisierungsprozess auf der Organisations-, Verwaltungs- und Strukturebene mit standespolitischer und staatlicher Ausrichtung. Die vorliegende Analyse stellt die gemeinsame Entwicklungsgeschichte ärztlicher Fortbildung bis zur Neugründung der beiden deutschen Staaten nach Beendigung des 2. Weltkrieges dar. Der Zeitraum 1871–1945 überspannt enorme staatliche, gesellschaftliche und sozialpolitische Veränderungen. Auf eine Untersuchung dieser historischen Verhältnisse wurde aufgrund der bereits in der wissenschaftlichen Literatur vorhandenen fundierten Ausarbeitungen bewusst verzichtet.<sup>1</sup> Diese allgemeinen historischen Entwicklungen spiegeln sich auf den verschiedensten gesellschaftlichen Ebenen wider, die nicht Gegenstand der Untersuchung sind, sofern nicht eine direkte Verknüpfung mit ärztlicher Fortbildung ersichtlich ist. Im Fokus dieser Arbeit steht die Entwicklung der Regularien sowie der didaktischen Methodik ärztlicher Fortbildung. Die vorliegende chronologische Darstellung soll eine Grundlage für bisher fehlende Forschungsarbeiten auf diesem Gebiet liefern. Als Quellen dienten besonders die standespolitische Zeitschrift „Ärztliches Vereinsblatt“ (ab 1872)<sup>2</sup>, das spätere Deutsche Ärzteblatt, das sich selbst als Sprachorgan

1 Hinweise zu weiterführender Literatur zu dem untersuchten Zeitraum Kaiserreich, Weimarer Republik und Drittes Reich finden sich in den entsprechenden Abschnitten.

2 Professor Dr. *Hermann Eberhard Richter* (1808–1876) war der Begründer des Deutschen Aerztevereinsbundes und des Aerztlichen Vereinsblattes für Deutschland. Am 2. September 1872 erschien die erste Ausgabe. Der Untertitel lautete und damit wurde auch die Zielgruppe definiert: „Centralorgan für die aus wirklichen approbirten Aerzten bestehenden Aerztevereine des Deutschen Reiches. Verantwortlicher Redakteur: Dr. *Hermann Eberhard Richter* in Dresden“. Die Themenpalette umriss alle Aerzte-Vereinsnachrichten sowie deren Beschlüsse, aber auch Bundesvereinsanträge oder Artikel über Beratungen und Fragen der Einzelvereine, ärztliche Statistiken sowie Fragen und Probleme der öffentlichen Gesundheitspflege aber ebenso Vorschläge aus den Aerztevereine. Nach dem Tode von *Hermann Eberhard Richter* ging das Eigentumsrecht für das „Aerztliche Vereinsblatt“ an den Deutschen Aerzte-Vereinsbund über. (Siehe hierzu Denke, J.F. Volrad, Sperber, Richard E.: 1872–1972 Einhundert Jahre Deutsches Ärzteblatt Ärztliche Mitteilungen. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 1973, S. 7) Bereits im Januar 1875 erfolgte eine neue Definition der Zielrichtung, nachdem ein Jahr zuvor ein klares Zeichen mit einem neuen Untertitel „Organ des deutschen Aerzte-Vereinsbundes“ gesetzt wurde. Das Programm lautete nun wörtlich „Das ‚Aerztliche Vereinsblatt für Deutschland‘ verfolgt die Aufgabe, die Interessen des ärztlichen Standes zu vertreten und die Theilnahme desselben an der öffentlichen Gesundheitspflege zu befördern. In ersterer Hinsicht ist sein Augenmerk auf die Hebung des aerztlichen Standes in intellectueller, sittlicher, socialer und politischer Hinsicht gerichtet. Es ist Organ des Aerztevereinsbundes und berücksichtigt in möglichst weitem Umfange die Bestrebungen

der Ärzte bezeichnete, sowie die „Zeitschrift für ärztliche Fortbildung“ (ab 1904)<sup>3</sup>, in denen nicht nur die relevanten Gesetzestexte und Bekanntmachungen zum Themenbereich veröffentlicht wurden, sondern auch zahlreiche offiziöse und nicht offiziöse Texte erschienen.<sup>4</sup> Dies

und Tätigkeiten der einzelnen ärztlichen Vereine, soweit solche irgendwie Bedeutung für das allgemeine Interesse haben.“ (siehe Aertzliches Vereinsblatt II. Jahrgang, Januar 1875, Nr. 33, S. 1) Ab 1898 veröffentlichte das Aertzliche Vereinsblatt in einer Liste die regionalen ärztlichen Mitteilungsblätter der ärztlichen Vereinsgruppen in den deutschsprachigen Ländern, also auch in Österreich und der Schweiz, um wissenschaftliche Artikel soweit wie möglich streuen zu können. (siehe Deneke 1973, S. 13, 100, 102) Ab 1930 wurden das Ärztliche Vereinsblatt unter dem Namen Deutsches Ärzteblatt herausgegeben (Deutsches Ärzteblatt, 59. Jahrgang, Nr. 1, 1. Januar 1930). Mit der Machtübernahme durch die Nationalsozialisten erfolgte die Einbindung in die politische Propaganda zwecks Verbreitung der nationalsozialistischen Ideologie. Der Name „Deutsches Ärzteblatt“, dessen Untertitel jetzt lautete „vormals Ärztliches Vereinsblatt und Ärztliche Mitteilungen – Mitteilungsblatt der Vereinigung der Deutschen Ärztekammern und des Ausschusses der Preußischen Ärztekammern“, wurde für die Gestaltung eines der neuen Politik konformen Propagandablattes übernommen. Dr. med. *Karl Haedenkamp*, der Hauptschriftleiter des Deutschen Ärzteblattes, informiert in der Ausgabe Heft 1 des Jahres 1933 (Deutsches Ärzteblatt, 63. Jahrgang, 1. Juli 1933, Heft 1, S. 6ff), die im Juli erschien, über die neue Zielrichtung des Deutschen Ärzteblattes, das allerdings in der Chronologie der Jahrgänge weitergeführt wurde (d.h. Ausgabe Nr. 1, aber 63. Jahrgang.): „Das ‚Deutsche Ärzteblatt‘ und die ‚Ärztlichen Mitteilungen‘ bestehen in ihrer früheren Form nicht mehr, sie haben sich von ihren Lesern verabschiedet. Beide Blätter betrachten sich aber nicht als gestorben, sie setzen ihr Leben und ihre Arbeit fort in einer neuen Form, in einem neuen Staate und unter neuer Führung“. Das neue „Deutsche Ärzteblatt“ unterlag der Verfügungsgewalt einer einzigen Person: „Dem Willen des Führers der Deutschen Ärzteschaft untersteht auch das neue ‚Deutsche Ärzteblatt‘. Es fühlt sich als Werkzeug seiner Führung und damit auch der Führung des neuen Reiches... Den deutschen Arzt anzuspornen zum Einsatz aller seiner Kräfte wollen wir zur Aufgabe des neuen ‚Deutschen Ärzteblattes‘ machen.“ Am 15. Mai 1949 wurde das Deutsche Ärzteblatt unter dem Namen Ärztliche Mitteilungen wiederbelebt und von der „Ärzte-Verlag G.m.b.H.“ herausgegeben. Die Zwangszusammenlegung von 1933 des 1872 gegründeten Aertzlichen Vereinsblattes mit dem 1900 gegründeten Ärztlichen Mitteilungen, die sich ab 1905 als „Offizielles Organ des Verbands der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen“ bezeichnete, wurde nicht aufgehoben. Die Ärztlichen Mitteilungen waren eine Zeitschrift des Hartmannbundes, die 1933 mit dem Deutschen Ärzteblatt zwangsvereinigt wurde. Ab 1949 erfolgte die Herausgabe der Zeitschrift „Ärztliche Mitteilungen“ vom Deutschen Ärzte-Verlag, die 1964 (Deutsches Ärzteblatt, 61. Jahrgang, Heft 1, 5. Januar 1964) dann auf die Bezeichnung „Deutsches Ärzteblatt“ zurückgriff. (Roemer, Ernst: Die Zeitschrift der Ärzteschaft 1949–1989. In: Deutsches Ärzteblatt, 86. Jahrgang, Heft 18, 4. Mai 1989)

- 3 Die wachsende Bedeutung des Themas ärztliche Fortbildung kommt besonders mit der Gründung der Zeitschrift für ärztliche Fortbildung im Jahre 1904 zum Ausdruck. Herausgegeben wurde die Zeitschrift vom „Zentralkomitee für ärztliche Fortbildung“ in Preußen, Bayern, Sachsen, Württemberg und Baden sowie mit „Vereinigungen für das ärztliche Fortbildungswesen“ in Aachen, Altona, Barmen, Berlin, Beuthen, Bielefeld, Bochum, Bonn, Breslau, Bromberg, Danzig, Dresden, Düsseldorf, Elberfeld, Erlangen, Frankfurt a.M., Freiburg, Görlitz, Göttingen, Halle, Hannover, Heidelberg, Köln, Königshütte, Magdeburg, München, Münster i.W., Nürnberg, Posen, Stettin, Stuttgart, Tübingen, Wiesbaden. Eine Institution mit deren Gründung in der ärztlichen Fortbildung ein neuer Weg beschritten wurde. Erstmals wurde ärztliche Fortbildung zentral gebündelt, um überregional speziell über Fortbildungsmöglichkeiten und aktuelle wissenschaftliche Ergebnisse zu berichten. Vor allem dem praktischen Arzt sollte das „wirklich Wissenswertes“ in komprimierter Form aus allen Fachbereichen dargeboten werden. Ausführliche „Spezialarbeiten“ seien zu genüge in medizinischen Fachjournalen in der Regel ausreichend publiziert, hieß es in der ersten Ausgabe. Zudem sah das Konzept der Zeitschrift vor, ein Verzeichnis vierteljährlich über alle Fortbildungskurse, unentgeltlich und sowie gebührenpflichtig, aus dem gesamten Reichsgebiet zu veröffentlichen (Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 1. Jg., 2. Januar 1904, Nr. 1, S. 2 und 58). Die Zeitschrift ist mit neuem Namen „Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen“ bis heute ein wichtiges Publikationsorgan.
- 4 Die medizinischen Fachjournale waren bis Ende des 20. Jahrhunderts in ihrer Zahl stetig gewachsen, was innerhalb der Ärzteschaft auch auf Kritik stieß. 1899 hatte ein Wiesbadener Arzt, Dr. *von Niessen*, auf die Unübersichtlichkeit der zahlreichen Fachzeitungen hingewiesen. Er beschreibt in seinem Artikel „Vorschlag zu einem Journalistenkommentar der medizinischen Fachpresse“, der im Vereinsblatt im September 1899 veröffentlicht wurde, die „gefährliche Decentralisierung der medizinischen Fachpresse“ verbunden

Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist unzulässig und strafbar.

Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitungen in elektronischen Systemen.

© Franz Steiner Verlag, Stuttgart 2015

macht die beiden Periodika zu den entscheidenden Quellen für dieses Forschungsfeld.<sup>5</sup> Aus Kapazitätsgründen fanden die Zeitschriften der einzelnen medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaften sowie der Berufsverbände weniger Berücksichtigung. Dies erscheint vor dem Hintergrund verantwortbar, da es das Ziel dieser Arbeit ist, die Rahmenbedingungen zu durchleuchten – und nicht eine inhaltliche Analyse ärztlicher Fortbildung anzustreben. Auch das Handeln einzelner Akteure zu erforschen – deren Namen hinter den überdauernden Interessen von Staat einerseits und Ärztestand andererseits eher zurücktreten – steht daher bewusst nicht im Mittelpunkt dieser Untersuchung. Die Arbeit wirft vor allem ein Schlaglicht auf die Argumente, die von dem jeweiligen Staatsgefüge, der Standespolitik, aber auch von ärztlichen Interessengruppen vorgebracht werden. Die wesentlichen Teile des staatlichen, standespolitischen und innerärztlichen Diskurses sind hierdurch besonders auch für aktuelle Fragestellungen das ärztliche Fortbildungswesen betreffend nachvollziehbar. Die Gliederungspunkte enthalten daher Analysekatoren, die die Weiterentwicklung des Systematisierungsprozesses ärztlicher Fortbildung mit staatlicher und standespolitischer Ausrichtung beleuchten. Mittels Einführung ärztlicher Fortbildung im Kurssystem nahm dieser Prozess konkrete und mit der Gründung lokaler Vereinigungen dezentrale Formen an. Technische Hilfsmittel, wie Fortbildungsfilme, wurden ab Beginn des 20. Jahrhunderts intensiver genutzt und in der Weimarer Republik kam es zur Einführung von Radiosendungen mit ärztlichen Fortbildungsinhalten. Die Notwendigkeit einer Pflichtfortbildung wurde in der Weimarer Zeit diskutiert und während des Nationalsozialismus als unumgänglich eingesetzt. Wirtschaftlichkeit als eine Forderung der Sozialversicherungen an ärztliche Behandlungsmethoden erschien ohne die Verbesserung ärztlicher Fortbildung schwerer umsetzbar.

mit einem sinkenden „praktischen Nutzen“. Es handele sich oftmals um einen „verwirrenden Salat von Referaten“ und ein „Spaltenflickwerk...“, dessen Portionen bisweilen derart auf verschiedene Nummern vertheilt werden, dass man ein Jahr nach Schluss des betreffenden Kongresses noch nicht weiss, mit welchen Forschungsergebnissen die einzelnen Redner die Wissenschaft bereicherten“. Dr. von Niessen führt weiter aus, es „müssten sich die Vertreter der gesamten Fachpresse...verpflichten, dass einmal jede Zeitschrift ein Pflichtexemplar gratis den Schwesterorganen zustellt, um so eine gewisse Uebersicht und gegenseitige Kontrolle zu haben...“. (siehe *Aerztliches Vereinsblatt* XXVIII. Jahrg., September 1899, Nr. 406, Spalte 348–350) Dr. von Niessen spielt auf die Gründung vieler medizinischer Fachjournale an. Das älteste und renommierteste war nur drei Jahre nach dem *Ärztlichen Vereinsblatt* gegründet worden, die *Deutsche Medizinische Wochenschau*. (siehe Middeke, Martin: 130 Jahre ohne Falten: das „Anti-aging“-Programm der DMW. In: *Dtsch Med Wochenschr* 2005; 130: 2067f)

- 5 Eingesehen wurden das „*Ärztliche Vereinsblatt*“ im Archiv der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und die „*Zeitschrift für ärztliche Fortbildung*“ im Archiv der Kaiserin-Friedrich-Stiftung (KFS).

### Entwicklung des Systematisierungsprozesses ärztlicher Fortbildung in seinen Anfängen

Zum Ende des 19. Jahrhunderts<sup>6</sup> führte der schnell wachsende wissenschaftliche Fortschritt zu dem Bedürfnis, die Aktualisierung medizinischer Erkenntnisse systematischer zu gestalten. Die „Dozentenvereinigung für ärztliche Ferienkurse zu Berlin“, gegründet 1880<sup>7</sup>, offerierte ab 1881 Fortbildung im Kurssystem. Im ersten Jahr nahmen 160 Ärzte das Angebot von 404 Kursen wahr. 1899 waren es bereits 864 Teilnehmer, denen 2053 Kurse zur Auswahl standen.<sup>8</sup> Unter den Gründern waren namhafte Ärzte wie *Ernst von Bergmann*<sup>9</sup>, *Rudolf Virchow*<sup>10</sup> und *Robert Koch*<sup>11, 12</sup>. Ausschließlich Ärzte mit einem guten Einkommen konnten die Gebühren entrichten. Die so genannten „Ferienkurse“, die von der Dozentenvereinigung in den akademischen Ferien organisiert wurden, waren nicht nur zeitlich gebunden, sondern auch an Universitätsstädte geknüpft.<sup>13</sup> Die „Ferienkurse“ wurden vor allem von Ärzten genutzt, die sich auf einem bestimmten Fachgebiet weiterbilden wollten.<sup>14</sup>

Auch die Ärztegruppe der Medizinalbeamten erkannte, dass eine Systematisierung ärztlicher Fortbildung für ihre Bedürfnisse erfolgen müsste. Der Preußische Medizinalbeamtenverein hatte daher zur Gründungszeit des Dozentenvereins ebenfalls die „Einrichtung von Übungskursen für Medizinalbeamte ähnlich denjenigen für Militärärzte“ verlangt. Für Kreisärzte wurden daraufhin Kurse vor allem mit bakteriologischen und psychiatrischen Inhalten abgehalten. Ab 1892 hatten diese Kurse ein breiteres Themenspektrum und wurden von 1902 an als permanentes Angebot für Kreisärzte zur Verfügung gestellt.<sup>15</sup>

So fehlte aber noch für die Allgemeinärzte ein systematisches Fortbildungsangebot. Dies änderte sich zu Beginn des 20. Jahrhunderts. *Ernst von Bergmann* legte auf einer Festver-

6 Weiterführende Literatur zum Kaiserreich siehe z.B.: Wehler, Hans-Ulrich: Deutsche Gesellschaftsgeschichte: 3. Bd. Von der „Deutschen Doppelrevolution“ bis zum Beginn des Ersten Weltkrieges 1849–1914. Beck: München 1995; Mommsen, Hans: Die Auflösung des Bürgertums seit dem späten 19. Jahrhundert. In: Bürger und Bürgerlichkeit im 19. Jahrhundert. Hrsg. Jürgen Kocka. Vandenhoeck Ruprecht: Göttingen 1987, S. 288ff

7 Riecke, P.: Entwicklung und Ziele der ärztlichen Fortbildung. In: Deutsches Ärzteblatt, 60. Jahrgang, 21. Juni 1931, Nr. 18, S. 249–250

8 Ehmann, Günter/Popiolek, Peter: Die ärztliche Weiterbildung in der Geschichte der Stadt Berlin. In: Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung, 81. Jahrgang, 1987, S. 44

9 *Ernst von Bergmann* (1836–1907): Seit 1962 wird von der Bundesärztekammer in Erinnerung für seine wegweisenden Initiativen auf dem Gebiet der ärztlichen Fortbildung die „Ernst-von-Bergmann-Plakette“ verliehen. Diese Auszeichnung erhalten verdiente nationale und internationale Persönlichkeiten, die sich für ärztliche Fortbildung eingesetzt haben. (siehe [www.bundesaerztekammer.de](http://www.bundesaerztekammer.de))

10 *Rudolf Virchow* (1821–1902): Als Arzt hat er sich engagiert für die Verbesserung der Hygiene und Gesundheitsversorgung, z.B. durch die Errichtung von kommunalen Krankenhäusern in Berlin. Verschiedene Einrichtungen tragen heute seinen Namen, z.B. das Rudolf-Virchow-Zentrum in Würzburg (siehe auch Deutsches Historisches Museum: [www.dhm.de/lemo/rudolf-virchow](http://www.dhm.de/lemo/rudolf-virchow))

11 *Robert Koch* (1843–1910): Besonders den Infektionskrankheiten hatte er sich intensiv gewidmet. Er gilt als Begründer der Bakteriologie. Als Leiter des Instituts für Infektionskrankheiten wurde 1891 in Berlin berufen. Das 1912 offiziell seinen Namenszusatz erhielt „Königlich Preußisches Institut für Infektionskrankheiten Robert Koch“. (siehe [www.rki.de](http://www.rki.de))

12 Semler, Peter: Die Stellung der Kaiserin-Friedrich-Stiftung in der ärztlichen Fortbildung. In: Deutsches Ärzteblatt, Heft 37, 14. September 1978, S. 2066–2067

13 Siehe Ehmann/Popiolek 1987, S. 44

14 Ramm, R.: Zehn Jahre Berliner Akademie für ärztliche Fortbildung. In: Deutsches Ärzteblatt, Nr. 1, 74. Jahrgang, 1. Januar 1944, S. 2

15 Siehe Ehmann/Popiolek 1987, S. 44

anstellung der Berliner Rettungsgesellschaft am 12. Mai 1900 die Dringlichkeit dar, gebührenfreie Fortbildungskurse für praktische Ärzte zu veranstalten. Bereits am 17. September desselben Jahres wurde die „Vereinigung zur Abhaltung von Fortbildungskursen für praktische Ärzte“<sup>16</sup> gegründet, an der sich allerdings eine kontroverse Diskussion entfachte. Als Folge dieser Kontroverse wurde seitens des Ministeriums für die geistliche, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten entschieden, diese Fortbildungsmaßnahmen staatlich zu koordinieren. 1901 wurde das „Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen“<sup>17</sup> unter dem Vorsitz von *Ernst von Bergmann* gegründet<sup>18</sup>, welches nun für alle Ärzte ein Fortbildungsprogramm überregional und gebührenfrei anbot.<sup>19</sup> Im Vorfeld war die Problematik entstanden, dass Allgemeinärzte und Fachärzte nicht nur hinsichtlich ihrer Fortbildungs- sondern ebenso ihrer Einkommensmöglichkeiten auseinander drifteten<sup>20</sup>, was auch durch die strukturellen und finanziellen Unterschiede zwischen Stadt und Land bedingt war.<sup>21</sup> Als Wettbewerbsvorteil nutzten Ärzte zudem die Ferienkurse der Dozentenvereinigungen, um sich dann „Facharzt für“ oder „Spezialist für“ nennen zu können. Die Kursveranstaltungen für die Ausbildungen zu einem spezialisierten Arzt wurden dann zu Veranstaltungen zur Fortbildung für den bereits spezialisierten Arzt.<sup>22</sup> Eine konkrete Regelung gab es aber erst auf dem Ärztetag in Bremen im Jahre 1924, indem ein einheitliches Anerkennungsverfahren zur Erlangung eines Facharztstitels formuliert wurde: „Der Deutsche Aertztetag beschliesst: Die Bezeichnung als Spezialarzt oder Arzt für ein spezielles Fach ist ohne den Besitz der nötigen Vorbildung unstatthaft.“<sup>23</sup> Damit wurde der Blick geschärft für den Unterschied zwischen dem Bereich der Weiterbildung, die zum Erwerb eines Facharztstitels führte, und dem der Fortbildung, d.h. Auffrischung und kontinuierliche Ergänzung und Erweiterung des Wissensstandes.<sup>24</sup> Diese grundlegende Differenzierung hat bis heute Gültigkeit.

### Ärztliches Fortbildungswesen als staatliche und standespolitische Aufgabe

Dieser Entwicklung war die Erkenntnis vorausgegangen, das ärztliche Fortbildungswesen als staatliche und standespolitische Aufgabe zu verstehen. Mit der Gründung des Zentralkomitees für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen war eine „halbstaatliche“ Struktur geschaffen

16 Luther, Bernd/ Lippert, Hans: Die Entwicklung des ärztlichen Fortbildungswesens in Berlin durch den Chirurgen Ernst von Bergmann. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, Jahrgang 81, 1987, S. 21

17 Das Centralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen in Preussen. In: Aertzliches Vereinsblatt, XXX. Jahrg., Juni 1901, Nr. 450, Spalte 319–320

18 Festschrift anlässlich der Eröffnung des Kaiserin-Friedrich-Hauses am 1. März 1906, S. 7–11

19 Heine, Eva: Die Anfänge einer organisierten ärztlichen Fortbildung im Deutschen Reich. München 1985, S. 25–45

20 Bartsch, H.: Spezialarzt und allgemeine ärztliche Praxis. In: Aertzliches Vereinsblatt, XXXII Jg., 1903, Dezember II, Nr. 513, Spalten 635–637

21 Schweikhardt, Christoph: Die Entwicklung der Krankenpflege zur staatlich anerkannten Tätigkeit im 19. und frühen 20. Jahrhundert. München 2008, S. 179

22 Heine 1985, S. 25–45

23 Vom 43. Deutschen Aertztetag am 20. und 21. in Bremen. In: Aertzliches Vereinsblatt, LIII. Jg, 1. Juli 1924, Nr. 1313, Spalte 223

24 Die Zukunft des ärztlichen Fortbildungswesens. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 26. Jg, 1929, Nr. 22, S. 736–737

worden, um den lebenslangen Prozess zum Erwerb des ärztlichen Wissens zu befördern.<sup>25</sup> Innerhalb der Ärzteschaft wuchs die Befürchtung, ärztliche Berufsangelegenheiten – wie das Fortbildungswesen – könnten aufgrund der personellen und finanziellen Unterstützung durch die preußische Regierung unter staatliche Kontrolle geraten.<sup>26</sup> Bis heute ist die Diskussion über staatliche versus standespolitische Steuerung nicht abgeebbt.<sup>27</sup> In der Kaiserzeit wurde auch prinzipiell hinterfragt, ob denn eine organisatorische und systematische Struktur ärztlicher Fortbildung überhaupt erforderlich sei. Denn durch Fachliteratur und wissenschaftliche Veranstaltungen sowie Kongresse gäbe es ein ausreichendes Angebot. Außerdem wurde die Gefahr der Kategorisierung in zwei Klassen gesehen, nämlich die lehrenden und die lernenden Ärzte.<sup>28</sup> Dennoch etablierte sich gegen Ende des Kaiserreichs systematische Fortbildung als Basis für die Aktualisierung des ärztlichen Wissens. Ein Selbststudium mittels Fachliteratur und der Besuch von Lesezirkeln oder sonstiger Veranstaltungen gelehrter medizinischer Gesellschaften waren zwar nützlich, jedoch ohne flankierende systematische Fortbildung nicht ausreichend.<sup>29</sup>

In der Weimarer Zeit<sup>30</sup> entwickelte sich eine kontroverse Diskussion, ob Kurse mit zu geringen Teilnehmerzahlen auf mangelnde Geldmittel oder auf mangelnde Motivation zurückzuführen sei. Denn es kam zu Berichten, dass Fortbildungskurse aufgrund zu geringer Teilnehmerzahl abgesagt werden mussten.<sup>31</sup> Das Aertzliche Vereinsblatt<sup>32</sup> plädierte daher für ein bewusstes Wahrnehmen des Nutzens ärztlicher Fortbildung, weil sonst das Ansehen des praktischen Arztes sinken würde. Die Bedeutung ärztlicher Fortbildung wurde nochmals betont sowie zur Unterstützung durch die Standesvertretungen aufgerufen.<sup>33</sup> Denn Ärztliche Fortbildung wurde in der Weimarer Zeit an ärztliche und standespolitische Ethik gekoppelt.<sup>34</sup> Fortbildung stellte dann auch eine ethische Verpflichtung eines Arztes dar: „Der Entwick-

25 Weisz, Georg: *Divide and Conquer. A Comparative History of Medical Specialization*. Oxford 2006, p. 112

26 Bergmann, E. V.: Die Wahrheit über das ärztliche Fortbildungswesen in Preussen. In: *Aerztliches Vereinsblatt*, XXXIV. Jg., November II. 1905, Nr. 559, Spalte 572

27 siehe Böthin, E.: Ärztliche Fortbildung in Deutschland – Pflicht und Freiwilligkeit. In: *ZEFQ* (2013) 107, 327–334

28 Heine 1985, S. 25–45

29 Adam, Curt: Die Bedeutung des ärztlichen Fortbildungswesens für die Volkswohlfahrt. In: *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung*, 15. Jg., 1918, S. 329–332

30 Weiterführende Literatur zur Weimarer Republik siehe z.B.: Wolff, Eberhard: Mehr als nur materielle Interessen: Die organisierte Ärzteschaft im Ersten Weltkrieg und in der Weimarer Republik 1914–1933. In: *Geschichte der deutschen Ärzteschaft. Organisierte Berufs- und Gesundheitspolitik im 19. und 20. Jahrhundert*. Hrsg. Robert Jütte, Köln 1997, S. 97–142; Woelk, Wolfgang/Vögele, Jörg (Hrsg.): *Geschichte der Gesundheitspolitik von der Weimarer Republik bis in die Frühgeschichte der „Doppelten Staatsgründung“*. Berlin 2000; Peukert, Detlev, J.: *Die Weimarer Republik: Krisenjahre der klassischen Moderne*. Suhrkamp: Frankfurt am Main 2003; Bialas, Wolfgang (Hrsg.): *die Weimarer Republik zwischen Metropole und Provinz: Intellektuellendiskurse zur politischen Kultur* Böhlau: Weimar etc. 1996

31 Zum Kapitel „Aerztliche Fortbildung“. In: *Aerztliches Vereinsblatt*, 58. Jg., 21. Juli 1929, Nr. 21/ 1495, Spalte 1514

32 Gedanken zum Thema „Aerztliche Fortbildung“. In: *Aerztliches Vereinsblatt*, 58. Jg., 11. November 1929, Nr. 32, Spalte 719–720

33 Niederschrift über die Sitzung des Preußischen Ärztekammer-Ausschusses am 27. Oktober 1930 im Volkswohlfahrtsministerium in Berlin – V. Aerztliches Fortbildungswesen. In: *Deutsches Ärzteblatt*, 59. Jg., 21. November 1930, Nr. 33, Seite 415–418

34 siehe Böthin 2013, S. 329, 333: Der gesellschaftliche Auftrag und Berufsethos können motivierend wirken auf die Bereitschaft zur Fortbildung. Letztendlich jedoch ist ein entscheidendes Kriterium der Wille des Einzelnen.

lungsgrad des ärztlichen Fortbildungswesens eines Landes in Verbindung mit dem Maße der Ausnützung ist einer der Maßstäbe auch für den sittlichen Hochstand seiner Ärzteschaft.“<sup>35</sup>

Die Verflechtung von Standespolitik und staatlicher Interessenpolitik drückte sich während des Nationalsozialismus<sup>36</sup> auf besonders fatale Weise aus. Die Zielsetzung und die Aufgabenstellung des Gesundheits- und Fortbildungswesens wurden komplett auf die nationalsozialistische Propaganda- und Rassenpolitik ausgerichtet. Die Individualmedizin wurde in der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik von der „Volksgesundheit“ ersetzt. Jeder Arzt habe eine hohe ethische Verpflichtung gegenüber der Volksgesundheit, lautete der nationalsozialistische Aufruf.<sup>37</sup> Somit sei Fortbildung „eine wichtige Maßnahme zur Erhaltung und Hebung der Volksgesundheit“ und daher nicht mehr nur als „reine Standesangelegenheit“ zu verstehen.<sup>38</sup> Um die Durchdringung nationalsozialistischer Propaganda schnell voranzutreiben, wurde ärztliche Fortbildung in einem Atemzug mit „rassenmäßiger Säuberung“ genannt und hierfür instrumentalisiert.<sup>39</sup> Die Patient-Arzt-Beziehung wurde entindividualisiert, nicht mehr der Kranke, sondern das Volk sollte geheilt werden.<sup>40</sup> Durch Mord und Vertreibung aller Bevölkerungsgruppen, die nicht in die nationalsozialistische Ideologie passten, sollte die vermeintliche „Heilung des Volkes“ stattfinden. Damit Ärzte im Sinne dieser nationalsozialistischen Ideologie „erzogen“ werden konnten, wurde die „Ärzteführerschule Alt-Rehse“<sup>41</sup> gegründet.<sup>42</sup> Das ärztliche Denken und Handeln ausnahmslos auf nationalsozialistische Ziele auszurichten, war das Ziel des Systems der nationalsozialistischen Erziehung des Arztes, die als fester Bestandteil der nationalsozialistischen Fortbildungspolitik manifestiert wurde.<sup>43</sup>

#### Ausbau der Fortbildungsstrukturen durch die Gründung lokaler Vereinigungen und Akademien für ärztliche Fortbildung

Dieses System der Nationalsozialisten ersetzte die ursprünglich in der Kaiserzeit etablierten dezentralen Fortbildungsstrukturen, die mit dem Aufbau lokaler Vereinigungen erfolgt waren und vor Ort in den ländlichen Regionen Fortbildungsveranstaltungen koordinierten. Zu deren Gründung waren 1901 die ärztlichen Standesvertretungen im Aertzlichen Vereinsblatt aufgerufen worden, „von sich aus in die Hand zu nehmen... ärztliche Fortbildungseinrichtungen

35 Berger, Hermann: Der Anteil ethischer Berufsauffassung an dem ärztlichen Fortbildungsgedanken. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 27. Jg, 1930, Nr. 15, S. 501

36 Weiterführende Literatur zum Dritten Reich siehe z.B.: Hubenstorf, Michael: von der „freien Arztwahl“ zur Reichsärzteordnung. Ärztliche Standespolitik zwischen Liberalismus und Nationalsozialismus. Deutsches Ärzteblatt, 86. Jahrg., Heft 14, 6. April 1989, A-970–975; Schagen, Udo/ Schleiermacher, Sabine (Hrsgg.): Die Charité im Dritten Reich. Zur Dienstbarkeit medizinischer Wissenschaft im Nationalsozialismus. Schöningh: Paderborn 2008

37 Geleitwort zur ärztlichen Fortbildung von Dr. Grote, Stellvertreter des Reichsführers der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands. In: Deutsches Ärzteblatt, 65. Jg., 17. August 1935, Nr. 33, S. 777

38 Ramm 1944, S. 2

39 Klein, W.: Ärztliche Fortbildung. In: Deutsches Ärzteblatt, 64. Jg, Nr. 1, 6. Januar 1934, S. 10–12

40 Grote 1935, Nr. 33, S. 777

41 „Richtfest in Alt-Rehse“. In: Deutsches Ärzteblatt, 64. Jg, 20. Oktober 1934, Nr. 42, S. 1018

42 Standesangelegenheiten. Die deutsche Ärzteführerschule in Alt-Rehse. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 32. Jg., 1935, Nr. 13, S. 394; siehe zum Kursprogramm in Alt-Rehse: Maibaum, Thomas: Die Führerschule der deutschen Ärzteschaft Alt-Rehse, Dissertation Hamburg 2007, S. 164ff

43 Dr. Wagner über das Gesundheitswesen im Dritten Reich. In: Deutsches Ärzteblatt, 64. Jg, 2. Juni 1934, Nr. 22, S. 583–587

in allen Städten“ mit größeren Krankenhäusern zu etablieren.<sup>44</sup> Durch das Zentralkomitee wurden lokale Vereinigungen in ländlichen Regionen etabliert. Bereits nach einem Jahr existierten 20 lokale Zweigstellen.<sup>45</sup> 1904 hatten sich in 25 großen Städten in Preußen inzwischen lokale Vereinigungen gebildet. In Bayern, Sachsen, Württemberg und Baden waren ebenfalls Lokalkomitees für das ärztliche Fortbildungswesen nach preußischem Vorbild entstanden<sup>46</sup>, um ärztliche Fortbildung auch außerhalb größerer Städte mit Universitätskliniken für jeden Arzt erreichbar zu machen.<sup>47</sup>

Die Leitlinie des Zentralkomitees für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen sah zudem vor, „dem Fortbildungswesen dienende Einrichtungen“, d.h. wissenschaftliche Zentren als Lehrstätte zu Fortbildungszwecken, in den preußischen Großstädten zu errichten.<sup>48</sup> Das Zentralkomitee initiierte in größeren Städten daher die Gründungen lokaler Akademien, wie die Akademie für praktische Medizin in Köln 1904<sup>49</sup> und in Düsseldorf 1907<sup>50</sup>. In seiner Sitzung vom 4. Juni 1904 hatte es die Aufgaben dieser lokalen Akademien festgelegt.<sup>51</sup> Die Akademien für praktische Medizin sollten für die Fortbildung der Ärzte sorgen, also das Grundlagenwissen der berufstätigen Ärzte erweitern sowie „Gelegenheit zur Ausbildung in den ärztlichen Spezialfächern“ ermöglichen.<sup>52</sup> Die Neuerung war, dass Krankenhäuser nicht ausschließlich zur Behandlung von Kranken dienten, sondern auch zu Zwecken des ärztlichen Unterrichts. In Folge wurden daher Bürgerkrankenhäuser errichtet. Bisher gab es nur Armenkrankenhäuser.<sup>53</sup> Innerhalb der Ärzteschaft wurden die Gründungen von Akademien zur ärztlichen Fortbildung heftig diskutiert.<sup>54</sup> Vor allem wurde eine Konkurrenzsituation zwischen den Akademien und den Universitäten gesehen. Der Unterricht beider Institutionen könne in einem Wettstreit enden.<sup>55</sup> Die Bedenken lagen zudem in der Befürchtung, dass eine Zentralisierung der ärztlichen Fortbildung in übergroßen, mit allen Spezialabteilungen

44 Das ärztliche Fortbildungswesen in Preussen. In: Aerztliches Vereinsblatt, XXX. Jg, Juli 1901, Nr. 453, Spalte 378

45 Riecke 1931, S. 249–250

46 Das Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen in Preussen. In: Aerztliches Vereinsblatt, XXXIII. Jg., Juli I. 1904, Nr. 526, Spalte 404

47 Das Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen in Preussen. In: Aerztliches Vereinsblatt, XXX. Jg., Juni 1901, Nr. 450, Spalte 319–320

48 Festschrift anlässlich der Eröffnung des Kaiserin-Friedrich-Hauses am 1. März 1906, S. 7–11

49 Satzung der Akademie für praktische Medizin in Cöln. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 1. Jg., 1. Oktober 1904, Nr. 19, S. 565–567

50 Die erste Akademie für praktische Medizin. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 1. Jg., 15. Januar 1904, Nr. 2, S. 58: Die Errichtung einer Akademie für praktische Medizin in Düsseldorf wurde bereits 1904 von den Düsseldorfer Stadtverordneten genehmigt.

51 Das Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen in Preussen. In: Aerztliches Vereinsblatt, XXXIII. Jg., Juli I. 1904, Nr. 526, Spalte 404

52 Satzung der Düsseldorfer Akademie für praktische Medizin. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung. 4. Jg., 1907, S. 508

53 Ärztliches Fortbildungswesen. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 4. Jg., 1907, S. 506: Die Akademie für praktische Medizin in Düsseldorf wurde am 27. Juli 1907 eröffnet. Es werden zwei besondere Merkmale hervorgehoben. Das erste Mal hat eine städtische Kommune Krankenhäuser mit der Zielrichtung errichtet, nicht nur zur Behandlung von Kranken zu dienen, sondern auch zu Zwecken des ärztlichen Unterrichts. Das andere Merkmal ist, dass Düsseldorf als erste Kommune die Notwendigkeit erkannt habe, Bürgerkrankenhäuser zu errichten.

54 siehe auch Weisz 2006, S. 112–113

55 Aschenborn. O.: Bericht über den 32. Deutschen Ärztetag in Rostock. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 1. Jg., 1904, S. 419: Die Diskussion offenbarte sich auf dem 32. Ärztetag in Rostock, der am 24. Juni 1904 eröffnet worden war.

ausgestatteten Krankenhäusern die Qualität nicht in dem Maße ermöglichen könne, wie viele dezentralisierte gleichwertige Hospitäler es tragen könnten.<sup>56</sup> Außerdem bestand Sorge darüber, dass die weitere Entwicklung der Akademie in Richtung einer medizinischen Fachschule gehen könne und damit das Ansehen der medizinischen Fakultäten heruntergestuft werde, was zu einer Änderung des Gesamtlehrauftrags für die medizinischen Fakultäten führen könne.<sup>57</sup> Es erfolgten daher keine weiteren Akademiegründungen – weder in der Kaiserzeit noch in der Weimarer Republik. Bis 1926 hatten sich jedoch in allen deutschen Staaten Landeskomitees für ärztliche Fortbildung mit insgesamt 79 Lokalkomitees etabliert. Damit waren nicht nur die Universitätsstädte, sondern ebenfalls kleinere Städte mit ländlichen Gebieten an ärztliche Fortbildung angeschlossen.<sup>58</sup> Die Satzung für die lokale Vereinigung des Zentralkomitees für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen ließ daher auch Spielraum für die örtlichen Gegebenheiten, um „das Fortbildungswesen in keine Formel und Schema einzuzwängen“, zumal „die örtlichen Verhältnisse überall anders sind“; weswegen „wir stets den Kollegen völlige Freiheit ließen, den lokalen Verhältnissen gemäß in individueller Weise zu organisieren...“.<sup>59</sup> Die Krankenhausfortbildung war ebenfalls auf regionale Aktivitäten durch die dort ansässigen Vereine oder lokalen Vereinigungen angewiesen. Drei Fortbildungsarten<sup>60</sup> lassen sich für die Weimarer Zeit identifizieren<sup>61</sup>. Krankenhäuser boten Demonstrationsabende, klinische Visiten oder Wochenendkurse zwecks Austauschs von Kenntnissen zwischen Krankenhausfacharzt und Allgemeinpraktiker. Lokale Vereinigungen ließen „Fortbildungssonntage“ mit regionalen Referenten vier- bis fünfmal im Jahr stattfinden. Ebenso wurde aber auch der Dozent zum Fortbildungsinteressierten gebracht<sup>62</sup>, indem in Absprache mit den Ärztekammern auswärtige Spezialisten für Vortragsveranstaltungen<sup>63</sup> als „Wanderlehrer“ gebucht wurden, um ärztliche Fortbildung auch in die kleinsten Städte und Gemeinden zu transportieren.<sup>64</sup>

Während des Nationalsozialismus gab es keinen Bereich der ärztlichen Berufs- und Standespolitik, der nicht staatlich geregelt, organisiert oder verwaltet wurde. Die Reichs-

56 Ärztliches Fortbildungswesen. Zur Gründung einer Akademie für praktische Medizin in Frankfurt a.M. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 1. Jg., 15. Oktober 1904, S. 599–600; In einer Sitzung vom 26. September 1904 durch den Ärztlichen Verein in Frankfurt a. M. wurde der Beschluss aufgrund dieser Bedenken gefasst, keine Akademie für praktische Medizin in Frankfurt a. M. zu gründen.

57 Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 1. Jg., 1. November 1904, S. 632

58 Bericht über das ärztliche Fortbildungswesen in Küstrin. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 23. Jg., 1926, Nr. 3, S. 100–101

59 Kutner, R.: Bericht über die V. Generalversammlung des Zentralkomitees für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 2. Jg., 1905, S. 459–460

60 Roemer, Hans: Das ärztliche Fortbildungswesen in Baden. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 24. Jg., 1927, Nr. 1, S. 31–32, siehe auch Tagesgeschichte – Über eine Versammlung leitender Ärzte der Lokalen Vereinigung für das ärztliche Fortbildungswesen im Ruhrgebiet am 10. Oktober 1925. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 22. Jg., 1925, Nr. 22, S. 704

61 Ärztliches Fortbildungswesen – Bericht und Erfahrungen über ein Jahrzehnt ärztlicher Fortbildungstätigkeit an einem großen städtischen Krankenhaus. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 29. Jg., 1932, Nr. 17, S. 540–541

62 Ärztliches Fortbildungswesen. Eine neue Form der Fortbildungskurse. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 22. Jg., 1925, Nr. 8, S. 253

63 Ärztliches Fortbildungswesen. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 21. Jg., 1924, Nr. 9, S. 283

64 Hamel, Dr.: Ärztliches Fortbildungswesen und Rundfunk (Rundfunk-Ansprache zur Einführung des „ärztlichen Rundfunks“ am 12. Februar 1926. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 23. Jg., 1926, Nr. 6, S. 198–199

ärztekammer wurde gemäß des Erlasses der Reichsärzteordnung<sup>65</sup>, die am 1. April 1936 in Kraft trat<sup>66</sup>, konstituiert. Im § 46 des Abschnittes D der Reichsärzteordnung ist die Reichsärztekammer verantwortlich für Schulung und Fortbildung der Ärzte sowie dafür, entsprechende Einrichtungen „in allen Gauen des Reiches“<sup>67</sup> zu errichten.<sup>68</sup> Bereits 1934 war die „Berliner Akademie für das ärztliche Fortbildungswesen“ seitens des Berliner Oberbürgermeisters mit Unterstützung des Reichsministeriums des Innern und dem Preußischen Ministerium für Wissenschaft, Kunst und Volksbildung zusammen mit dem „Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen“ gegründet worden. Ihre Aufgabe war die eines „Ortsausschusses für ärztliche Fortbildung“, jedoch als „Dachorganisation“ der Berliner Fortbildungsinstitutionen.<sup>69</sup> Die Dozentenvereinigung für ärztliche Fortbildung wurde in die Berliner Akademie für das ärztliche Fortbildungswesen integriert. So war „das gesamte ärztliche Fortbildungswesen in Berlin in einer Akademie zusammengefasst und im Sinne der nationalsozialistischen Führung“ aufgestellt.<sup>70</sup> Die „Akademien für das ärztliche Fortbildungswesen in Deutschland“ waren der Reichsärztekammer unterstellt.<sup>71</sup> Die Berliner Akademie<sup>72</sup> sollte ein größtmögliches gesamtmedizinisches Spektrum umfassen, die 1937 errichtete Münchener Akademie dem Thema „Gesundheitsführung“, d.h. „ärztliche Politik und Zielgebung im nationalsozialistischen Sinne“ folgen<sup>73</sup>, die 1938 etablierte Dresdener Akademie<sup>74</sup> erhielt den Schwerpunkt „Naturheilkunde im Rahmen der Gesamtmedizin“<sup>75</sup> und die 1941 gegründete Hamburger Akademie die Präferenz für Tropen- und Schifffahrtsmedizin.<sup>76</sup> Die 1938 konstituierte Internationale Akademie für ärztliche Fortbildung hatte bereits ein Jahr später bedingt durch den Ausbruch des Krieges keine Relevanz mehr.<sup>77</sup>

65 RGBI. I 1935, S. 1433: Reichsärzteordnung vom 13. Dezember 1935

66 Die Reichsärzteordnung vom 13. Dezember 1935. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 33. Jg., 1936, Nr. 3, S. 84

67 Ramm 1944, S. 2

68 Grote, Dr.: Die ärztliche Fortbildung in ihren Beziehungen zur Reichsärztekammer und Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands. In: Deutsches Ärzteblatt, 67. Jg., 2. Januar 1937, Nr. 1, S. 28–31

69 Tagesgeschichte – Eine Akademie für ärztliche Fortbildung. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 31. Jg., 1934, Nr. 2, S. 59

70 Ärztliches Fortbildungswesen – Berliner Akademie für ärztliche Fortbildung. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 31. Jg., 1934, Nr. 9, S. 265

71 „Arztum in Kultur und Wissenschaft“. In: Deutsches Ärzteblatt, 68. Jg., 19. Februar 1938, Nr. 8, S. 133–134

72 Tagesgeschichte – Eine Akademie für ärztliche Fortbildung. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 31. Jg., 1934, Nr. 2, S. 59

73 Die „Arbeitstagung der deutschen ärztlichen Fortbildung“. In: Deutsches Ärzteblatt, 67. Jg., 11. September 1937, Nr. 37, S. 843–845

74 Jütte, Robert: Komplementärmedizin und nichtärztliche Heilberufe. In: Jütte, Robert: „Medizin und Nationalsozialismus. Bilanz und Perspektiven der Forschung. Wallenstein Verlag 2011, S. 77

75 Eröffnung der Akademie für Ärztliche Fortbildung in Dresden am 12. Februar 1938. In: Deutsches Ärzteblatt, 68. Jg., 19. Februar 1938, Nr. 8, S. 133

76 Aus ärztlichen Gesellschaften. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 40. Jahrgang, 1943, Nr. 14, S. 251–252

77 Die Konstituierung der Internationalen Akademie für ärztliche Fortbildung. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 33. Jg., 1938, Nr. 11, S. 328

### Die Anfänge einer Technisierung der ärztlichen Fortbildungsmethoden

Ein weiteres wesentliches Element für den untersuchten Zeitraum 1871–1945 ist die Technisierung der Fortbildungsmethoden<sup>78</sup>. Als didaktische Unterstützung für die dezentrale Fortbildungsstruktur diente in der Kaiserzeit die „Lehrmittelsammlung des Zentralkomitees für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen“, deren Gründung am 8. August 1902 erfolgte<sup>79</sup> und 1905 auf Erlass des Kultusministers in eine selbständige staatliche Einrichtung umgewandelt wurde<sup>80</sup>, sowie die „Zeitschrift für ärztliche Fortbildung“, die ab 1904 u.a. vom Zentralkomitee für ärztliche Fortbildung herausgegeben wurde. Die Lehrmittelsammlung stellte Fortbildungs- und Anschauungsmaterialien für die Lokalen Vereinigungen und für Krankenhäuser zur Verfügung.<sup>81</sup> Die neue Zeitschrift ergänzte die medizinischen Fachzeitschriften.<sup>82</sup> Erstmals wurde ärztliche Fortbildung zentral gebündelt, um überregional speziell über Fortbildungsmöglichkeiten und aktuelle wissenschaftliche Ergebnisse zu berichten.<sup>83</sup> Standespolitische Fragestellungen wurden zwar auch behandelt, waren für diese Zeitschrift aber eher sekundär, im Gegensatz zum Ärztlichen Vereinsblatt<sup>84</sup>, das 1872 – ebenso wie der Deutsche Aerzte-Vereinsbund<sup>85</sup> im selben Jahr – auf Initiative von *Hermann Eberhard Richter*<sup>86</sup> gegründet worden war, und sich als Standesorgan schwerpunktmäßig mit standespolitischen Themen, jedoch ab 1882 auch mit Fortbildung beschäftigte.<sup>87</sup>

In der Weimarer Zeit wurde ärztliche Fortbildung ebenfalls mittels Rundfunksendungen verbreitet.<sup>88</sup> Der „Reichsausschuss für das ärztliche Fortbildungswesen“, der 1908 gegründet worden war und als Zentralstelle für das Deutsche Reich fungierte<sup>89</sup>, beantragte Sendezeiten bei dem Berliner Sender, dessen Programm überwiegend die Themenschwerpunkte Erzie-

78 Die Einführung des Kurssystems als didaktische Struktur wurde mit technischen Hilfsmitteln besonders ab 1902 durch ausleihbare Fortbildungsfilme und in der Weimarer Republik mit der Übertragung von Hörfunksendungen zu ärztlicher Fortbildung flankierend unterstützt.

79 Tagesgeschichte. Die staatliche Sammlung ärztlicher Lehrmittel. In: *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung*, 9. Jg., 1912, S. 479

80 Kutner 1905 S. 459–460

81 Witte, Wilfried: Die medizinhistorische Instrumentensammlung im Kaiserin-Friedrich-Haus in Berlin (1907–1947). In: *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung*, 86. Jg., 1992, S. 571–583

82 Festschrift anlässlich der Eröffnung des Kaiserin-Friedrich-Hauses am 1. März 1906, S. 7–11

83 Das Verzeichnis der ärztlichen Fortbildungskurse. In: *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung*, 1. Jg., 2. Januar 1904, Nr. 1, S. 58

84 Richter, Hermann Eberhard: „Centralorgan für die aus wirklichen approbirten Aerzten bestehenden Aerzte-Vereine des deutschen Reichs“. *Aerztliches Vereinsblatt*, I. Jahrgang, Nr. 1, 1872, S. 1

85 Richter, Hermann Eberhard: Geschichtliches als Einleitung. In: *Aerztliches Vereinsblatt*, I. Jg., 1872, Nr. 1, S. 4: Die Gründungsversammlung des Deutschen Aerzte-Vereinsbundes erfolgte 1872 mit ca. 50 Ärzten, die teilweise von wissenschaftlichen Gesellschaften entsandt worden waren.

86 Graf, Pfeiffer, Heinze: „An die deutschen Aerzte“. In: *Ärztliches Vereinsblatt*, VI. Jg., Januar 1877, Nr. 57, S. 1: Nach dem Tod von Professor Dr. Hermann Eberhard (1808–1876) ging das Eigentumsrecht für das „Aerztliche Vereinsblatt“ an den Deutschen Aerzte-Vereinsbund über.

87 Protokoll der Verhandlungen des X. Deutschen Aerztetages zu Nürnberg am 30. Juni und 1. Juli 1882. In: *Aerztliches Vereinsblatt*, XI. Jg., August 1882, Nr. 124, Spalte 155–157

88 Radio im Dienste der ärztlichen Fortbildung. In: *Ärztliches Vereinsblatt*, LIII. Jg., 1. Dezember 1924, Nr. 1328, Spalte 412–413

89 Protokoll Konstituierende Sitzung des Reichsausschusses für das ärztliche Fortbildungswesen am 15. März 1908. In: *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung*, 5. Jg. 1908, S. 21

hung und Unterricht hatte.<sup>90</sup> Jeweils freitags im Abstand von 14 Tagen in der Zeit von 20.00 bis 21.00 Uhr sollten medizinische Fachvorträge gesendet werden.<sup>91</sup> Eine Kommission des Reichsausschusses für das ärztliche Fortbildungswesen nahm die Auswahl der Referenten vor.<sup>92</sup> Die Kommission bestand aus zwei Mitgliedern des Reichsausschusses und dem Ministerialdirigenten des Reichsministeriums des Innern.<sup>93</sup> Die drahtlosen Fernkurse für Ärzte waren unentgeltlich, sofern sie selber über Empfangsanlagen verfügten.<sup>94</sup> Ansonsten wurde für Sammelempfang eine geringe Saalgebühr erhoben. Die Kritik an mangelnder Geheimhaltung mittels drahtlosen Fortbildungsunterrichts<sup>95</sup> wurde mit dem Argument zurückgewiesen, dass Laien an fachlich-medizinischen Themen keinen großen Bedarf hätten, zumal den Nichtmedizinern schließlich auch die Einsichtnahme in medizinische Literatur nicht verwehrt bliebe.<sup>96</sup> Am 12. Februar 1926 wurde die erste Sendung „ärztlichen Rundfunks“ ausgestrahlt.<sup>97</sup> Allerdings schon zwei Jahre später erfolgte ein Hilferuf, da die Deutsche Welle den Sendeplatz für Musikübertragungen nutzen wollte.<sup>98</sup> Rund 1000 Ärzte erreichten mit ihrer Petition an die Deutsche Welle, dass zunächst weitergesendet wurde.<sup>99</sup>

Aber nicht nur das Radio war als wirksames Unterrichtsmittel entdeckt worden. Der Fortbildungsfilm hatte bereits in der Kaiserzeit als didaktisches Mittel gedient.<sup>100</sup> Bereits 1897 wurden auf der Naturforscherversammlung in Braunschweig zum ersten Mal Bewegungsbilder im Bereich der Heilkunde gezeigt. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts nutzte die Kinematographie die neue Röntgentechnik. Jetzt war es möglich, die Bewegung innerer Organe wie den Herzrhythmus und den Verdauungskanal zu zeigen. Im Jahr 1908 erfolgte die Verknüpfung der Kinematographie mit der Mikroskopie. 1911 wurde angeregt, die staatliche Sammlung ärztlicher Lehrmittel im Kaiserin-Friedrich-Haus um eine Sammlung von medizinischen Filmen zu Lehrzwecken zu erweitern. Das Kaiserin-Friedrich-Haus war 1906 mit Hilfe von Spenden der Bevölkerung errichtet worden und Sitz der in Berlin am 21. November 1903 gegründeten Kaiserin-Friedrich-Stiftung (KFS) für das ärztliche Fortbildungswesen.<sup>101</sup> In der Gründungssatzung von 1903, die zuvor von Kaiserin Wilhelm II genehmigt worden war, wurde die Zielrichtung und die Aufgabenstellung der Kaiserin-

- 90 Rundfunk und ärztliche Fortbildung. In: Aertzliches Vereinsblatt, LIV. Jahrgang, 21. Februar 1925, Nr. 1336, Spalte 81
- 91 Ärztliche Fortbildung und Rundfunk. In: Aertzliches Vereinsblatt, LIV. Jg., 1. November 1925, Nr. 1361, Spalte 465
- 92 Tagesgeschichte Ärztliche Fortbildung und Rundfunk. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 22. Jg., 1925, Nr. 18, S. 576
- 93 Adam, C. Jacobsohn, Leo: Rundfunk und ärztliche Fortbildung. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 22. Jg., 1925, Nr. 15, S. 476–477
- 94 ders. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 22. Jg., 1925, Nr. 9, S. 284–285
- 95 ders. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 22. Jg., 1925, Nr. 5, S. 157–158
- 96 Jacobsohn, Leo: Rundfunk in Theorie und Praxis. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 22. Jg., 1925, Nr. 18, S. 572–573
- 97 Hamel 1926, S. 198–199
- 98 Rubrik „Tagesgeschichte“ der ärztliche Rundfunk in Gefahr. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 25. Jg., 1928, Nr. 2, S. 95
- 99 Bericht über die Sitzung des Reichsausschusses für das ärztliche Fortbildungswesen am Montag, dem 29. April 1929, im Kaiserin-Friedrich-Haus, Rubrik „Ärztliches Fortbildungswesen“. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 26. Jg., 1929, Nr. 15, S. 505–507
- 100 Kutner, R.: Die Bedeutung der Kinematographie für medizinische Forschung und Unterricht sowie die volkshygienische Belehrung. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 8. Jahrgang, 1911, S. 249–251
- 101 Semler, Peter: „Die Stellung der Kaiserin-Friedrich-Stiftung in der ärztlichen Fortbildung“, in Deutsches Ärzteblatt, Heft 37, 14. September 1978, S. 2066, siehe auch Heine 1985, S. 79

Friedrich-Stiftung (KFS) wie folgt formuliert<sup>102</sup>: „Die Kaiserin-Friedrich-Stiftung bezweckt, die auf die wissenschaftliche Fortbildung der Ärzte gerichteten Bestrebungen, wie sie zur Zeit namentlich von dem ‚Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen‘ gepflegt werden, an ihrem Teile nach Kräften zu fördern und zu dem Behufe insbesondere ein eigenes Haus, das ‚Kaiserin-Friedrich-Haus für das ärztliche Fortbildungswesen‘ als Mittel- und Stützpunkt jener Bestrebungen zu errichten und zu erhalten.“<sup>103</sup> 1919 kam es durch die Kaiserin-Friedrich-Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen zum Aufbau der „Zentralstelle für medizinische Kinematographie“.<sup>104</sup> Der kinematographische Lehrfilm als didaktisches Mittel in der ärztlichen Fortbildung gewann besonders in der Zeit der Weimarer Republik an Bedeutung. Die Kulturabteilung der Ufa hat gemeinsam mit medizinischen Organisationen und unter Beteiligung des Kaiserin-Friedrich-Hauses einige medizinische Lehrfilme produziert. Die Filme wurden von einer ärztlichen Zensurbehörde auf ihre wissenschaftliche Qualität geprüft. Der „kinematographische Lehrfilm“ wurde als optimales Mittel betrachtet, um Demonstrationen, die in der Regel nur in großen Universitätskliniken durchgeführt werden konnten, einer erheblich größeren Zahl von Ärzten insbesondere in kleineren Städten oder auf dem Land zu vermitteln, ohne dass dafür Reisekosten und Zeit für An- und Abreise anfallen mussten.<sup>105</sup> Dennoch wurde an der medialen Vermittlung als didaktische Methode Kritik geübt. Diese Vermittlungsweise „an die Masse“ wäre eine „unvollständige Aufklärung“ mit negativen Folgen wie den „Morbus clinicus der Jungärzte“ und bewirke den „Verlust des Abstandes“ im Arzt-Patienten-Verhältnis: „Mir will der deutsche Professor im Radiofunk ebenso wenig in den Sinn wie der Professor im Film. Heute erscheint er mir als Entweihung, als Prostitution der Wissenschaft, wenn unsere Gelehrten und Großärzte sich dazu hergeben, ihre wertvolle Weisheit in tönenden Wellen, zwischen Jazzmusik und Dialektkomiker aller Welt zu verkünden. Zumindest verschone man uns Ärzte mit dieser Art von Fortbildung!“<sup>106</sup>

Medien wie Rundfunk und Film wurden im Nationalsozialismus in den ersten Jahren vor allem für NS-Propagandazwecke produziert. Im Februar 1938 wurde ein Lehrgang in Alt-Rehse durchgeführt<sup>107</sup>. Die Ausschreibung eines Filmwettbewerbs erfolgte im April 1938.<sup>108</sup> Ein zweiter Filmwettbewerb schloss sich 1939 an.<sup>109</sup> Weitere Ausschreibungen fanden nicht mehr statt.

102 Festschrift anlässlich der Eröffnung des Kaiserin-Friedrich-Hauses am 1. März 1906, S. 7–11

103 Hammerstein, Jürgen: Kaiserin-Friedrich-Stiftung. 100 Jahre im Dienste der Fortbildung. In: Dt. Ärzteblatt, 101. Jg, Heft 14, S. A-914–916, 2. April 2004

104 ders.: 100 Jahre Kaiserin-Friedrich-Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen im Wandel der Zeiten. In: Z. ärztl. Fortbild. Qual. Gesundh.wes. (2004) 98:83

105 Adam, Curt: Der Lehrfilm im Dienste der ärztlichen Fortbildung und des ärztlichen Vereinslebens. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 17. Jg, 1920, Nr. 10, S. 37–40

106 siehe Broghammer, Herbert: Der Danziger Arzt Erwin Liek (1878–1935). Chirurg und Medizinpublizist in der Medizinkrise vor 1933. Herbolzheim 2000, S. 57

107 Der Film im Rahmen der ärztlichen Fortbildung. Zweiter Lehrgang in Alt-Rehse. In: Deutsches Ärzteblatt, 69. Jg., 4. März 1939, Nr. 10, S. 181

108 Ergebnis des Filmwettbewerbs 1938 im Rahmen der ärztlichen Fortbildung. In: Deutsches Ärzteblatt, 69. Jg., 11. Februar 1939, Nr. 7, S. 120

109 Filmwettbewerb 1939 im Rahmen der ärztlichen Fortbildung. In: Deutsches Ärzteblatt, 69. Jg., 16. April 1939, Nr. 16, S. 330

## Einführung der Pflichtfortbildung im Nationalsozialismus

Ein spezielles Merkmal ärztlicher Fortbildung im Nationalsozialismus war die Einführung der Pflichtfortbildung. Den Weg dorthin kennzeichnen verschiedene Etappen. War in der Kaiserzeit vornehmlich über ein größeres und systematischeres Fortbildungsangebot diskutiert worden, wurden in der Weimarer Republik erste Überlegungen getätigt, eine Pflicht zur Fortbildung einzuführen. 1926 fand eine Erörterung über die Theoretisierung ärztlicher Fortbildung in einer Sitzung der Mitglieder der Ärztekammern und des Reichsausschusses für das ärztliche Fortbildungswesen statt. Überlegt wurde in dieser Sitzung, erstmalig einen „Zwang zur Fortbildung“ einzuführen. Dieser Vorschlag war zwar mehrheitlich noch ohne Zustimmung, wurde aber dennoch als eine zukünftig notwendige Maßnahme betrachtet.<sup>110</sup> Die Fortbildungspflicht konnte 1926 nicht durchgesetzt werden. Allerdings wurde in §1 der Standesordnung – beschlossen durch den Geschäftsausschuss des Deutschen Ärztevereinsbundes am 5.9.1926 – auf die Verpflichtung eines jeden Arztes verwiesen, seinen Beruf sorgfältig auszuüben.<sup>111</sup> Auch im Jahr 1929 sah man die Zeit für eine Fortbildungspflicht noch nicht gekommen: „Die Frage der obligaten Teilnahme an den Fortbildungskursen in regelmäßigen Abständen von mehreren Jahren ist heute wohl noch zu delikant, als dass man sie im bejahenden Sinne beantworten könnte.“ Obwohl „gerade diejenigen Aerzte, die es am meisten nötig hätten, am wenigsten geneigt sind, an Fortbildungskursen sich zu beteiligen.“<sup>112</sup> Nach einem Bericht des Preußischen Ärztekammer-Ausschusses vom 27. Oktober 1930 wären laut einer Berliner Statistik vor allem Ärzte mit Privatpraxen sorgsam auf ihre Fortbildung bedacht, während Kassenärzte ein weitaus geringeres Interesse hätten, sich fortzubilden. Dies wurde darauf zurückgeführt, dass die Arbeitsüberlastung der Kassenärzte sowieso keine Zeitreserven böten, um neueste Diagnostik oder Therapie zu praktizieren.<sup>113</sup> Nachdem bereits 1930 auf dem 49. Deutschen Ärztetag in Kolberg die Ärzteschaft deutlich gemacht hatte, die medizinische Versorgung mittels ärztlicher Fortbildung zu verbessern und somit ein bestimmendes Ziel der Ärzteschaft sei<sup>114</sup>, wurde 1931 auf dem 50. Deutschen Ärztetag in Köln die Einführung einer Pflicht zur Fortbildung erneut in die Diskussion gebracht. Jedoch schon während der Debatte zeigte sich, dass „Obligatorische Kurse...für unerwünscht“ erachtet wurden.<sup>115</sup>

Durch die Nationalsozialisten kam es dann zur Einführung der Pflichtfortbildung. Der Beauftragte des Reichsärztesführers für das ärztliche Fortbildungswesen<sup>116</sup> veröffentlichte

110 Bericht über die Sitzung des Reichsausschusses für ärztliche Fortbildung 1929, S. 505–507

111 Standesordnung für die deutschen Aerzte. In: Aertzliches Vereinsblatt, LV. Jahrgang, 11. Oktober 1926, Nr. 1395, Spalten 417–422

112 Rieke, P.: Die ärztliche Fortbildung. In: Aertzliches Vereinsblatt, 58. Jahrgang, 11. April 1929, Nr. 11, Spalte 248

113 Niederschrift über die Sitzung des Preußischen Ärztekammer-Ausschusses 27. Oktober 1930, S. 415–418

114 Loch, Franz Carl; Odenbach, P. Erwin: 1947/1997 – Bundesärztekammer im Wandel (X): Fortbildung in Freiheit. Gestern und heute: Eine Hauptaufgabe der ärztlichen Selbstverwaltung. In: Dt. Ärztebl. 1997; 94: A-2121–2126 (Heft 33)

115 Stenographischer Bericht über die Verhandlungen des 50. Deutschen Ärztetages in Köln am 18. und 19. Juni 1931 in Köln. In: Deutsches Ärzteblatt, 60. Jg., 1. September 1931, Nr. 25, S. 63

116 Dr. Kurt Blome (1894–1996) wurde 1935 von Dr. Gerhard Wagner, dem Reichsärztesführer (1934–1938) und Leiter der Reichsärztekammer (1935–1938), zum Beauftragten für ärztliche Fortbildung berufen. Siehe Klee, Ernst: Das Personenlexikon zum Dritten Reich. Frankfurt a.M. 2005, S. 54

Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist unzulässig und strafbar.

Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitungen in elektronischen Systemen.

© Franz Steiner Verlag, Stuttgart 2015

im Jahr 1935 neue Richtlinien für das ärztliche Fortbildungswesen.<sup>117</sup> Ab 1936 erfolgte die Einberufung zur Pflichtfortbildung an alle „deutschen praktischen Ärzte und Fachärzte aus Orten über 100.000 Einwohnern (Großstadtärzte)“, sofern sie als Kassenarzt eine Praxis hatten oder durch das Reichsärzteregister erfasst waren. Des Weiteren waren Ärzte über 60 Jahre ausgenommen<sup>118</sup> sowie beamtete und hauptamtlich angestellte Ärzte. Das Konzept sah vor, dass bis zum Erreichen seines 60. Lebensjahres alle fünf Jahre ein Kurs in einem Krankenhaus von dreiwöchiger Dauer absolviert werden musste.<sup>119</sup> Universitätsdozenten sollten weniger herangezogen werden, um zeitliche Kapazitäten für die Weiterbildung der Fachärzte in ihren jeweiligen Spezialgebieten zur Verfügung zu haben.<sup>120</sup> Die Pflichtfortbildung wurde 1937 in die Berufsordnung aufgenommen. Bei Nicht-Befolgung des namentlichen Aufrufs zum Pflichtkurs konnte eine Verwarnung oder eine Geldstrafe bis zu 1.000 RM, aber auch der „Ausschluß von der ärztlichen Tätigkeit“ erfolgen.<sup>121</sup> In § 4 der Berufsordnung von 1937 heißt es: „Der Arzt hat die Pflicht, sich beruflich fortzubilden und ohne Voreingenommenheit für oder gegen eine bestimmte Richtung in der Heilkunde sich mit allen wichtigen Heilverfahren vertraut zu machen.“<sup>122</sup> Der Kurs musste mit Teilnehmerzertifikat an der von der Reichsärztekammer<sup>123</sup> implementierten Akademie für ärztliche Fortbildung oder einer von ihr benannten Stelle stattfinden.<sup>124</sup> Die niedergelassenen Ärzte wurden von dem jeweiligen Landesstellenleiter der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands (KVD) einberufen<sup>125</sup> und erhielten von ihr eine Ausfallentschädigung in Höhe von 15 RM. Die Benennung der Teilnehmer erfolgte öffentlich mit Namen und konkretem Termin.<sup>126</sup> Die Einführung der Pflichtfortbildung wurde von den Nationalsozialisten als Notwendigkeit gesehen<sup>127</sup>, weil die Erfahrung gezeigt hätte, dass es „genug Ärzte“ gäbe, die „ihren Beruf bis an ihr Lebensende ausüben, ohne daß sie zur weiteren Fortbildung in ihrem Beruf gezwungen waren.“ Trotz eines ausreichenden Angebots wäre es oft am fehlenden Willen oder auch an den Kosten für einen Vertreter für die Zeit der Fortbildung gescheitert<sup>128</sup>; letzteres betreffe besonders Landärzte. Mit einer Pflichtfortbildung könne eine höchstmögliche Zahl an Ärzten erreicht werden<sup>129</sup>, zumal die Reichsärztekammer als übergeordnete Instanz für die ärztliche Fortbildung Anordnungen durchsetzen könne, was für die freien ärztlichen Berufsverbände nicht möglich

117 Blome Kurt: Neue Richtlinien über ärztliche Fortbildung. Ärztliche Pflichtfortbildung. In: Deutsches Ärzteblatt, 65. Jg., 17. August 1935, Nr. 33, S. 773–777

118 ders.: Organisation der Pflichtfortbildung der Großstadtärzte. In: Deutsches Ärzteblatt, 66. Jg., 4. Januar 1936, Nr. 1, S. 4–10

119 ders.: Rückblick und Ausblick unserer ärztlichen Fortbildung und Schulung. In: Deutsches Ärzteblatt, 67. Jg., 2. Januar 1937, Nr. 1, S. 2–12

120 ders.: Die Neuordnung der ärztlichen Fortbildung. In: Deutsches Ärzteblatt, 66. Jg., 4. Januar 1936, Nr. 1, S. 2–4

121 Grote 1937, Nr. 1, S. 30

122 Berufsordnung für die deutschen Ärzte vom 5.11.1937 erlassen von der Reichsärztekammer. In: Deutsches Ärzteblatt, 67. Jg., 13. November 1937, Nr. 46, S. 1032–1038

123 Die ärztliche Pflichtfortbildung. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 32. Jg., 1935, Nr. 16, S. 485–486

124 Der III. Internationale Kongress für das ärztliche Fortbildungswesen. In: Deutsches Ärzteblatt, 67. Jg., 4. September 1937, Nr. 36, S. 813–823; siehe auch Blome 1935, S. 773–777

125 Die Erfahrungen des Dozenten bei der ärztlichen Pflichtfortbildung. In: Deutsches Ärzteblatt, 67. Jg., 2. Januar 1937, Nr. 1, S. 49

126 Ramm 1944, S. 2

127 Grote 1937, Nr. 1, S. 29

128 Hochschule und Fortbildung. In: Deutsches Ärzteblatt, 67. Jg., 2. Januar 1937, Nr. 1, S. 47

129 Erfahrungen in der Pflichtfortbildung. In: Deutsches Ärzteblatt, 67. Jg., 2. Januar 1937, Nr. 1, S. 18–20

gewesen wäre.<sup>130</sup> Um von einem „Fortbildungszwang“ abzulenken, wurde der Begriff der „Freiwilligkeit“ betont.<sup>131</sup> Im Jahr 1937 erfolgte ein Aufruf im Deutschen Ärzteblatt, dass jeder Arzt sich ebenso neben den von der Reichsärztekammer für den Zwecke der Fortbildung errichteten Institutionen entsprechend der Anordnungen gemäß § 46 Abs. 1, Nr. 4 RÄO auch weiterhin freiwillig fortbilden müsse: „...er hat auch selbst die Pflicht um seine berufliche Fortbildung bemüht zu sein.“<sup>132</sup> Dabei unterlag ärztliche Fortbildung, die von gewerblichen Unternehmen oder Institutionen wie der Kaiserin-Friedrich-Stiftung angeboten wurde<sup>133</sup>, ab 18. Februar 1936 der Genehmigungspflicht durch den Beauftragten des Reichsärztesführers für das ärztliche Fortbildungswesen.<sup>134</sup> Ärzten war eine Teilnahme an diesen Fortbildungskursen untersagt, sofern eine Zustimmung fehlte.<sup>135</sup> Ab 1. Januar 1939 wurde die Anordnung vom 19. März 1938 erweitert<sup>136</sup>, indem auch die zusätzliche, d.h. freiwillige, Fortbildung sowie die Teilnahme an Schulungslehrgängen finanziell entschädigt wurden.<sup>137</sup>

Als Rahmen für die Schulung und Fortbildung dienten die beiden Körperschaften der „ärztlichen Selbstverwaltung“, die Reichsärztekammer und die KVD, wobei die Stellung zueinander klar definiert war: „Innerhalb der Reichsärztekammer besteht als Körperschaft des öffentlichen Rechts die Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands, deren Leiter der Reichsärztesführer ist.“<sup>138</sup> Durch die Gleichschaltung aller ärztlichen Bereiche existierten keine selbstständigen oder eigenständigen Institutionen ärztlicher Fortbildung mehr. Ärztliche Fortbildung war an die Basisforderungen des nationalsozialistischen Staates geknüpft, dass die Berufsausübung im Sinne der nationalsozialistischen Weltauffassung zu erfolgen hatte.<sup>139</sup> Die Offerten ärztlicher Fortbildung richteten sich bereits ab 1934 ausschließlich an „Deutsche reichsangehörige Ärzte arischer Abstammung, sowie Ärzte ausländischer Staatsangehörigkeit.“<sup>140</sup> Das Fortbildungsangebot wurde im selben Jahr um „Rassenhygienische Lehrgänge“<sup>141</sup> ergänzt. Das propagandistische Thema „Rasse und Volksgesundheit“ wurde untrennbar mit dem Gesundheitswesen und mit Fortbildung verknüpft.<sup>142</sup> Die Bedeutung in der Erb- und Rassenpflege in der ärztlichen Fortbildung wurde besonders herausgestellt. Auch wurde die Rolle des Hausarztes hervorgehoben, denn er sei wesentlich besser in der Lage den „Gesamtwert eines Erbstromes“ zu analysieren, weil er besser „als der fremde

130 Grote 1937, Nr. 1, S. 31

131 Blome 1936, Nr. 1, S. 4–10

132 Berufsordnung für die deutschen Ärzte 1937, S. 1032–1038

133 Semler 1978, S. 2066–2067

134 Meldepflicht der ‚zusätzlichen‘ ärztlichen Fortbildungskurse. In: Deutsches Ärzteblatt, 66. Jg., 21. November 1936, Nr. 47, S. 1159

135 Genehmigungspflicht in der ärztlichen Fortbildung. In: Deutsches Ärzteblatt, 66. Jg., 22. Februar 1936, Nr. 8, S. 208

136 Entschädigung für Teilnahme an der ärztlichen Pflichtfortbildung und an Schulungslehrgängen. In: Deutsches Ärzteblatt, 68. Jg., 26. März 1938, Nr. 13, S. 219–220

137 Entschädigung für Teilnahme an der ärztlichen Pflichtfortbildung, der zusätzlichen Fortbildung und an Schulungslehrgängen. In: Deutsches Ärzteblatt, 69. Jg., 1. Januar 1939, Nr. 1, S. 2

138 Die Reichsärzteordnung vom 13. Dezember 1935. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 33. Jg., 1936, Nr. 3, S. 84–87

139 Grote 1937, Nr. 1, S. 28–31

140 Ärztliche Fortbildung. In: Deutsches Ärzteblatt, 64. Jg., 18. August 1934, Nr. 33, S. 825–826

141 Akademie für ärztliche Fortbildung in Bayer. Rassenhygienischer Lehrgang für Ärzte vom 27. bis 29. September 1934, Nr. 37, S. 909

142 Rede des Reichsärztesführers Dr. Gerhard Wagner auf dem Reichsparteitage 1934. In: Deutsches Ärzteblatt, 64. Jg., 22. September 1934, Nr. 38, S. 917

Erbbiologe“ alle Familienmitglieder kenne.<sup>143</sup> Damit diene das ärztliche Fortbildungswesen nicht allein der medizinischen Wissensvermittlung, sondern vor allem auch der Verbreitung von nationalsozialistischer Propaganda.<sup>144</sup> Die didaktische Struktur fokussierte sich auf Krankenhäuser als Ausbildungsstätten.<sup>145</sup> Besonders die städtischen Krankenhäuser wurden in das nationalsozialistische Fortbildungskonzept einbezogen, was mit der Gründung der Berliner Akademie für ärztliche Fortbildung demonstriert wurde: „Damit ist den städtischen Krankenhäusern eine große und weit über den früher üblichen Rahmen der sog. Fortbildung hinausgehende Aufgabe gestellt.“<sup>146</sup>

Mit dem Ende des Nationalsozialismus 1945 wurde zunächst eine gesetzliche Pflichtfortbildung nicht übernommen. Die DDR jedoch führte 1964 mit der Obligatorischen peripheren Fortbildung mittels gesetzlicher Regelung eine Fortbildungspflicht ein. Mit der Wiedervereinigung der beiden deutschen Staaten ging diese verloren. Erst 2004 wurde eine gesetzliche Fortbildungspflicht erneut aufgegriffen, die für Vertragsärzte und ab 2006 auch für Krankenhausärzte seither gilt.<sup>147</sup>

#### Ärztliche Fortbildung als Faktor für „Wirtschaftlichkeit“

Auch der Themenbereich „Wirtschaftlichkeit“ wurde in der Zeit von 1871–1945 zunehmend mit ärztlicher Fortbildung verknüpft. Im Kaiserreich war der Fokus auf die Finanzierbarkeit durch den einzelnen Arzt gerichtet, was in ein gebührenfreies Angebot ärztlicher Fortbildung mündete, um jedem Arzt ungeachtet seiner finanziellen Lage Fortbildung zu ermöglichen. Ärztliche Fortbildung nutzen zu können, stellte auch einen Wettbewerbsvorteil dar.<sup>148</sup> Dies galt ebenfalls für die Weimarer Republik, weswegen mehr finanzielle Unterstützung von staatlicher Seite gefordert wurde. Vor allem hatten im Jahr 1930 Ärztekammern ärztliche Fortbildung durch finanzielle Zuschüsse in ländlichen Gebieten gefördert.<sup>149</sup> Gegen Ende der Weimarer Republik hatte sich nämlich ergeben, etwa in der Ärztekammer Brandenburg, dass gute ärztliche Fortbildung die Patientenbehandlung verbesserte, was die finanziellen Ausgaben für die Landesversicherungsanstalt verringerte. Diese Ärztekammer hatte initiiert, dass die Brandenburgische Provinzialregierung sowie die Landesversicherungsanstalt einen Teilbetrag der Fortbildungskosten übernahmen.<sup>150</sup> Das Resümee einer Sitzung des Deutschen Ärzte-Vereinsbundes vom 21. November 1930 in Berlin lautete daher, dieser Strategie der finanziellen Unterstützung durch Bundesmittel weiter zu folgen.<sup>151</sup>

143 Rede Prof. Dr. Böhm auf dem III. Internationalen Fortbildungskongress vom 21. bis 25. August 1937. In: Deutsches Ärzteblatt, 67. Jg., 11. September 1937, Nr. 37, S. 847

144 Bruns, Florian: Medizinethik im Nationalsozialismus. Entwicklungen und Protagonisten in Berlin (1939–1945). Stuttgart 2009, S. 96

145 Eine neuartige Form der ärztlichen Fortbildung. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 32. Jg., 1935, Nr. 1, S. 31; siehe auch Blome 1936, Nr. 1, S. 2–4

146 Klein 1934, S. 10–12

147 Böthin 2013, S. 324ff

148 siehe Böthin 2013, S. 328: Jeder Arzt, der sich fortbildet, verfügt über einen Wettbewerbsvorteil.

149 Das ärztliche Fortbildungswesen. In: Deutsches Ärzteblatt, 59. Jg., 21. Mai 1930, Nr. 15, Seite 190

150 Niederschrift über die Sitzung des Preußischen Ärztekammer-Ausschusses 1930, Nr. 33, S. 415–418

151 Aus der Sitzung des Vorstandes des Deutschen Ärztevereinsbundes am 21. November 1930 in Berlin. In: Deutsches Ärzteblatt, 59. Jg., 1. Dezember 1930, Nr. 34, Seite 435

So war bereits in der Weimarer Republik gute ärztliche Fortbildung als volkswirtschaftlich nützliches Mittel erkannt worden. Dieser Aspekt wurde in der Zeit des Nationalsozialismus konkreter hinsichtlich Kostenersparnis in der Patientenbehandlung definiert. Ärzte wurden zu kostengünstigem Behandeln aufgefordert. Die KVD hatte laut ihrer Satzung „die Pflicht, die Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise zu überwachen und näheres hierfür zu bestimmen.“<sup>152</sup> In der Weimarer Zeit hatten die Sozialversicherungen die Möglichkeit erhalten, Ärzte regresspflichtig machen zu können<sup>153</sup>, wenn sie gegen die Wirtschaftlichkeit in der Behandlung verstoßen hatten, indem Sie Befugnis erhielten, Richtlinien diesbezüglich zu erstellen und deren Einhaltung auch zu kontrollieren.<sup>154</sup> Speziell Jungärzte seien den Erfordernissen einer „wirtschaftlichen Behandlungsweise“ nicht gewachsen, folgerten die Nationalsozialisten. Dies läge allein „an der Unkenntnis und auch am Unverständnis für eine wirtschaftliche Behandlungsweise.“<sup>155</sup> In die Berufsordnung vom 5. November 1937 war daher im § 4 festgesetzt: „Bei jedem Krankheitsfall muß der Arzt bestrebt sein, auf einfachstem Wege den besten Heilerfolg zu erzielen.“<sup>156</sup> Somit wurde Fortbildung mit der Maßnahme versehen, dass eben nicht nur Schulmedizin, „sondern alle Gebiete und Heilmethoden beherrscht und ohne Voreingenommenheit“ Anwendung finden sollten: „Der deutsche Arzt soll das anwenden, was im gegebenen Falle dem Kranken hilft, gleichgültig, wie sich wissenschaftlich gesehen, das Heilverfahren darstellt.“<sup>157</sup>

### Schlussfolgerungen

Das ärztliche Fortbildungswesen in Deutschland wurde 1880 durch die Einführung eines Kursangebotes – den Ferienkursen – um eine entscheidende systematische didaktische Methode erweitert. Das Kursangebot war allerdings nicht gebührenfrei. Denn ärztliche Fortbildung wurde als Mittel betrachtet, sich von ärztlicher Konkurrenz abzuheben. Nur mittels staatlicher Unterstützung war es ab 1901 möglich, ein Fortbildungsangebot für alle Ärzte ohne Gebühren zu offerieren. Standespolitische Vertreter hatten nicht unbedingt den Rückhalt in der Ärzteschaft und wurden ähnlich wie staatliche Institutionen kritisiert. Die Diskussion um die Notwendigkeit systematischer ärztlicher Fortbildung zieht sich bis in die Weimarer Republik. Zu dieser Zeit dachten ärztliche Standesvertreter intensiv über die Einführung einer Pflichtfortbildung nach. Die Folge war, dass die Verpflichtung eines Arztes, seinen Beruf sorgfältig auszuüben, in die Standesordnung aufgenommen wurde. Aber auch diese Aufforderung wurde nicht von allen Ärzten umgesetzt. Auf den Ärztetagen 1930 und 1931 wurden obligatorische Fortbildungskurse diskutiert, aber als nicht gewünscht von den Delegierten zurückgewiesen. Im Nationalsozialismus geriet das komplette Fortbildungswesen unter die Kontrolle der nationalsozialistischen Propaganda und Gesetzgebung. Die Verstaatlichung der

152 RGBI I S. 567 (Reichsverordnung) Satzung der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands vom 2. November 1933

153 RGBI I S. 1051 Verordnung über Ärzte und Krankenkassen vom 30. Oktober 1923

154 Wolff, Eberhard: Ärztestreik und Ambulatorien. In: Deutsches Ärzteblatt 94, Heft 21, 23. Mai 1997, S. A-1421

155 Grote 1937, Nr. 1, S. 28–31

156 Berufsordnung für die deutschen Ärzte 1937, S. 1032–1038

157 Grote 1937, Nr. 1, S. 28–31

Fortbildung und die Einführung der Pflichtfortbildung dienten dazu, nationalsozialistische Inhalte schnellstmöglich jedem Arzt zu vermitteln.

Die Erfahrungen der Zeit zwischen 1871 bis 1945 legen nahe, dass staatliche Unterstützung sinnvoll ist. Die dramatischen Folgen der Gleichschaltung während des Dritten Reiches geben jedoch auch einen Hinweis auf die bedeutende Rolle vom Staat unabhängiger ärztlicher Institutionen bei der inhaltlichen Gestaltung ärztlicher Fortbildung.

Diese historische Betrachtung zeigt auf, dass vor allem eine von finanziellen Möglichkeiten des einzelnen Arztes sowie eine von Ideologien und wirtschaftlichen Interessen unabhängige ärztliche Fortbildung dem Patientenwohl dient. Eine Maxime, die auch heute noch Gültigkeit besitzt.

## Marksteine des ärztlichen Fortbildungswesens in Deutschland 1871–1945

### Zeittafel

#### *Deutsches Kaiserreich 1871–1918*

- 1872 Gründung des „Aerztlichen Vereinsblattes“ als Standesorgan  
Gründungsversammlung des „Deutschen Aerzte-Vereinsbundes“
- 1880 Entstehung der „Dozentenvereinigung für ärztliche Ferienkurse zu Berlin“
- 1881 Erstmals ärztliche Fortbildung mittels Kurssystem als gebührenpflichtige Fortbildung, die auch zum Erwerb des Titels „Facharzt für“ oder „Spezialist für“ diente.
- 1882 „Aerztliches Vereinsblatt“ erweitert das Themenspektrum um den Bereich ärztliche Fortbildung
- 1901 Gründung des „Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen“ mit einem gebührenfreien, überregionalen und staatlich koordinierten Fortbildungsangebot für alle Ärzte  
Bildung von lokalen Vereinigungen in Preußen, Bayern, Sachsen, Württemberg, Baden. Bis 1926 existierten in allen deutschen Staaten Landeskomitees für ärztliche Fortbildung mit insgesamt 79 Lokalkomitees.
- 1902 Etablierung der „Lehrmittelsammlung des Zentralkomitees für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen“
- 1903 Gründung der „Kaiserin-Friedrich-Stiftung“ (KFS) für das ärztliche Fortbildungswesen
- 1904 Gründung der „Zeitschrift für ärztliche Fortbildung“  
Errichtung der „Akademie für praktische Medizin in Cöln“
- 1905 Umwandlung der „Lehrmittelsammlung des Zentralkomitees für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen“ in eine selbstständige staatliche Einrichtung.
- 1906 Eröffnung des „Kaiserin-Friedrich-Hauses“ (KFS)
- 1907 Errichtung der „Akademie für praktische Medizin in Düsseldorf“
- 1908 Bildung des „Reichsausschusses für ärztliche Fortbildung“ als Zentralstelle für das Deutsche Reich
- 1911 Erweiterung der Lehrmittelsammlung um medizinische Filme zu Lehrzwecken

Urheberrechtlich geschütztes Material. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist unzulässig und strafbar.  
Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitungen in elektronischen Systemen.

*Weimarer Republik 1918–1933*

- 1919 Aufbau der „Zentralstelle für medizinische Kinematographie“
- 1924 Ärztetag in Bremen beschließt ein einheitliches Anerkennungsverfahren zur Erlangung eines Facharzttitels
- 1925 Reichsausschuss für ärztliche Fortbildung beschließt einen „ärztlichen Rundfunk“ mit medizinischen Fachvorträgen
- 1926 die Diskussion um die Einführung eines „Zwangs zur Fortbildung“ mündete in der Ergänzung der Standesordnung im § 1 hinsichtlich der Verpflichtung eines jeden Arztes, seinen Beruf sorgfältig auszuüben
- 1929 erneute Erörterung der Frage einer obligaten Teilnahme an Fortbildungskursen in regelmäßigen Abständen
- 1930 49. Deutscher Ärztetag in Kolberg, heute polnisch Kołobrzeg, Beratung über die Verbesserung medizinischer Versorgung durch ärztliche Fortbildung
- 1931 50. Ärztetag in Köln diskutiert die Einführung obligatorischer Kurse, jedoch ohne abschließende Zustimmung

*Drittes Reich 1933–1945*

- 1934 Gründung der „Berliner Akademie für das ärztliche Fortbildungswesen“ mit der Orientierung auf ein gesamtmedizinisches Spektrum  
Richtfest „Ärzteführerschule Alt-Rehse“
- 1935 Neue Richtlinien für ärztliche Fortbildung mit Einführung der Pflichtfortbildung für Kassenärzte mit Praxis
- 1936 Erlass der Reichsärzteordnung verfügt die Zuordnung des ärztlichen Fortbildungswesens an die am 1. April konstituierte Reichsärztekammer  
Genehmigungspflicht für die von gewerblichen Unternehmen oder Institutionen angebotenen ärztlichen Fortbildungskursen durch den Beauftragten des Reichsärztesführers für das ärztliche Fortbildungswesen
- 1937 Aufnahme der Pflichtfortbildung in die ärztliche Berufsordnung  
Aufruf auch weiterhin freiwillige Fortbildung neben der Pflichtfortbildung zu berücksichtigen  
Gründung der Münchener Akademie zum Themenbereich „Gesundheitsführung“
- 1938 Gründung der Dresdener Akademie mit dem Schwerpunkt „Naturheilkunde im Rahmen der Gesamtmedizin“  
finanzielle Entschädigung für Teilnahme an ärztlicher Pflichtfortbildung und Schulungslehrgängen
- 1939 finanzielle Entschädigung für Teilnahme auch an „zusätzlicher“, d.h. freiwilliger, Fortbildung
- 1941 Gründung der Hamburger „Akademie der ärztlichen Fortbildung für Schiffahrts- und Tropendienst“

*Summary*

The discussion on systematization and methodology combined with the question of state interference and professional political interests accompanies the beginning of Continuing Medical Education (CME) until today. The development of CME for the period 1871 to 1945 shows a process of systematization regarding organizational, administrative and structural level with participation of government and medical professional policies.

In the time of the German Empire the foundation for a structured CME was created by establishing a system of charge free and decentralized training courses. For the first time, thought was given to distinguish different types of medical education. During the period of the Weimar Republic the structure of decentralized CME was supported by developing new teaching and learning methods. The medical professional representatives refused any state participation except financial assistance. In the Nazi era CME was brought into line of Nazi ideology concerning structure, organization and administration. CME obligations were mandatory for all physicians and trained them on Nazi ideology especially.

CME as a lifelong process centrally guided in combination with decentralized structures is an appropriate way for offering training to all physicians. State support is important and necessary, but shaping the contents should be a duty of the professional associations of Physicians. The quality of patient care is no longer complied as soon as the aspect of cost-efficiency is transformed into a pressure factor concerning political interests and social insurance.

## Anschrift der Verfasserin

Elke Böthin M.A.  
Institut für Geschichte der Medizin  
Charité Berlin  
Thielallee 71  
14195 Berlin  
Deutschland  
Boethin@t-online.de

## **Strukturen ärztlicher Fortbildung im geteilten Deutschland 1949-1990 – eine Analyse zentralistischer staatlicher Ausrichtung und föderaler ärztlicher Selbstverwaltung**

## **Structures of Continuing Medical Education (CME) in Divided Germany 1949-1990 – analysis of Centralist State Medicine Formation and Physicians' self-government**

### **Zusammenfassung**

Thema ist die Darstellung der Strukturen ärztlicher Fortbildung in Deutschland von 1949-1990 innerhalb des zentral gelenkten Gesundheitswesens der Deutschen Demokratischen Republik (DDR) und in den föderalen ärztlichen Selbstverwaltungsstrukturen in der Bundesrepublik. Auf die Darlegung der zeithistorischen Entwicklungsphasen ärztlicher Fortbildung folgt die Analyse. Diese beleuchtet einerseits das ärztliche Berufsbild in zentralistischer staatlicher und andererseits in standespolitischer Steuerung und den damit systembedingten (berufspolitischen, ideologischen und wirtschaftlichen Faktoren mit folgendem Ergebnis: die Ausgestaltung ärztlicher Fortbildung ist von diesen Bedingungen abhängig und kann nie wirklich frei von Einflussnahme sein. Das Ausmaß einer Einwirkung wird bestimmt von den jeweiligen zeithistorischen Rahmenbedingungen und der individuellen ärztlichen Handlungsentscheidung.

### **Abstract**

This paper analyses the organization of Continuing Medical Education (CME) within the centralist planned health system of the German Democratic Republic (GDR) and the federal system of the Federal German Republic (FGR) based on physicians' self-governance from 1949 to 1990 in Germany.

The development of CME is explained in a historical context. The analysis illuminates the physicians profile and the effects of structural relationships, differences and the consequences of (professional) political, ideological and economic factors on CME. Medical training is dependent on these circumstances and cannot be free of influence, whose manifestation is determined by the respective historical conditions of the time and the individual decision of acting.

## Einleitung

Im Fokus der vorliegenden Untersuchung stehen bedingt durch die zwei verschiedenen politischen Systeme die unterschiedlichen Strukturen ärztlicher Fortbildung.<sup>1</sup> Auf die medizinischen Inhalte der Fortbildungsmaßnahmen soll hier nicht eingegangen werden. Es kann vorausgesetzt werden, dass die Aktualisierung des ärztlichen Wissens gemäß den sich stetig weiterentwickelnden medizinischen Anforderungen die Leitmaxime der Fortbildung war.<sup>2</sup>

Die folgende Untersuchung stützt sich zum einen auf normative Texte, Gesetze, Verordnungen, wie z. B. den Verfügungen und Mitteilungen des Ministeriums für Gesundheitswesen der DDR, zum anderen auf Tätigkeitsberichte der Bundesärztekammer und entsprechenden Fachzeitschriften aus beiden Ländern.<sup>3</sup> Anhand dieser Quellen wird die Frage untersucht, welche systemischen Faktoren ärztliche Fortbildung beeinflusst haben, wer für die Strukturen und die Ausprägung in den jeweiligen Systemen verantwortlich war. Fortbildung als wichtiger Bestandteil des ärztlichen Berufslebens bietet als Instrument für berufspolitische, wirtschaftliche oder parteipolitische Strategien unter bestimmten Bedingungen die Möglichkeit einer Zweckentfremdung. Auch die Gründe für die staatliche Durchsetzung in dem einen bzw. die Ablehnung einer Fortbildungspflicht mit Nachweis in dem anderen System werden analysiert.

Für den Aufbau der Arbeit wurden drei Kapitel gewählt. Das erste Kapitel greift die Entwicklung ärztlicher Fortbildung anhand historischer Ereignisse in der DDR auf. Die Gründung von zwei deutschen Staaten hatte ab 1949 auch Konsequenzen für die Ausgestaltung des ärztlichen Berufes und deren Auswirkung auf die Fortbildungsregulierung.

---

<sup>1</sup> Vgl. hierzu Befragung Januar bis September 2012 von 15 Experten zur Ärztlichen Fortbildung in Deutschland. Interviewer: Elke Böthin. IGM-Archiv, B-033927.

<sup>2</sup> Beide Systeme standen im Austausch miteinander. Siehe Hess, Volker; Hottenrott, Laura; Steinkamp, Peter: Testen im Osten. DDR-Arzneimittelstudien im Auftrag westlicher Pharmaindustrie 1964-1990. Berlin-Brandenburg 2016.

<sup>3</sup> „Deutsche Ärzteblatt“ bzw. „Ärztliche Mitteilungen“: Ab 1930 wurden das 1872 gegründete Ärztliche Vereinsblatt unter dem Namen Deutsches Ärzteblatt herausgegeben. 1933 wurde es mit den Ärztlichen Mitteilungen, der Zeitschrift des Hartmannbundes, zwangsvereinigt. Ab 1949 erschien es unter dem Titel „Ärztliche Mitteilungen“ im Deutschen Ärzte-Verlag publiziert, ab 1964 wieder unter dem Namen „Deutsches Ärzteblatt“.

„Zeitschrift für ärztliche Fortbildung“: Gegründet 1904 und herausgegeben vom „Zentralkomitee für ärztliche Fortbildung“ und bis heute ein wichtiges Publikationsorgan unter dem Namen „Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen“.

„Das Deutsche Gesundheitswesen 1/ 2 (1946)“ befasste sich mit allgemeinen Themen zur Gesundheitsversorgung der Bevölkerung, gegründet von der „Deutschen Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen in der Sowjetischen Besatzungszone“ und vom Verlag „Volk und Gesundheit“ herausgegeben.

„Humanitas 1 (1961)“ - Zeitschrift für Medizin und Gesellschaft erschien in der DDR wöchentlich. Schwerpunktthemen waren „theoretisch-weltanschauliche Probleme in der Medizin“ sowie „ethisch-moralische

Bis 1990 vollzog sich die Prägung des Gesundheitssystems in der DDR nach staatlichen und parteipolitischen Kriterien. Die Zeitabschnitte ärztlicher Fortbildungsstrukturen lassen sich für die DDR in vier Phasen unterscheiden, die in gewissem Zusammenhang mit den politischen Zäsuren des DDR-Regimes stehen. Verkürzend können diese Etappen wie folgt beschrieben werden: Orientierung (1949-1960) – Weiter- und Fortbildung als Forschungsauftrag; Reformierung (1961-1970) – Staatlich kontrollierte ärztliche Fortbildung; Konsolidierung (1971-1988) – Sozialistische Erziehung in der Weiter- und Fortbildung; Institutionelle Auflösung (1989-1990) – ein Konzept ohne Zukunft in der föderalen ärztlichen Selbstverwaltung.

Das zweite Kapitel befasst sich mit den Entwicklungsstufen ärztlicher Fortbildung in föderalen ärztlichen Selbstverwaltungsstrukturen der Bundesrepublik. Komprimiert formuliert können zwei Etappen identifiziert werden: Konsolidierung (1949-1960) – Berufsaufsicht durch die Ärztekammern; Orientierung (1961-1990) – Pflicht als Freiwilligkeit: Gründung von Akademien für ärztliche Fortbildung durch die Ärztekammern.<sup>4</sup>

Das dritte Kapitel liefert eine Analyse der systembedingten Fortbildungsregularien und führt die Problematik aber auch den Nutzen auf, die sich aus den strukturellen Unterschieden rückblickend ergeben. Eng verknüpft mit den strukturellen Gegebenheiten ist der jeweilige (berufs-)politische und wirtschaftliche Einfluss auf ärztliche Fortbildung.

## **Ärztliche Fortbildung unter zentralistischen staatlichen Strukturen im DDR-Gesundheitswesen**

### *Ärztliches Berufsbild und Entwicklungsphasen des Gesundheitssystems der DDR*

Bereits vor der Gründung der DDR 1949 hatte die Sowjetische Militäradministration (SMAD) die Weichen für eine Verstaatlichung des Gesundheitssystems gestellt.<sup>5</sup> Die SMAD verschloss den Zugang zu autarken ärztlichen Organisationen. Mit Befehl Nr. 146 vom 17. Juni 1946 wurden Ärztekammern in der Sowjetischen Besatzungszone (SBZ) verboten.<sup>6</sup> Die staatliche Ausrichtung des Gesundheitswesens führte zu einer Umgestaltung des ärztlichen Berufsbildes. Tradierte Standesorganisationen hatten in diesem Konzept keinen Platz und wurden auch nach 1949 nicht reaktiviert.<sup>7</sup> Der angestellte Arzt als Leiter sozialistischer Kollektive und Einrichtungen mit Kenntnissen über sozialistische Leitungswissenschaften

---

Anforderungen im Arzt/Schwester/Patient-Verhältnis im Sozialismus“ und auch kritische Betrachtungen der „kapitalistischen“ Gesundheitspolitik.

<sup>4</sup> Vgl. Gerst (1997), S. 195 zur Konsolidierung der ärztlichen Selbstverwaltung.

<sup>5</sup> Müller (1997), A 1425.

<sup>6</sup> Naser (2000), S. 90.

<sup>7</sup> Ernst (1997), S. 77-78.

und Menschenführung war das Leitbild im DDR-Gesundheitswesen.<sup>8</sup> Der niedergelassene Arzt in freier Praxis als Pfeiler für die ambulante Versorgung, wurde bereits in der SBZ als Auslaufmodell betrachtet.<sup>9</sup> Das Modell der Polikliniken und Ambulatorien sollte an seine Stelle treten.<sup>10</sup> Damit einher ging der Ausbau der stationären Versorgung mit der Erhöhung der Anzahl der Krankenhausbetten sowie des medizinischen Personals.<sup>11</sup> Bis 1989 war die Anzahl von Ärzten mit eigener Praxis auf 396 reduziert. Diese Ärztesgruppe fiel mit ihrem Berufsstand im DDR-Gesundheitswesen nicht mehr ins Gewicht.<sup>12</sup>

Die Phase der Orientierung begann 1949 mit der Staatsgründung und endete 1960 mit dem Entwurf eines Perspektivplans.<sup>13</sup> In diesen Zeitraum fällt die Gründung des ersten deutschen Gesundheitsministeriums im Jahr 1950, das konzeptionell die staatlichen Handlungen im Gesundheitswesen zu zentralisieren und die Weisungen der SED-Führung umzusetzen hatte.<sup>14</sup> Die beiden Eckpfeiler des DDR-Gesundheitswesens waren die staatliche Gesundheitsverwaltung und der Freie Deutsche Gewerkschaftsbund (FDGB).<sup>15</sup> Als Ansprechpartner für Ärzte zur Behandlung von Fragen ärztlicher Berufstätigkeit fungierte nun die Gewerkschaft<sup>16</sup>, die auch die Abrechnung ärztlicher Tätigkeit abwickelte.<sup>17</sup> 1951 wurde die Sozialversicherung, Anstalt des öffentlichen Rechts als Ergebnis einer Fusion der vormals selbstständigen Kranken-, Renten- und Unfallversicherungskassen geschaffen<sup>18</sup>, deren Trägerschaft bis 1956<sup>19</sup> komplett vom FDGB übernommen wurde.<sup>20</sup> Unter dessen Dach Berufsvertretung und Abrechnungswesen sowie Organisation für die medizinischen Berufe zusammengefasst waren.<sup>21</sup> Die aktualisierte Version der DDR-Verfassung von 1968 definierte im Artikel 45 Absatz 3 diese Aufgabe des FDGB: „Die Gewerkschaften leiten die Sozialversicherung der Arbeiter und Angestellten auf der Grundlage der Selbstverwaltung der

---

<sup>8</sup> Bühler (1999), S. 123.

<sup>9</sup> Vgl. Schagen/Schleiermacher (2004), S. 424.

<sup>10</sup> Naser (2000), S. 72, 75, 77.

<sup>11</sup> Gesetz über den Volkswirtschaftsplan, das erste Jahr des Fünfjahresplanes der Deutschen Demokratischen Republik vom 14. März 1951. DtschGesundhw. 6 (1951), Amtlicher Teil S. 25-27.

<sup>12</sup> Naser (2000), S. 312.

<sup>13</sup> Vgl. Weber (2012), S. 28-55: Weber spricht dagegen vom Aufbau des Sozialismus 1949-1961 und Ansätzen einer Konsolidierung mit dem V. Parteitag der SED und dem Ausschalten der Opposition 1958-1959.

<sup>14</sup> Domeinski (1987), S. 41-42; vgl. Steidle (1950), 1565.

<sup>15</sup> Müller (1997), A-1425.

<sup>16</sup> Prokop (1982), S. 30.

<sup>17</sup> Naser (2000), S. 110, 138-139; vgl. Schagen, Schleiermacher (2004), S. 423.

<sup>18</sup> *Verordnung über die Sozialversicherung*. GBl. I 49 (1951), S. 325.

<sup>19</sup> *Verordnung über die Sozialversicherung der Arbeiter und Angestellten*. GBl. I 77 (1956), S. 681.

<sup>20</sup> Ernst (1997), S. 28-29.

<sup>21</sup> Ebd. S. 85; Schagen/Schleiermacher (2004), S. 401.

Versicherten.“<sup>22</sup> Der „administrative Dualismus von Gesundheitswesen und Sozialversicherung“ war strukturell somit auch in der DDR vorhanden.<sup>23</sup>

Mit der Zusage durch Artikel 35 der DDR-Verfassung jedem Bürger ein Recht auf Schutz einer Gesundheit und Arbeitskraft zu garantieren<sup>24</sup>, hatte das Gesundheitsministerium ebenfalls ein gesellschaftspolitisches Arbeitsziel:

Das Gesundheitswesen muß zu dieser Demokratisierung beitragen, indem es allen Menschen, aber insbesondere den werktätigen Massen, aktive Unterstützung gewährt, ihre Gesundheit zu schützen und zu erhalten.<sup>25</sup>

Um dieses Ziel zu erreichen, war die Herausbildung eines „sozialen Bewusstseins“ erforderlich.<sup>26</sup> Dies implizierte auch eine Aufforderung an alle Bürger der DDR, daran mitzuwirken, ihre Gesundheit durch aktive Teilnahme an gesundheitsfördernden Maßnahmen zu erhalten.<sup>27</sup> Besonders Ärzte sollten für das Konzept des demokratischen Gesundheitswesens gewonnen werden: „Arzt sein – heißt dem Volke dienen!“. Zur Motivation wurde 1949 der Titel „Verdienter Arzt des Volkes“ (VADV) kreiert, der im Jahr 1950 an 25 Ärzte zum ersten Mal vergeben wurde.<sup>28</sup> Ein gesellschaftswissenschaftliches Grundstudium innerhalb des Lehrplans der medizinischen Fakultäten ab 1951 einzurichten<sup>29</sup>, hatte die Absicht, Medizinstudenten zu „wahren Volksärzten“<sup>30</sup> zu erziehen.<sup>31</sup> Den Lehrplan gestaltete die Abteilung Marxismus-Leninismus. Diese setzte sich aus drei Fachgruppen zusammen Philosophie (1. und 2. Semester), politische Ökonomie (3. und 4. Semester) und wissenschaftlicher Sozialismus (6. und 7. Semester).<sup>32</sup>

Der Beschluss des V. Parteitages der Sozialistischen Einheitspartei Deutschlands (SED) vom 10.-16. Juli 1958 präziserte die Aufgabe aller Einrichtungen im Gesundheitswesen, „die modernen Erkenntnisse der Medizin mit den Vorzügen der sozialistischen Gesellschaftsordnung zu verbinden“.<sup>33</sup> In seiner programmatischen Schrift zum DDR-Gesundheitswesen sollte das Ziel – der niedergelassene Arzt als Modell ohne Zukunft – weiter gefestigt werden. Der „einzeltätige Arzt“ mit seiner „isolierten Arbeitsweise“ stehe für die „Trennung von stationärer und ambulanter Betreuung“, die aber zukünftig kollektiv

---

<sup>22</sup> Siehe Artikel 45 (3) der Verfassung der Deutschen Demokratischen Republik vom 6. April 1968 (abgerufen zuletzt am 08.06.2017).

<sup>23</sup> Woelk/Vögele (2002), S. 43.

<sup>24</sup> Keck (1984), S. 793.

<sup>25</sup> Winter (1950), S. 1.

<sup>26</sup> Ebd. S. 2.

<sup>27</sup> Vgl. Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages (2009), S. 9, 27

<sup>28</sup> Ernst (1997), S. 133; Winter/Redetzky/Marcusson (1950), S. 113.

<sup>29</sup> Bühler (1999), S. 48.

<sup>30</sup> Winter (1952), S. 630.

<sup>31</sup> Vgl. Bühler (1999), S. 49.

<sup>32</sup> Zechmeister (1960), S. 513.

verbunden werden sollte.<sup>34</sup> Die Umgestaltung verfolgte die Absicht, Ärzten finanziellen Druck zu nehmen. Einkommenssorgen und pekuniäre Aspekte sollten einer „vertrauensvollen Arzt-Patient-Begegnung“ nicht im Wege stehen.<sup>35</sup>

Die sogenannte „Ständige Kommission für die medizinische Wissenschaft und Fragen des Gesundheitswesens beim Politbüro des ZK der SED (Ärztelkommission des Politbüros)“<sup>36</sup> hatte zum Ziel, Ärzte für die Beschlüsse des V. Parteitages der SED zu gewinnen.<sup>37</sup> Selbst ärztlichen Parteimitgliedern wurden ein „Verharren in früherem Standesdenken“ sowie eine fehlende ideelle Gemeinsamkeit mit der Politik der SED vorgeworfen.<sup>38</sup> Die Verabschiedung des erarbeiteten Perspektivplans am 27. Oktober 1960<sup>39</sup> bereitete den Weg für eine Phase der Reformierung.<sup>40</sup> Der Bereich der Gesundheitspolitik definierte das Gesundheitswesen und die Medizinische Wissenschaft<sup>41</sup> verstärkt über die Ziele einer sozialistischen Gesellschaft.<sup>42</sup> Die konkreten Ziele waren die Verringerung der Rate des Krankenstandes, der Säuglingssterblichkeit und der übertragbaren Krankheiten sowie die Verbesserung einer Versorgung mit hochwertigen Arzneimitteln.<sup>43</sup> Krankenhäuser sollten sich ab 1961 zu Gesundheitszentren entwickeln und die Verbindung zwischen stationärer und ambulanter Gesundheitsversorgung verwirklichen.<sup>44</sup>

Mit dem Mauerbau 1961 wurde nicht nur die Abwanderung von Ärzten nahezu gestoppt, sondern über eine Politik der sogenannten „Störfreimachung“ auch Einflüsse aus dem Westen minimiert.<sup>45</sup> Der VI. Parteitag der Sozialistischen Einheitspartei Deutschlands, der vom 15. bis 21. Januar 1963 stattfand, offenbart die Konzentration auf die Reformierung zwecks „umfassenden Aufbaus des Sozialismus“.<sup>46</sup> Die Aufgabe der Heranbildung von ärztlichen „Leitungskadern“ wurde von der Akademie für ärztliche Fortbildung 1963 übernommen.<sup>47</sup>

---

<sup>33</sup> Rohland/Spaar (1973), S. 81.

<sup>34</sup> Mette/Misgeld/Winter (1958), S. 74; Herrmann (1968), S. 1105; Zechmeister 9 (1960), S. 513; vgl. Schagen/Schleiermacher (2004), S. 406-407.

<sup>35</sup> Thom (1974), S. 196.

<sup>36</sup> BArch DQ 1/5794.

<sup>37</sup> siehe Winter/Otto (1960), S. 662; vgl. Bühler (1999), S. 71.

<sup>38</sup> Schagen/Schleiermacher (2004) S. 428.

<sup>39</sup> *Richtlinie zur Durchführung des Perspektivplanes zur Entwicklung der medizinischen Wissenschaft und des Gesundheitswesens in der DDR vom 22.11.1960*. Verf. u. Mitt. d. Min. für Gesundheitsw. 12 (1960), S. 95.

<sup>40</sup> Vgl. Weber (2012), S. 60-65: Weber beschreibt den Zeitraum 1961-1970 mit dem Begriff Festigung und dem Versuch einer Stabilisierung.

<sup>41</sup> Winter/Otto (1960), S. 662.

<sup>42</sup> Beschluß des Politbüros des ZK der SED vom 16. September 1958. Dokumente der SED. Berlin (Ost) VII (1961), S. 348-352; Rohland/Spaar (1973), S. 90-91; siehe auch Zechmeister (1960), S. 513.

<sup>43</sup> Schagen/Schleiermacher (2004), S. 430.

<sup>44</sup> Renker (1961), S. 430

<sup>45</sup> Vgl. Krätzner (2011), S. 193.

<sup>46</sup> BArch DY 30/IV 1/VI/4 Protokoll des VI. Parteitages der SED“, Band IV, 1963, S. 365; vgl. Rohland/Spaar (1973), S. 116-118, siehe auch Bühler (1999), S. 73.

<sup>47</sup> *Anordnung vom 26. Juni 1963 über das Statut der Deutschen Akademie für Ärztliche Fortbildung*. GBL (1963), S. 431.

Der Akademie für ärztliche Fortbildung kam als „zentrales, wissenschaftliches Leitinstitut“ dabei die Aufgabe zu, für die ärztliche Fortbildung „Informationen zu sichten und aufzuarbeiten, um diese, nun zweckmäßig moduliert, auf kürzestem Wege in das Gesamtsystem der Ausbildung und Erziehung zu transferieren.“<sup>48</sup> Ein postgraduales Studium als Leitungskaderqualifizierung sollte ab 1969 umgesetzt werden.<sup>49</sup> In der Zeitschrift *humanitas*<sup>50</sup> wurde die Zielsetzung veröffentlicht. Zur Manifestierung der „sozialistischen Gesundheitspolitik“ standen im Zentrum der Weiterbildung allgemeine politische Inhalte wie „die Vertiefung der marxistisch-leninistischen Bildung“ und der „sozialistischen Menschenführung“.<sup>51</sup> Das ärztliche Berufsbild sollte mittels einer sozialistischen Hochschulreform in einem sozialistischen Bildungssystem geformt werden. Ausbildungsziel war, die ärztlichen Absolventen durch die Einheit von Erziehung und Ausbildung zu „sozialistischen Persönlichkeiten“ heranzuziehen.<sup>52</sup> Die 3. Hochschulreform am 3. April 1969 regelte das Promotionsrecht neu. Von nun an war der 1. akademische Grad für das Medizin- und Zahnmedizinstudium das Diplom (Diplomordnung), der 2. akademische Grad der Dr. med. als Doktor eines Wissenschaftszweiges (Promotionsordnung A) und der 3. akademische Grad der Dr. sc. med. als Doktor der Wissenschaften (Promotionsordnung B).<sup>53</sup> Zusätzlich musste eine Prüfung im Fach Marxismus-Leninismus abgelegt werden. Aufgrund von geringen politischen Engagements wurde für Hochschullehrer ein staatliches Weiterbildungssystem Marxismus-Leninismus verordnet.<sup>54</sup>

Gegen Ende der Phase der Reformierung wurde 1970 ein Wandel im ärztlichen Bewusstsein registriert. Ein aktives Engagement der Ärzte für die sozialistische Gesellschaft sei zu erkennen.<sup>55</sup> Auch mit der internationalen Anerkennung der DDR setzte ab Anfang der 1970er Jahre eine Phase der Konsolidierung ein.<sup>56</sup> In dieser Phase sollte durch die weitere Verknüpfung von Gesellschaftswissenschaft und Medizinwissenschaft mit der weltanschaulichen Bindung des Marxismus-Leninismus die Umformung des ärztlichen Berufsbildes zementiert werden.<sup>57</sup> Durch wirtschaftliche Probleme in der DDR in den 1980er

---

<sup>48</sup> Herrmann (1968), S. 1110.

<sup>49</sup> Mros (2003), S. 23.

<sup>50</sup> *Humanitas* 10 (1970), H. 20.

<sup>51</sup> Mros (2003), S. 24.

<sup>52</sup> Bühler (1999), S. 106-107, 252.

<sup>53</sup> Siehe Mros (2003), S. 88.

<sup>54</sup> Bühler (1999), S. 114.

<sup>55</sup> Winter/Miehlke (1970), S. 822.

<sup>56</sup> Vgl. Weber (2012), S. 80-90: Weber definiert den Verlauf der Jahre von 1971 bis 1980 mit den Bezeichnungen Stabilität und Krise.

<sup>57</sup> Vgl. Schagen/Schleiermacher (2004) S. 406-407, 424: Die staatliche Ausrichtung des Gesundheitswesens führte zu einer Umgestaltung des ärztlichen Berufsbildes.

Jahren, die ab 1981 bereits den Niedergang der DDR eingeleitet haben<sup>58</sup>, kam es zu einer erheblichen Beeinträchtigung der medizinischen Versorgungslage<sup>59</sup>, die auch als Zeichen für die beginnende Instabilität des Systems der „Einheit von Wirtschafts- und Sozialpolitik“ zu werten ist.<sup>60</sup> Zu Beginn der 1980iger Jahre noch die Einheitlichkeit und Geschlossenheit des Zentralkomitee (ZK) bis in die Parteigruppen mit dem „straffen Zentralismus“ weiterhin beschworen.<sup>61</sup> Die tatsächliche Lage offenbarte eine desolante DDR-Wirtschaft, die sich nur mit externer finanzieller Unterstützung über Wasser hielt, und ein schwächelndes sozialistisches Staatskonstrukt, das mit dem weiteren Ausbau von Überwachung und Kontrolle durch die Staatssicherheit stabilisiert werden sollte.<sup>62</sup>

Nach dem Fall der Mauer 1989 schloss sich die institutionelle Auflösung von Staat und Gesundheitssystem an, die mit der Umsetzung des Einigungsvertrages zum 3. Oktober 1990 besiegelt wurde. Dieses Modell für ärztliche Weiter- und Fortbildung war somit obsolet.<sup>63</sup>

#### *Beeinflussung ärztlichen Handelns durch die Staatsideologie? – Ein Forschungsüberblick.*

Neue Strukturelemente in der Hochschullandschaft wurden bereits in der Sowjetischen Besatzungszone angedacht und führten ab 1954 in der DDR zur Einrichtung von Hochschulen, Instituten und Akademien die sich parteipolitisch auszurichten hatten: die politische Einstellung mit dem fachlichen Vermögen zu verbinden.<sup>64</sup> Die Medizinischen Akademien waren als Ergänzung der Universitätsfakultäten zu sehen, und sollten diese nicht ersetzen.<sup>65</sup> In der Phase der Orientierung lag die Konzentration darauf, den ärztlichen Nachwuchs im Studium auf die neue Gesellschaftsordnung einzustimmen: durch „wissenschaftlichen Sozialismus“ vermittelt während des Studiums den späteren Arzt mit der Gesellschaft zu verbinden.<sup>66</sup> In der Phase der Reformierung wurde eine obligatorische Fortbildung im Bereich Marxismus-Leninismus in ärztliche Weiterbildungsmaßnahmen aufgenommen, die „fachliche Ausbildung“ sollte mit einer „gesellschaftswissenschaftlichen“ verknüpft sein.<sup>67</sup> Die Loyalität der „medizinische Intelligenz“<sup>68</sup> zur sozialistischen Ideologie und zur DDR mit einem entsprechenden Kursangebot sicherzustellen, war die Aufgabe der

---

<sup>58</sup> Weber (2012), S. 96-113.

<sup>59</sup> Erices/Gumz (2014), S. 73-78.

<sup>60</sup> Vgl. Weber (2012), S. 96.

<sup>61</sup> Ebd. S. 96.

<sup>62</sup> Ebd. S. 104.

<sup>63</sup> Vgl. Jachertz/Rieser (2010), A 184-187.

<sup>64</sup> Kowalczyk (2003), S. 22.

<sup>65</sup> Ernst (1997), S. 213, 216.

<sup>66</sup> Winter (1952), S. 629.

<sup>67</sup> Herrmann (1968), 1105.

<sup>68</sup> Siehe Kowalczyk (2003), S. 32, 51: Zur Historie und Verwendung des Begriffes „Intelligenz“ in der kommunistischen Politik; vgl. Ernst (1997), S. 18-19.

Akademie für Ärztliche Fortbildung.<sup>69</sup> In der sich anschließenden Phase der Konsolidierung musste jeder Abschluss, ob die Weiterbildung zum Facharzt/Fachärztin, Erwerb einer Promotion oder auch die in den 1980er Jahre eingeführten Kreisarztlehrgänge mit obligatorischen Kursen im Fach Marxismus-Leninismus absolviert werden.<sup>70</sup> Der Weiterbildungslehrgang „Zentrale Reisekader“, durchgeführt erstmals im Jahr 1988, sollte die Einhaltung der „DDR-Souveränität“ bei Auslandsreisen zum Ziel haben.<sup>71</sup> Es existierten keine Weiter- oder Fortbildungsmaßnahmen mehr ohne solche obligatorischen Kurse. Diese programmatisch beschlossene politische Erziehung hinterließ durchaus Spuren, wie der Begriff „Rotlichtbestrahlung“ zeigt, eine spöttische Umschreibung für politische Indoktrination<sup>72</sup>. Auch wenn sie belächelt wurde, bildet diese Formulierung die versuchte ideologische Beeinflussung in Fortbildungslehrgängen ab. In verschiedenen Studien wurde die Beteiligung von Ärzten an Maßnahmen der Staatssicherheit untersucht.<sup>73</sup> Besonders in den 1980er Jahren belastete der Versorgungsmangel die Arzt-Patienten-Beziehung. Dies wurde anhand von Akten der Staatssicherheit erforscht.<sup>74</sup> Die Realität einer problematischen Unterversorgung aus Patientenperspektive wird in der Forschungsliteratur ebenfalls widerspiegelt.<sup>75</sup> Zu dem Thema Zwangsbehandlung in der DDR sind Untersuchungen mit unterschiedlichen perspektivischen Gesichtspunkten vorhanden. Die jüngste Untersuchung aus dem Jahr 2016 befasst sich speziell mit Zwangseinweisungen von Mädchen und jungen Frauen mit Verdacht auf Geschlechtskrankheiten. Jedoch handelte es sich bei zwei Drittel der Eingewiesenen eher um unangepasste Charaktere, die im Sinne der sozialistischen Diktatur diszipliniert werden sollten. Die Studie identifiziert Chefärzte, die für die Patientinnen physisch und psychisch sehr belastende tägliche gynäkologische Untersuchungen sowie Medikamentengabe ohne medizinische Indikation verfügt haben sollen.<sup>76</sup> Das Land Brandenburg hatte bereits im Jahr 1997 eine Studie zum möglichen Missbrauch der Psychiatrie für politische Zwecke in Auftrag gegeben. Der Psychiatriebericht war zu dem Ergebnis gekommen, dass es eher keine messbaren Verletzungen innerhalb der ärztlichen

---

<sup>69</sup> Spaar (2003), S. 60.

<sup>70</sup> Ebd. S. 65.

<sup>71</sup> Mros (2003), S. 30.

<sup>72</sup> Wolf (2000), S. 167, 177, 194.

<sup>73</sup> Vgl. Weil, Francesca: Zielgruppe Ärzteschaft. Ärzte als inoffizielle Mitarbeiter des Ministeriums für Staatssicherheit. Göttingen 2008; Müller, Klaus-Dieter: Zwischen Hippokrates und Lenin. Gespräche mit ost- und westdeutschen Ärzten über ihre Zeit in der SBZ und DDR. Köln 1994.

<sup>74</sup> Erices, Rainer; Gumz, Antje: Das DDR-Gesundheitswesen in den 1980er Jahren: Ein Zustandsbild anhand von Stasi-Akten der Staatssicherheit. Gesundheitswesen 76 (2014), 73-78; Erices, Rainer; Gumz, Antje: DDR-Gesundheitswesen. Die Versorgungslage war überaus kritisch. DÄ 9 (2014), A 348-350.

<sup>75</sup> Bruns, Florian: Die gesundheitliche Versorgung in der DDR aus Patientensicht: Eine Untersuchung von Eingaben an die SED. Gesundheitswesen 78 (2016), 285-289.

<sup>76</sup> Steger, Florian; Schochow, Maximilian: Traumatisierung durch Politisierte Medizin - Geschlossene Venerologische Stationen in der DDR. Berlin 2016; vgl. Bomberg (2016), S. 331.

Psychiatrie gegeben habe. Jedoch hätte ein erheblicher politischer Missbrauch der Psychologie seitens des Sicherheitsdienstes der DDR existiert. Der Fachbereich „operative Psychologie“ der Hochschule des Ministeriums für Staatssicherheit (MfS) dokumentiert dies eindringlich. Der Lehrplan sah die Übermittlung von „psychologischen Herrschaftstechniken“ mit dem Ziel vor, die „konspirative Bekämpfung oppositioneller Gruppen“ mittels „Zwangopsychiatisierung“ methodisch vorzunehmen.<sup>77</sup> Dem Fazit des Psychiatrieberichts folgend hätte es „den politischen Missbrauch der Psychiatrie [...] im Sinne der Psychiatisierung gesunder politischer Gegner“ in Psychiatrien nicht gegeben.<sup>78</sup> Psychiater hätten sich mehrheitlich ihrem „ärztlichen Ethos“ verpflichtet gesehen und wären dem staatlichen Begehren, politische Kritiker mit Medikation zu „psychiatisieren“, nicht nachgekommen.<sup>79</sup> Anhand von 170 IM-Akten untersucht eine Studie aus dem Jahr 1998 die Fragestellung zur ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 136 StGB/DDR in Zusammenhang mit politischem Missbrauch in der DDR.<sup>80</sup> Die These dieser Untersuchung, dass es „einen systematischen politischen Missbrauch nicht gegeben habe, wohl aber Übergriffe in einzelnen Fällen“<sup>81</sup> wurde nach der Veröffentlichung sehr unterschiedlich bewertet. Die Diskussion offenbart die Schwierigkeiten eines neutralen Umgangs mit diesem emotional und politisch belasteten Thema. Die Einschätzung reicht von „Böswillige Unterstellungen“, „Diffamierung“, „Verharmlosung en vogue“ sowie „Unangebrachte Verallgemeinerung“.<sup>82</sup>

### *Die regulatorischen Strukturen ärztlicher Fortbildung*

In der Bundesrepublik bezeichnet Weiterbildung die Qualifizierungsphase des approbierten Arztes zum Facharzt und Fortbildung ausschließlich die lebenslange Wissensaktualisierung<sup>83</sup>. Im Gegensatz hierzu wurden in der DDR die beiden Begriffe weniger trennscharf verwendet.<sup>84</sup> Die „obligatorische Fortbildung für alle Hochschulkader“ umfasste die Weiterbildung zum Facharzt und die „obligatorische periphere Fortbildung (OF)“.<sup>85</sup> In der DDR bestand neben der Pflicht zur Facharztweiterbildung, die als obligatorische Weiterbildung 1967 eingeführt wurde<sup>86</sup>, auch eine Fortbildungspflicht. Die kontinuierliche Fortbildung, also die lebenslange Aktualisierung des ärztlichen Wissens, wurde in der DDR

---

<sup>77</sup> Lerch (1997), A 1487.

<sup>78</sup> Ebda.

<sup>79</sup> Ebda.

<sup>80</sup> Süß (1998), S. 11-12, 15.

<sup>81</sup> Jachertz (2011), A 1414.

<sup>82</sup> Siehe Leserbrief: DÄ 36 (1999), A 2178-2179; DÄ 23 (1999), A 1522-1524; DÄ 36 (1999), A 2182; DÄ 43 (1999), A 2702-2706.

<sup>83</sup> Vogt (1998), S. 374.

<sup>84</sup> BArch DQ 103/119 Begriffsbestimmungen 12.10.1974 *Fortbildung = Weiterbildung*.

<sup>85</sup> BArch DQ 103/119 Aus- und Weiterbildung medizinischer Hochschulkader (1971).

auch als „ständige Weiterbildung“ bezeichnet.<sup>87</sup> Die OF war 1963 zunächst als „obligatorische Qualifizierung aller Ärzte auf epidemiologischem und hygienischem Gebiet“ aufgrund einer Ruhrepidemie eingeführt worden.<sup>88</sup> Ab 1964 wurde die OF ebenfalls auf Zahnärzte und Apotheker ausgeweitet.<sup>89</sup> Sie führte die Bezeichnung „peripher“, weil ihre Durchführung dezentral in den Bezirksakademien erfolgte.<sup>90</sup> Es wurden sechs Pflichtthemen veranschlagt, die innerhalb eines Jahres überregional oder in den Bezirken absolviert werden mussten. Drei der Themen wurden vom Gesundheitsministerium angeordnet, die drei anderen konnte der Bezirksarzt nach dem Bedarf vor Ort, jedoch in Abstimmung mit der Akademie für ärztliche Fortbildung festlegen.<sup>91</sup> Die Anbieter ärztlicher Fortbildungsveranstaltungen waren die Akademie für ärztliche Fortbildung als zentrale Einrichtung in Berlin und ihren dezentralen Akademien in den jeweiligen Bezirken<sup>92</sup> sowie wissenschaftliche Fachgesellschaften, Hochschulen als auch medizinische Einrichtungen, wie z. B. Bezirkskrankenhäuser<sup>93</sup>, die als „Fortbildungszentren“ der Akademie berufen wurden.<sup>94</sup> Unterstützt wurden die Weiter- und Fortbildungsangebote durch Weiterzahlung des Gehalts und einer Kostenerstattung sowie mittels Freistellung von der täglichen Arbeit.<sup>95</sup>

#### *Die Phase der Orientierung (1949-1960) – Weiter- und Fortbildung als Forschungsauftrag*

Aus dem 1948 bereits vor der Gründung der DDR errichteten Zentralinstitut entstand am 8. Juli 1954 die Akademie für Sozialhygiene, Arbeitshygiene und Ärztliche Fortbildung.<sup>96</sup> Diese

---

<sup>86</sup> Atorf (1998), S. 5.

<sup>87</sup> *Die ständige Weiterbildung der Hoch- und Fachschulkader in Wissenschaft und Praxis*. GBl I, 1969; 3: 5-19.

<sup>88</sup> *Anweisung zur obligatorischen Qualifizierung aller Ärzte auf epidemiologischem und hygienischem Gebiet*. Verf. u. Mitt. d. Min. f. Gesundheitswesen 8 (1963), 65

<sup>89</sup> *Anweisung zur obligatorischen peripheren Fortbildung (OF)*. Verf. u. Mitt. d. Min. f. Gesundheitswesen 3 (1964) 12; *Anweisung Nr. 7 über die obligatorische periphere Fortbildung der Ärzte, Zahnärzte und Apotheker im Jahre 1970 vom 24. Oktober 1969*. Verf. u. Mitt. d. Min. f. Gesundheitswesen 21/22 (1969), 139-140.

<sup>90</sup> BArch DQ 103/18 Direktorat Leitungskaderqualifizierung– Zentrale Fachkommissionen der Deutschen Akademie für Ärztliche Fortbildung (1971).

<sup>91</sup> Müller-Dietz (1973), S. 1757-1759; vgl. BArch DQ 103/20 Systematische Weiterbildung der Hochschulkader im Gesundheitswesen der DDR (1973): Die OF galt seit 1964 für Ärzte, Zahnärzte und Pharmazeuten, seit 1970 auch für alle anderen Hochschulkader des Gesundheitswesens auf der Grundlage jährlicher Anweisungen des Ministers – 3 Pflicht- und 6 Wahlthemen mit der Zielstellung gemeinsame Fortbildung zu Grundsatzfragen der Gesundheitspolitik, des Medizinischen Schutzes der Bevölkerung und allgemeiner Betreuungsschwerpunkte nach berufs- und fachspezifischer Gestaltung.

<sup>92</sup> *Verordnung über den Aufbau und die Arbeitsweise der staatlichen Organe der Bezirke bzw. Kreise vom 24.7.1952*. GBl (1952), S. 621, 623: 1952 erfolgte die Auflösung der Länder mit der Bildung von Bezirken.; vgl. BArch DQ 103/12: Rostock, Schwerin, Neubrandenburg, Potsdam, Frankfurt, Cottbus, Magdeburg, Halle, Erfurt, Gera, Suhl, Dresden, Leipzig, K.-M.-Stadt, Berlin, Wismut.

<sup>93</sup> Steinbrück (1968), S. 236.

<sup>94</sup> Arnold/Schirmer (1990), S. 86.

<sup>95</sup> Mros (2003), S. 8; siehe auch BArch DQ 103/20 Akademie für Ärztliche Fortbildung – Leitungskaderqualifizierung (1973): Seit 1951 organisiert die Akademie Lehrgänge ohne Gebühren sowie Erstattung der Reisekosten und Weiterbildungszeit wird wie Arbeitszeit bezahlt.

<sup>96</sup> *Bekanntmachung des Beschlusses des Ministerrates vom 8. Juli 1954 über die weitere Entwicklung des Gesundheitsschutzes der Bevölkerung in der Deutschen Demokratischen Republik*. GBl. (1954) S. 597; siehe

leitete als eine Einrichtung des DDR-Gesundheitsministeriums die zentrale Organisation des Weiter- und Fortbildungssystems.<sup>97</sup> Die Weiter- und Fortbildung der gesamten Ärzteschaft, inklusive der Zahnärzte, aber auch der Apotheker, sollten durch ein jährlich herauszugebendes Programm systematisiert werden.<sup>98</sup> Die Akademie erhielt als eine dem Ministerium für Gesundheitswesen unterstellte sowie den Hochschulschulen gleichgestellte Einrichtung<sup>99</sup> einen Forschungs- und Beratungsauftrag für die Erstellung des Jahresplans der Fortbildung für alle ärztlichen Fachrichtungen sowie für Apotheker und Zahnärzte.<sup>100</sup> Das Bildungsangebot der Akademie umfasste sowohl spezielle, als auch fachübergreifende Weiter- und Fortbildungen, die als Verzeichnis ab 1956 herausgegeben wurden.<sup>101</sup> Diese Übersicht war in den seit dem Jahr 1954 publizierten “Verfügungen und Mitteilungen des Ministeriums für Gesundheitswesen“ vorab zu erhalten.<sup>102</sup>

Eine ärztliche Interessenpolitik mit standespolitischer Berufsorganisation hätte dem „sozialistischen Erziehungsprozess“ als fester Bestandteil der Weiter- und Fortbildung im Wege gestanden.<sup>103</sup> Die medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaften konnten funktionell in die Vermittlung der neuen Zielstellung eingebunden werden. In der Phase der Orientierung sollte deren Aufgabe gemäß den Vorstellungen des Ministeriums für Gesundheitswesen um gesellschaftliche, d.h. konkret um ideologische und gesundheitspolitische Fragestellungen erweitert werden.<sup>104</sup> Gesundheit wurde in der DDR als „sozialistische Gemeinschaftsarbeit“ betrachtet.<sup>105</sup> Der Minister für Gesundheitswesen, L. Steidle, im Jahr 1950 formulierte die Zielrichtung:

Man wird eine sinnvolle Fortbildung der Ärzte nur dann gesichert wissen, wenn auch in den medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaften nicht neben, sondern im gesundheitspolitischen Zusammenhang gedacht und gearbeitet wird.<sup>106</sup>

Nationale medizinisch-wissenschaftliche Gesellschaften zu etablieren, scheiterte in der Orientierungsphase jedoch an den noch sehr engen Bindungen der Ärzteschaft in der DDR zu

---

auch Beschluß des Ministerrats über die weitere Entwicklung des Gesundheitsschutzes der Bevölkerung in der Deutschen Demokratischen Republik. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung (1954) S. 545-556, vgl. *Befehle der Sowjetischen Militäradministration in Deutschland zum Gesundheits- und Sozialwesen* (1976), S. 180-182.

<sup>97</sup> BArch DQ 103/12: Rostock, Schwerin, Neubrandenburg, Potsdam, Frankfurt, Cottbus, Magdeburg, Halle, Erfurt, Gera, Suhl, Dresden, Leipzig, K.-M.-Stadt, Berlin, Wismut

<sup>98</sup> *Anordnung vom 21. Januar 1955 über die Ausbildung und staatliche Anerkennung der Fachärzte*. GBL I (1955), S. 105.

<sup>99</sup> *Anordnung vom 10. Dezember 1954 über die Errichtung der Akademie für Sozialhygiene, Arbeitshygiene und ärztliche Fortbildung*. Zentralblatt der Deutschen Demokratischen Republik (1954), S. 605.

<sup>100</sup> Mros (2003), S. 8.

<sup>101</sup> Dambeck (1958), S. 1356.

<sup>102</sup> Mros (2003), S. 9.

<sup>103</sup> Rohland/Spaar (1973), S. 59.

<sup>104</sup> Ebd. S. 62.

<sup>105</sup> Ebd. S. 182.

<sup>106</sup> Steidle (1950), S. 1566.

den Gesellschaften in der Bundesrepublik, die wiederum Einfluss auf die Gesellschaften im Osten nehmen wollten. Die erste nationale medizinisch-wissenschaftliche Gesellschaft konnte im Jahr 1953 in der DDR gegründet werden. Bemerkenswert war, dass der stellvertretende Vorsitzende der neu konstituierten Gesellschaft, Prof. Scheel, ebenfalls dem Vorstand der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft in der Bundesrepublik angehörte.<sup>107</sup> In der Zeit von 1956 bis 1959 verlief die Gründung von nationalen medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaften wegen der Verbundenheit zu den Kollegen in der Bundesrepublik verhaltend. Bewusst wurde auf die Namensbezeichnung „der DDR“ verzichtet, und stattdessen die Begrifflichkeit „in der DDR“ gewählt. Gegen Ende der Phase der Orientierung kam es gezielt im Herbst 1960 zu Gründungen von Gesellschaften „der DDR“.<sup>108</sup>

Die Phase der Orientierung kennzeichnet die Grundsteinlegung für ein zentral und staatlich gelenktes Fortbildungssystem mit Forschungsauftrag durch die Gleichstellung der Akademie mit einer Hochschule. Viele Ärzte waren in der Phase der Orientierung noch Mitglied in gemeinsamen medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften. Die Haltung des einzelnen Arztes konnte nach Ansicht der SED-Führung hierdurch weiterhin von standespolitischen Werten geprägt werden, weswegen Ärzte selbst als Parteimitglied zu wenig Kooperationsbereitschaft für die berufspolitischen Ideen der Partei zeigten.<sup>109</sup> Ein gezielter berufspolitischer Einfluss gegen parteipolitische Ziele der Einheitspartei ist wegen fehlender Standesvertretung jedoch nicht nachzuweisen.

#### *Die Phase der Reformierung(1961-1970) – Staatlich kontrollierte ärztliche Fortbildung*

Am 13. Juli 1961 erfolgte die Umbenennung der Akademie in „Deutsche Akademie für Ärztliche Fortbildung“.<sup>110</sup> Sie erhielt eigene Lehrstühle für die wichtigsten ärztlichen Fachgebiete.<sup>111</sup> Die Verleihung des Habilitationsrechts erhob die Akademie zugleich zu einer Hochschule der postgradualen Ausbildung im Gesundheits- und Sozialwesen.<sup>112</sup> Auch Bewerber anderer Fakultäten konnten gemäß den „Grundsätzen der Verordnungen vom 6. September 1956“ über die Verleihung akademischer Grade an der Akademie habilitieren.<sup>113</sup> 1970 wurden die 1961 errichteten vier eigenständigen Institute – darunter die Akademie mit

---

<sup>107</sup> Rohland/Spaar (1973), S. 68, 70-71.

<sup>108</sup> Ebd. (1973), S. 82, 85-86, 98.

<sup>109</sup> Vgl. Schagen/Schleiermacher (2004), S. 428.

<sup>110</sup> *Anordnung vom 13. Juli 1961 über die Umbildung der Akademie für Sozialhygiene, Arbeitshygiene und ärztliche Fortbildung*. GBL III 22 (1961), S. 276.

<sup>111</sup> Vgl. Mros (2003), S. 97.

<sup>112</sup> BArch DQ 1/21901 Verfahrensregelung der Habilitation; vgl. Redetzky (1961), S. 1785-1790.

<sup>113</sup> *Verordnung vom 6. September 1956 über die Verleihung akademischer Grade*. GBL I (1956) S. 745

ihren Lehrstühlen – wieder zusammengelegt.<sup>114</sup> Sie galt ab sofort als „Einrichtung mit Hochschulcharakter“.<sup>115</sup>

Mit dem Bau der Mauer am 13. August 1961 erklärte der Rat der Medizinischen Fakultät der Humboldt-Universität, dass „ohne Störungen durch fremde Einflüsse“ Ärzte, Kliniken und Institute „ihre Pflichten erfüllen“ könnten.<sup>116</sup> Eine Mitgliedschaft in den gesamtdeutschen Gesellschaften war aufgrund dieser Entwicklung nicht mehr möglich, was die Gründung weiterer eigener wissenschaftlicher Gesellschaften in der Phase der Reformierung notwendig machte.<sup>117</sup> Diese sollten staatlich kontrolliert sein. Die Verordnung des Ministerrates der DDR vom 9. November 1967 „Über die Registrierung von Vereinigungen“ schrieb vor, dass sich alle Gesellschaften, d. h. 6 Dachgesellschaften, 61 Zentralgesellschaften, 12 Regionalgesellschaften, alle Bezirksgesellschaften der Gesellschaft für Allgemeinmedizin, beim Ministerium des Innern oder den Räten der Bezirke zu registrieren hatten.<sup>118</sup> Ein Kooperationshinweis mit den medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaften befand sich in dem neuen „Statut der Deutschen Akademie für Ärztliche Fortbildung vom 26. Juni 1963“, das vier Jahre zuvor die Akademie vom Minister für Gesundheitswesen aufgefordert hatte, „eine systematische Fortbildung“ für Ärzte „und der anderen im Gesundheitswesen tätigen Hochschulkader“<sup>119</sup> aufzubauen sowie Voraussetzungen für die Durchführung obligatorischer Lehrgänge für alle Facharztkandidaten zu schaffen.<sup>120</sup> Sie sollte auch die Schwerpunktthemen für die inhaltliche Ausgestaltung der OF vorschlagen und damit die Leitlinien der Weiter- und Fortbildung für Ärzte, Zahnärzte und Apotheker im gesamten Staatsgebiet vorgeben. Die Übersichtsreferate der monatlich stattfindenden Vortragsabende wurden in der „Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung“ veröffentlicht.<sup>121</sup> Die Akademie fungierte als „das zentrale, wissenschaftliche Leitinstitut“, welches „den Informationsstrom aus Wissenschaft und Gesellschaft für die ärztliche Fortbildung“ zu bündeln hatte.<sup>122</sup> Sie hatte

---

<sup>114</sup> Anordnung vom 30. April 1970 über die Vereinigung der Deutschen Akademie für ärztliche Fortbildung, des Instituts für Planung und Organisation des Gesundheitsschutzes und des Instituts für Sozialhygiene. GBl II 45 (1970), S. 327.

<sup>115</sup> Verordnung vom 25. Februar 1970 über die Aufgaben der Universitäten, wissenschaftlichen Hochschulen und wissenschaftlichen Einrichtungen mit Hochschulcharakter. GBl II 20 (1970), S. 189.

<sup>116</sup> Rohland/Spaar (1973), S. 105.

<sup>117</sup> Friebel (2009), S. 49; vgl. Rohland/Spaar (1973), S. 147.

<sup>118</sup> Verordnung des Ministerrates der DDR vom 9. November 1967 „Über die Registrierung von Vereinigungen“. GBl. II 14 (1967), S. 84; vgl. BArch DQ 103/20 Medizinisch-wissenschaftliche Gesellschaften (1972): 73 Fachgesellschaften und 121 regionale Bezirksgesellschaften als allgemein fachgebundene regionale Gesellschaften.

<sup>119</sup> Anordnung vom 26. Juni 1963 über das Statut der Deutschen Akademie für Ärztliche Fortbildung. GBl. II 62 (1963), S. 431.

<sup>120</sup> Direktive des Ministeriums für Gesundheitswesen vom 11. März 1963. Verf. u. Mitt. d. Min. f. Gesundheitswesen, Sonderdruck vom 30. März 1963.

<sup>121</sup> Verf. u. Mitt. d. Min. f. Gesundheitswesen 9 (1962), S. 99.

<sup>122</sup> Herrmann (1968), S. 1110.

„Informationen zu sichten und aufzuarbeiten, um diese [...] auf kürzestem Wege in das Gesamtsystem [...] zu transferieren“.<sup>123</sup> Die Bedeutung der Akademie für die Parteidoktrin, eine sozialistische Gesellschaftsordnung aufzubauen, zeigte sich im Ausbau der „Einheit von Forschung, Lehre und Erziehung“. Von den Weiterbildungskandidaten wurde eine intensive Beschäftigung mit „gesellschaftswissenschaftlichen Grenzgebieten“ wie „Ökonomie, Soziologie, Psychologie, Philosophie“ erwartet.<sup>124</sup> Die Struktur ärztlicher Fortbildungspolitik sollte dem Gedanken eines „nahtlosen Ineinandergreifens der einzelnen Ausbildungsabschnitte“ folgen.<sup>125</sup>

Die Phase der Reformierung definierte sich durch die Einführung einer Fortbildungspflicht mit kontrollierter Teilnahme, der OF. Des Weiteren wurden Weiter- und Fortbildung systematisch verknüpft und zu dem sozialistischen Gesamtpaket geschnürt: Forschung und Lehre auch als Instrumentarium für eine politische Erziehung. Einflüsse auf die einseitige parteipolitische Staatsdoktrin waren durch den Mauerbau minimiert worden. Medizinisch-Wissenschaftliche Gesellschaften unterlagen einer staatlichen Registrierung.

#### *Die Phase der Konsolidierung (1971-1988) – Sozialistische Erziehung in der Weiter- und Fortbildung*

Durch die internationale Anerkennung der DDR 1971 und 1972 durch die Bundesrepublik wurde sich auf konsolidierende Elemente konzentriert. Mit dem am 1. November 1971 in Kraft getretenen Statut wurde die Akademie in „Akademie für Ärztliche Fortbildung der DDR“ (AfÄF) umbenannt sowie zur „Leitinstitution für die Weiterbildung der Hochschulkader“ ernannt.<sup>126</sup> Die Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung firmierte nun als „Offizielles Publikationsorgan der Akademie“.<sup>127</sup> Die medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaften wurden in die Arbeit der Akademie für ärztliche Fortbildung intensiver eingebunden.<sup>128</sup> Der Ausbau dieser Kooperation fand 1971 Niederschlag in der Neufassung des Statuts der Akademie für Ärztliche Fortbildung im § 5 (1): „Die Akademie arbeitet bei der inhaltlichen Gestaltung der Weiterbildung und bei der Festlegung und Lösung der Aufgaben in der Forschung eng mit staatlichen Organen, wissenschaftlichen und

---

<sup>123</sup> Ebd.

<sup>124</sup> Winter (1967), S. 1324.

<sup>125</sup> Schmincke (1967), S. 1317.

<sup>126</sup> *Anordnung vom 30. April 1970 über die Vereinigung der Deutschen Akademie für ärztliche Fortbildung, des Instituts für Planung und Organisation des Gesundheitsschutzes und des Instituts für Sozialhygiene.* GBl. II 45 (1970), S. 327.

<sup>127</sup> Der Titel der Zeitschrift lautete „Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung – Organ der Akademie für ärztliche Fortbildung der DDR. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 1 (1972); vgl. Winter (1972), S. 1.

<sup>128</sup> Rohland/Spaar (1973), S.192.

gesellschaftlichen Institutionen zusammen.<sup>129</sup> Die Akademie erhielt mit diesem Statut vom 15.12.1971 auch das Recht zur Durchführung von A- und B-Promotionsverfahren.<sup>130</sup> Der Wissenschaftliche Rat der Akademie war befugt, akademische Grade, wie den Dr. med. und Dr. sc. med., zu vergeben.<sup>131</sup> Die Rechtsvorschrift des Ministers für Hoch- und Fachschulwesen sah die Übernahme universitärer Strukturelementen für die Akademie vor.<sup>132</sup> Neu war auch die Implementierung von Sektionen - Sektion I: Philosophie und Wissenschaftstheorie in der Medizin; Sektion II: Leitung, Planung, Ökonomie; Sektion III: Sozialhygiene; Sektion IV: Gesundheitsstatistik - die mit hauptamtlich angestellten Professoren und Dozenten von einem Rektor geführt und einem Direktor unterstellt waren.<sup>133</sup>

Der Bereich Philosophie und Wissenschaftstheorie in der Medizin (Sektion I) nannte sich ab 1976 „Sektion Marxismus-Leninismus“ (M/L).<sup>134</sup> Der Themenblock „sozialistische Erziehung“ mit Teilnahmepflicht im Fach Marxismus-Leninismus für die ärztliche Fortbildung, für die Facharzt- bzw. Fachzahnarztprüfung sowie für die Doktoranden war obligat.<sup>135</sup> 1982 wurde die Sektion M/L der Akademie mit der Einrichtung eines eigenen Lehrstuhls in ihrer Bedeutung weiter ausgebaut.<sup>136</sup> Eine strukturelle Erweiterung ab 1984 bot das Angebot von „obligatorischer zyklischer Fortbildung“ für Kreisärzte und Ärztliche Direktoren. Konzipiert als Gruppenhospitalation sollte es im Abstand von fünf Jahren

---

<sup>129</sup> *Anordnung vom 15. Dezember 1971 über das Statut der Akademie für Ärztliche Fortbildung der Deutschen Demokratischen Republik.* GBl. II 7 (1972), S. 71; vgl. *Anordnung vom 26. Juni 1963 zum Statut der Deutschen Akademie für Ärztliche Fortbildung.* GBl. II 62 (1963), S. 431.

<sup>130</sup> Vgl. Mros (2003), S. 88.

<sup>131</sup> Ebd. S. 14.

<sup>132</sup> *Weiter- und Fortbildung der im Gesundheits- und Sozialwesen tätigen Hochschulkader.* Verf. u. Mitt. d. Min. f. Gesundheitswesen I (1973), S. 2; BArch DQ 103/119 Systematische Weiterbildung der Hochschulkader im Gesundheitswesen der DDR, Stand 1973; BArch DQ 103/20 Akademie für Ärztliche Fortbildung – Leitungskaderqualifizierung (1973); Mros/ Jäschke (1997), S. 80; vgl. *Medizinische Gesellschaften.* DÄ 51/52 (1984), S. 3800.

<sup>133</sup> *Anordnung über die Weiterbildung der Ärzte und Zahnärzte vom 23. Mai 1974.* GBl. I 30 (1974), S. 290; *Anordnung über die obligatorische Fortbildung der Hochschulkader im Gesundheits- und Sozialwesen im Jahre 1975 vom 1. September 1974.* Verf. u. Mitt. d. Min. für Gesundheitswesen 17 (1974), S. 133-134.

<sup>134</sup> Mros (2003), S. 14.

<sup>135</sup> *Anweisung über die marxistisch-leninistische Weiterbildung der Ärzte und Zahnärzte in der Weiterbildung zum Facharzt/Fachzahnarzt und der Doktoranden der medizinischen Wissenschaft vom 14. Februar 1977.* Verf. u. Mitt. d. Min. für Gesundheitswesen (1977), S. 38-39; *Anweisung zur Facharzt-/Fachzahnarztordnung vom 15. April 1986.* Verf. u. Mitt. d. Min. für Gesundheitswesen 4 (1986), S. 55; *Anweisung über die marxistisch-leninistische Weiterbildung der Ärzte, Zahnärzte und Apotheker in der Weiterbildung zum Facharzt/Fachzahnarzt und Fachapotheker sowie der Doktoranden der Medizin vom 2. April 1987.* Verf. und Mitt. d. Min. f. Gesundheitswesen (1987), S. 37; *Anweisung vom 22. Oktober 1988 über das Statut der Akademie für Ärztliche Fortbildung der Deutschen Demokratischen Republik.* Verf. u. Mitt. des Min. f. Gesundheitswesen (1988), S. 89; vgl. Mros/Jäschke (1997), S. 80-86; vgl. Mros (2003), S. 98.

<sup>136</sup> Spaar (2003), S. 61.

stattfinden. Die Auswahl der Kliniken traf der Minister für Gesundheitswesen.<sup>137</sup> Die Ernennung zum „Collaborating Centre“ der Akademie durch die WHO erfolgte 1988.<sup>138</sup>

In der Phase der Konsolidierung war durch die Aufnahme der Medizinisch-Wissenschaftlichen Gesellschaften in die Statuten der Akademie und die Möglichkeit einer Weiterbildung, z. B. durch Promotion, der Wirkungskreis der Akademie ausgebaut worden. Damit war formal und strukturell die parteipolitisch ausgerichtete „Einheit von Forschung, Lehre und Erziehung“ in das Programm der Akademie übernommen worden.

#### *Die Phase der institutionellen Auflösung (1989-1990) – ein Konzept ohne Zukunft in der föderalen ärztlichen Selbstverwaltung*

Nach dem Mauerfall im Herbst 1989 beendete der politische Umbruch das Akademiemodell für ärztliche Fortbildung.<sup>139</sup> Die zunächst verfolgte Idee einer Umwandlung der Akademie in eine durch die Bundesländer getragene Public Health School unter Beibehaltung des Promotionsrechts konnte nicht umgesetzt werden.<sup>140</sup> Laut Vertrag zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Deutschen Demokratischen Republik über die Herstellung der Einheit Deutschlands wurde die Akademie ab 4. Oktober 1990 zu einer „nachgeordneten Einrichtung“ des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (BMJFFG).<sup>141</sup> Die sogenannte „Abwicklung“ wurde ab dem 3. Januar 1991 eingeleitet und die Auflösung zum 30.06.1991 vollzogen.<sup>142</sup>

Dieses Akademie-Modell mit Forschungsaufgaben ohne parteipolitisch gelenkte Ziele hätte durchaus ein ergänzendes Konzept zu den Fortbildungsakademien der Ärztekammern – ohne diese zu ersetzen – sein können. Die Verknüpfung von Weiter- und Fortbildung innerhalb der Akademie war ein innovatives Konzept, das heute strukturell verglichen werden könnte mit der Entwicklung von Modulen, die sowohl in der Weiter- als auch der Fortbildung genutzt werden. Der eigene Lehrkörper der Akademie machte es möglich, aktuelle Themen im Gesundheitswesen aufzugreifen und deren wissenschaftliche Bearbeitung mittels der postgradualen Studiengänge sowie des Promotions- und Habilitationsrechtes anzustoßen.

---

<sup>137</sup> *Anweisung über die Fortbildung von Fachärzten/Fachzahnärzten zur Erhöhung der Einsatzfähigkeit bei Notfällen, Havarien und Katastrophen vom 21. Februar 1985.* Verf. u. Mitt. d. Min. f. Gesundheitswesen (1985), S. 15-16; Burkart (1984), A 3564.

<sup>138</sup> Mros (2003), S. 17.

<sup>139</sup> *Gesetz über die Berufsvertretungen und Berufsausübung der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker – Kammergesetz – vom 13. Juli 1990 „Einrichtungen berufsständischer Selbstverwaltung“.* GBl. 44 (1990), S. 711-712.

<sup>140</sup> Mros (2003), S. 21.

<sup>141</sup> BGBl. 1990 II 892 Artikel 13(2).

<sup>142</sup> Mros (2003), S. 22.

## **Fortbildung unter föderalen Strukturen ärztlicher Selbstverwaltung in der Bundesrepublik**

### *Ärztliches Berufsbild und Entwicklungsphasen des Gesundheitssystems der Bundesrepublik*

Die Phase der Konsolidierung offenbart sich 1949 mit der Gründung der Bundesrepublik, die föderal konstituiert und mit einem Gesundheitswesen in einer Selbstverwaltungsstruktur ausgestattet wurde. Bereits im September 1945 wies das Control Council den Ärztekammern in der amerikanischen Besatzungszone die ärztliche Selbstverwaltung als Aufgabe zu. Die anderen westlichen Besatzungszonen folgten nach.<sup>143</sup> Ebenfalls zügig vollzog sich die Wiedereinrichtung der gesetzlichen Krankenkassen sowie der kassenärztlichen Vereinigungen in den Rechtspositionen vor 1933.<sup>144</sup> Dies entsprach dem von den Alliierten entworfenen Plan einer Dezentralisierung als gesundheitspolitisches Grundkonzept.<sup>145</sup>

Ein Ministerium für Gesundheit wurde erst am 14.11.1961 gegründet.<sup>146</sup> Wegen der föderalen Struktur verfügt dieses über eingeschränkte Befugnisse hinsichtlich der Gestaltung des ärztlichen Berufs. Drei Faktoren werden für diesen zögerlichen Wandel Bundesrepublik verantwortlich gemacht: die föderale Struktur, die sich blockierenden Koalitionsparteien sowie eine sehr prägnante und einflussreiche standes- und berufspolitische Verbandslandschaft.<sup>147</sup> Diese setzt sich aus freien ärztlichen Verbänden und den wissenschaftlichen Fachgesellschaften zusammen. Diese hohe Anzahl an Organisationen löste bereits 1945 Diskussionen und Befürchtungen aus, die Ärzteschaft könne daran zersplittern. Die Bundesärztekammer als Arbeitsgemeinschaft der Ärztekammern, die Ärztekammern selber und die Kassenärztlichen Vereinigungen bieten durch ihre Gremien die Möglichkeit des Austausches. Das Verhältnis von Verbänden und Körperschaften ist nicht frei von Spannungen, steht aber auch unter Verdacht einer „strategisch-taktischen Arbeitsteilung“ für den Ausbau berufspolitischer Interessen.<sup>148</sup>

Die Kategorisierung des Arztberufs als „Freier Beruf“ mit freiem Niederlassungsrecht gilt bis heute als Pfeiler der ambulanten Medizin und als Kennzeichen der Definition des Arztberufs in der Bundesrepublik. Der einzelne Arzt hat dabei für die Qualität seiner dem Patienten gegenüber zu erbringenden Leistung zu garantieren.<sup>149</sup> Freiberuflichkeit beinhaltet

---

<sup>143</sup> Vgl. Gerst (1997), S. 200-203.

<sup>144</sup> Gerst (2004), S. 19-20.

<sup>145</sup> Woelk/ Vögele (2002), S. 291.

<sup>146</sup> Die vierte Legislaturperiode. ÄM 43 (1961), S. 2429; Dr. Elisabeth Schwarzhaupt – Bundesministerin für Gesundheit. ÄM (1961), S. 2431; vgl. Leh (2006), S. 206.

<sup>147</sup> Woelk/Vögele (2002), S. 37-38.

<sup>148</sup> Vogt (1998), S. 243-245.

<sup>149</sup> Ebd. S. 468-469.

keine „Bindungslosigkeit“ an die rechtliche Normierung des Arztberufs.<sup>150</sup> Im Bewusstsein der Ärzte werden diese einerseits als Schutz für das ärztliche Handeln, andererseits „als unangemessener Eingriff in ureigene ärztliche Aufgaben“ wahrgenommen.<sup>151</sup> Auch die Diskussion innerhalb der Ärzteschaft zum Umgang mit der Fortbildungsverpflichtung dokumentiert diese Ambivalenz.<sup>152</sup> Als 2004 durch den Gesetzgeber für den Bereich ärztlicher Fortbildung eine Nachweispflicht für Vertragsärzte eingeführt wurde<sup>153</sup>, verursachte diese Regelung in der Ärzteschaft deutliche Kritik.<sup>154</sup> Krankenhausärzte unterliegen seit 2006 ebenfalls einer Fortbildungspflicht mit Nachweis.<sup>155</sup> Für Ärzte mit Privatpraxen gilt bis heute eine freiwillige Fortbildungspflicht gemäß der Berufsordnung für Ärzte.<sup>156</sup>

Die Gründe für das Beharren innerhalb der Ärzteschaft auf Fortbildung als freiwillige Pflicht erschließen sich in den folgenden Kapiteln.

### *Medizinindustrie und ärztliche Fortbildung*

Hinzu kam ein weiterer Akteur, der in der DDR qua staatlicher Verfassung für ärztliche Fortbildung keine Rolle spielte: die pharmazeutische Industrie.<sup>157</sup> Diese nahm im untersuchten Zeitraum von 1949 bis 1990 auf verschiedenen Ebenen Einfluss auf die Ausgestaltung der ärztlichen Fortbildung in der Bundesrepublik. Vertreter und Mitarbeiter der Fortbildungsgremien der Bundesärztekammer bescheinigten der „Mehrzahl der von der pharmazeutischen Industrie angebotenen Kataloge, Broschüren, Monographien, Hauszeitschriften [...] einen hohen Informationswert“.<sup>158</sup> Sie wurden als hilfreich und lehrreich begrüßt<sup>159</sup>, die wirtschaftliche Förderung als nützlich und dienlich betrachtet.<sup>160</sup> Gelobt wurden zudem die ausgezeichnete Didaktik, neueste Technik sowie die personelle und finanzielle Ausstattung, über die Ärztekammern zu dieser Zeit nicht verfügten.<sup>161</sup> Ärztliche Kreisvereine sowie die Kreisstellen der Ärztekammern, die für ärztliche Fortbildung auf regionaler Ebene zuständig waren, empfanden die unterstützende Dienstleistung auch bei der

---

<sup>150</sup> Katzenmeier (2009), S. 46, 48.

<sup>151</sup> Taupitz (1998), S. 1.

<sup>152</sup> *Fortbildungsnachweis....eben keine Reglementierung*. DÄ (1990), A 1221.

<sup>153</sup> Gesetz zur Modernisierung von gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV-Modernisierungsgesetz) trat am 1. Januar 2014 in Kraft. BGBl. I 55 vom 19. November 2003, S. 2212-2213.

<sup>154</sup> Manifest des Misstrauens. DÄ (2003), 198.

<sup>155</sup> Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 Abs. 7 SGB V zur Fortbildung der Fachärzte im Krankenhaus in der Sitzung vom 20. Dezember 2005. Die Vereinbarung tritt am 1. Januar 2006 in Kraft.

<sup>156</sup> Vgl. Böthin (2013), S. 327-334.

<sup>157</sup> Vgl. Hess/Hottenrott/ Steinkamp (2016), S. 60: Durchführung von Klinischen Studien der Pharmaindustrie in der DDR.

<sup>158</sup> Fromm (1967), S. 1129.

<sup>159</sup> Lippross (1980), S. 2179.

<sup>160</sup> Fortbildung: Zum Wohle der Kranken und Leidenden. DÄ 10 (1965), S. 548.

<sup>161</sup> Fortbildungsmedium Fernsehen. DÄ 10 (1981), S. 473-475; Tätigkeitsbericht BÄK 1967/68. DÄ (1968), S. 1390; Jachertz (1970), S. 389- 393.

Planung, Organisation und Durchführung lokaler Fortbildungsveranstaltungen durch die Industrie als Erleichterung und konstruktive Entlastung.<sup>162</sup> Wurde die finanzielle Abhängigkeit des Deutschen Ärzteblatts von Werbung der Industrie kritisiert, antwortete die Bundesärztekammer im Jahre 1971, dass im Vorjahr lediglich ein knappes Drittel des Umfangs Industrieanzeigen zur Verfügung gestanden habe. Zudem sei das Deutsche Ärzteblatt (DÄ) verpflichtet, Veröffentlichungen der Arzneimittelkommission zu platzieren.<sup>163</sup> Das Herunterspielen einer möglichen suggestiven Wirkung offenbart sich auch mit dem Hinweis, dass Produkte – z.B. Fortbildungsfilm, deren Hauptlieferant die pharmazeutisch-technische Industrie war<sup>164</sup> – „durch die jahrelange Arbeit des Filmausschusses der Bundesärztekammer und anderer Institutionen [...] eine Produktwerbung in den Filmen weitgehend verlassen“ und jetzt „Werbung durch Information“ pflegen würden.<sup>165</sup> Proklamiert wurde die Botschaft, dass die Präsentation von Produkten seitens der Firmen doch zunehmend in den Hintergrund trete:

Man hat eingesehen, dass neben den zweifellos großartigen Fortbildungsleistungen der Firmen eine unabhängige, von unserer beruflichen Selbstverwaltung korrigiert, also quasi amtliche Fortbildungsmöglichkeit angeboten werden muss.<sup>166</sup>

Diese nahezu uneingeschränkte Bereitschaft zur Kooperation schaltete die eigentliche Erkenntnis über die problematische Einflussnahme im Bewusstsein aus.<sup>167</sup> Es wurde auf „Formen der Zusammenarbeit zwischen Veranstaltern und Industrie“ verwiesen, die „hochwertige, sachliche Fortbildung bei guter Zusammenarbeit“ als „produktionsunabhängige Fortbildung“ böte.<sup>168</sup> Die Abhängigkeit von Informationen durch die Pharmaindustrie wurde geradezu propagiert:

Seine erste Information über eine Neuentwicklung erhält der Arzt in der Praxis meistens durch den Pharma-Referenten der herstellenden Firma. [...] Der in der Praxis beruflich leicht vereinsamte Arzt kann sich bei diesem Pharmareferenten gut informieren.<sup>169</sup>

Dieser Austausch galt zudem als interkollegiale Kommunikation „durch die doch erhebliche Informationsmengen über neue Möglichkeiten der Arzneimitteltherapie zu den Ärzten

---

<sup>162</sup> Odenbach (1979), S. 1645, 1656.

<sup>163</sup> Ärztliche Fortbildung. Unzutreffende Behauptungen. DÄ 12 (1971), S. 874-875.

<sup>164</sup> Film-Fortbildungsprogramm. DÄ (13) 1967, S. 694; Stockhausen/Schiffbauer (1973), A 985-988.

<sup>165</sup> Gastinger (1977), S. 2368; vgl. hierzu Gaudillière/ Thoms (2013), S. 110: Strategie der Pharmafirmen am Beispiel von Schering durch Verknüpfung von Werbung und wissenschaftlichem Marketing.

<sup>166</sup> Lippross (1980), S. 2178.

<sup>167</sup> Vgl. Lenzen (2015), S. 5-12, 101-102: Eine aktuelle Studie zu bis heute bestehenden Interessenkonflikten in der ärztlichen Fortbildung am Beispiel des Kategorie D zertifizierten Fortbildungsangebots durch die Bayerischen Landesärztekammer.

<sup>168</sup> Odenbach (1979), S. 1645.

gelangen“.<sup>170</sup> Viele Ärzte sahen im Pharmareferenten keinen Verkäufer, sondern einen Berater.<sup>171</sup> Vertreter des Ausschusses „Ärzte in der pharmazeutischen Industrie“ wurden neben anderen privaten Anbietern von Fortbildungsveranstaltungen zu Sitzungen des Senats für ärztliche Fortbildung geladen, um neue Möglichkeiten ärztlicher Fortbildung zu diskutieren.<sup>172</sup> Der Vorstand der Bundesärztekammer hatte 1964 die Gründung dieses Ausschusses beschlossen, um den in der Pharmaindustrie tätigen Medizinern „eine Vertretung im Rahmen der Gesamtärzteschaft in der Bundesärztekammer“ zu geben und „das Verhältnis des in der pharmazeutischen Industrie tätigen Arztes zu den übrigen Teilen der Ärzteschaft [...] zum Nutzen einer optimalen, medikamentösen Versorgung“ zu verbessern.<sup>173</sup> Dieses Zusammenwirken von Ärzteschaft mit der pharmazeutischen sowie medizinisch-technischen Medizin als „Komplizenschaft“ zu kritisieren, berücksichtige nicht die Vorteile für ärztliche Fortbildung, wurde seitens des damaligen Präsidenten der Bundesärztekammer auch 1981 konstatiert.<sup>174</sup> Die wachsende Kritik an dem „Geben und Nehmen“ sowie der „versteckten Produktwerbung“ führte im September 1986 zur Gründung der „Gemeinsamen Kommission der Ärzteschaft und des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie“, deren Mitglieder die Bundesärztekammer, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie waren.<sup>175</sup> Verstöße gegen den gemeinsamen Kodex blieben jedoch ohne Konsequenz, da keine verpflichtende Bindung an die Entscheidung der Kommission bestand.<sup>176</sup> Noch 1989 waren die Vertreter der Ärzteschaft der Meinung, dass „eine generelle, unabhängige Fortbildung der Ärzteschaft in eigener Hand zu finanzieren“ nicht möglich sei. Die Erwartungshaltung an den Staat bezog sich lediglich auf die Schaffung von Steuererleichterungen. Ein staatliches Mitbestimmungsrecht an Fortbildungsregularien war absolut unerwünscht.<sup>177</sup> Obwohl der Ärzteschaft das Interesse der Industrie – als Wirtschaftsunternehmen das eigene Produkt auf den Markt bringen zu müssen – nicht verborgen blieb, stand die Finanzierungsfrage im Vordergrund. Ärztliche Fortbildung wurde vor allem als Kostenfaktor wahrgenommen. Einnahmeeinbußen durch

---

<sup>169</sup> Lippross (1980), S. 2177.

<sup>170</sup> Bourmer (1975), S. 1213-1217; vgl Thoms (2014) S. 196-201: Die Entwicklung des Berufsbilds des Pharmareferenten vom Fachmann zum Buhmann „Ärztebesucher, Ärztopagandist, Pharmareferent oder Pharmaberater?“.

<sup>171</sup> Arnold/ Schirmer (1990), S. 30.

<sup>172</sup> Vogt (1966), S. 257.

<sup>173</sup> Schmidt (1965), S. 2395-2396.

<sup>174</sup> Die Illusion vom allezeit herstellbaren Fortschritt. 30. Deutscher Kongress für ärztliche Fortbildung in Berlin. DÄ 35 (1981), S. 1644.

<sup>175</sup> Eine „Gemeinsame Kommission“ aus Ärzteschaft und Pharmaindustrie. DÄ 48 (1986), A-3349.

<sup>176</sup> Übernahme von Reisekosten durch Pharma-Veranstalter häufig nicht zulässig. Erster Tätigkeitsbericht der Gemeinsamen Kommission der Ärzteschaft und des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie. DÄ 40 (1988), A-2726.

<sup>177</sup> Zwölf Forderungen für die Fortbildung. Tagesordnungspunkt 1. DÄ 20 (1989), A-1501.

Praxisschließung für die Zeit der Fortbildung sowie die Kursgebühren wurden als finanzielle Belastung empfunden.

### *Die Phase des Wiederaufbaus als Konsolidierung (1949-1960) – Berufsaufsicht durch die Ärztekammern*

In der Bundesrepublik obliegen Weiter- und Fortbildungsbefugnisse den Ärztekammern bzw. Teilbereiche der Fortbildung auch den Kassenärztlichen Vereinigungen.<sup>178</sup> Diese Aufteilung innerhalb der ärztlichen Selbstverwaltung entspricht den föderalen gesamtstaatlichen Strukturen. Dem Bund fehlt „die erforderliche Kompetenz zur Errichtung einer Bundesärztekammer als bundesunmittelbarer Körperschaft des öffentlichen Rechts, die auf dem ganzen Gebiet des ärztlichen Berufsrechts tätig werden kann“, wie der Art. 87 Abs. 3 Satz 1 i. V. m. Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG unmissverständlich zum Ausdruck bringt.<sup>179</sup> Aufgrund der föderalen Struktur werden die Ärztekammern als Organe der Selbstverwaltung von den Ländern beauftragt, Grundlagen für die ärztliche Fortbildung zu schaffen und die Berufsausübung zu überwachen.<sup>180</sup> Die Bundesärztekammer verfügt nicht über eine Weisungsbefugnis gegenüber den Ärztekammern,<sup>181</sup> sondern beschränkt sich auf den Austausch über die jeweiligen Entwicklungen in den verschiedenen Ärztekammern.<sup>182</sup> Ab 1953 übernahm ein Gremium, der Deutsche Senat für ärztliche Fortbildung, die Koordinierung des Wissenstransfers, ohne selbst aktiv Ausbildung anzubieten.<sup>183</sup> Die konzeptionelle Trennung zwischen Aus- und Fortbildung spiegelt sich auch in den Richtlinien für ärztliche Fortbildung wider, die vom 56. Deutschen Ärztetag 1953 beschlossen wurden:

Während die Hochschule die Grundlage der Ausbildung zum Arzt vermittelt, ist es Aufgabe der ärztlichen Fortbildung, neben der Auffrischung alter und der Vermittlung neuer Kenntnisse besonders die Bedürfnisse der Praxis in Vortrag, Diskussion, Schrifttum und praktischen Übungen zu berücksichtigen.<sup>184</sup>

In der ersten Sitzung des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung am 16./17. Januar 1954 in Wiesbaden wurde festgehalten, dass das „sehr bunte Bild der ärztlichen Fortbildung“

---

<sup>178</sup> Regelung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Fortbildungsverpflichtung der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten nach § 95d SGB V. DÄ (2005), A 306-307.

<sup>179</sup> Berger (2005), S. 28.

<sup>180</sup> BGBl. I 1961, S. 1857; vgl. Vogt (1998), S. 144-147: Die Heilberufsgesetze der Länder enthalten die Bestimmungen über die Berufsgerichtsbarkeit und erheben die Heilberufskammern in den Stand der Körperschaften des öffentlichen Rechts.; vgl. Taupitz (1991), S. 564, 634, 758-760: Die Kammer- und Heilberufsgesetze der Bundesländer tragen verschiedene Bezeichnungen.; Tätigkeitsbericht BÄK 1961/62. ÄM (1962), S. 1388.

<sup>181</sup> „Neue Satzung“. ÄM 31 (1955), S. 920.

<sup>182</sup> Satzung der Bundesärztekammer § 2 Absatz 1 und 2 (Stand: 2014).

<sup>183</sup> Tätigkeitsbericht der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern 1952-1953, S 15-17

<sup>184</sup> Tätigkeitsbericht BÄK 1989, S. 548.

mit seinen vielen Facetten hinsichtlich der Methodik nicht vereinheitlicht werden sollte. Denn individuelle Gegebenheiten erforderten auch eigene Methoden, denen genügend Spielraum geboten werden müsse.<sup>185</sup> Zwar wurde ein Informationsaustausch auf Bundesebene als notwendig erkannt und mit der Gründung des Senats für ärztliche Fortbildung initiiert, jedoch wurde jede Form der Vereinheitlichung abgelehnt. Zudem wurde Fortbildung als eigenständiges Segment neben Aus- und Weiterbildung definiert.

*Die Phase der Orientierung (1961-1990) – Pflicht als Freiwilligkeit: Gründung von Akademien für ärztliche Fortbildung durch die Ärztekammern*

Zeitgleich mit dem Mauerbau und der Abschottung der DDR wurde eine Orientierungsphase in der Bundesrepublik eingeleitet. Die Errichtung eines Bundesministeriums für das Gesundheitswesen ebenso wie die Diskussion in den Ärztekammern über die Einrichtung einer Akademie für ärztliche Fortbildung entfallen auf diese Entwicklungsphase. In der Sitzung am 23. Januar 1965 befasste sich der Deutsche Senat für ärztliche Fortbildung zum ersten Mal mit dem Thema einer Fortbildungsakademie für Ärzte.<sup>186</sup> Zur Diskussion stand die Errichtung einer mit der Akademie für ärztliche Fortbildung vergleichbaren Institution. Danach sollte ein „ständiger akademischer Lehrkörper“ mit ärztlicher Fortbildung betraut werden:

Eine derartige Akademie [...] wäre durchaus von den ärztlichen Landesorganisationen in eigener Regie zu übernehmen und teilweise zu unterhalten. [...] Natürlich müsste die Gründung einer solchen Fakultät mit Rektor, Dekan und akademischer Selbstverwaltung in enger Zusammenarbeit mit den staatlichen Behörden geschehen. [...] Die ‚Post-graduate Medical-School‘ der Angelsachsen bietet sich als Modell an.<sup>187</sup>

Nicht nur die Briten standen Modell. Auch die Akademie für ärztliche Fortbildung wurde durchaus als mögliches Vorbild benannt: „Im anderen Teil unseres Vaterlandes gibt es bereits eine eigene Medizinische Fakultät, die als Akademie für Fortbildung in Ostberlin ihre Tätigkeit aufgenommen hat [...].“ Dieses Konzept habe sich bei der Entwicklung von Qualitätsstandards bewährt: „Für die Ausbildung und den Leistungsstandard auch der Ärzte in der Bundesrepublik könnte sich eine derartige Einrichtung nur vorteilhaft auswirken.“<sup>188</sup> Der Bundesärztekammer lag 1969 ein Bericht über den Modellversuch vor, eine Akademie für die

---

<sup>185</sup> Sitzung des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung am 16./17. Januar 1954 in Wiesbaden. ÄM 3 (1954), S. 70-72; siehe auch *Deutscher Senat für Ärztliche Fortbildung*. ÄM 24 (1953), S. 711; siehe auch Tätigkeitsbericht der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern 1953/1954, S. 32.

<sup>186</sup> Tätigkeitsbericht BÄK 1964/1965, S. 38. Kurzreferat des Senatsmitglieds Prof. Dr. Schettler.

<sup>187</sup> Schettler (1965), S. 552.

<sup>188</sup> Ebd.

ärztliche Fortbildung zu gründen.<sup>189</sup> Die Landesärztekammer Hessen hatte sich dazu entschieden, die „Akademie für ärztliche Fortbildung der Landesärztekammer Hessen“ mit Sitz in Bad Nauheim zu gründen. Eine freiwillige Mitgliedschaft berechtigte zur Dokumentation der Fortbildungsaktivität des einzelnen Arztes dazu, ein Diplom oder ein „besonderes Zeichen für das Arztschild“ zu erwerben.<sup>190</sup> Motivator für die Errichtung einer Akademie nach diesem Modell war die Befürchtung, der Staat könne eine Pflichtfortbildung einführen. Nur durch das Agieren der Ärzteschaft selbst könne eine solche Maßnahme verhindert werden, lautete die Argumentation.<sup>191</sup>

Die öffentliche Diskussion setzte die Ärzteschaft zunehmend mit der Fragestellung „Wann erreicht der medizinische Fortschritt den Patienten?“ unter Druck.<sup>192</sup> Im Tätigkeitsbericht 1971/1972 heißt es zu den Modellversuchen:

Bundesärztekammer und Deutscher Senat für ärztliche Fortbildung haben die Initiativen als Versuche begrüßt, für die ärztliche Fortbildung neue Wege zu erschließen.<sup>193</sup>

Bedingt durch föderale Unterschiede erfolgte die Umsetzung von Fortbildungsakademien durch die Ärztekammern zeitlich versetzt und auf unterschiedliche Weise.<sup>194</sup> Der Beschluss des Deutschen Ärztetages 1974, „in allen Ärztekammern den Aufbau von Akademien für ärztliche Fortbildung anzustreben“<sup>195</sup>, der 1975 nochmals bekräftigt wurde<sup>196</sup>, sah ein gemeinsames Konzept nicht vor.<sup>197</sup> Die Ausschüsse der Bundesärztekammer „Akademien für ärztliche Fortbildung“ ab 1976 und „Ständige Konferenz Ärztliche Fortbildung“ ab 1978 sollten den Austausch fördern.<sup>198</sup> Die Fortbildungsexperten und Sachbearbeiter der Ärztekammern sowie die Vorsitzenden der Fortbildungsakademien erörterten Fragen zur kammereigenen Fortbildungsorganisation.<sup>199</sup> Fortbildungsfakultäten oder -akademien mit hauptamtlichen Mitarbeitern und Dozenten ähnlich wie Universitätslehrer in Forschung,

---

<sup>189</sup> Kaempffer (1969), S. 721; Tätigkeitsbericht BÄK 1969/70, S. 1781-1784; *Akademien für ärztliche Fortbildung*. DÄ 50 (1978), S. 3020.

<sup>190</sup> Blöchl (1994), S. 38, 44.

<sup>191</sup> Ebd. S. 40, 43.

<sup>192</sup> *Fortbildung und Würstchenkocher*. DÄ 22 (1969), S. 1689.

<sup>193</sup> Tätigkeitsbericht BÄK 1971/72, S. 1571; *Ärztliche Fortbildung: Methoden der Selbstkontrolle*. DÄ 6 (1973), S. 315-316.

<sup>194</sup> Vgl. Kerger (1986) S. 104: Bereits 1952 war eine Akademie für ärztliche Fortbildung in Berlin 1952 geschaffen worden, jedoch nicht initiiert von einer Ärztekammer. Die Ärztekammer Berlin wurde 1962 konstituiert.; vgl. Böthin (2015), S. 154: In der Zeit von 1934-1945 bestand eine Berliner Akademie für ärztliche Fortbildung.

<sup>195</sup> Tätigkeitsbericht BÄK 1974/75, S. 64; vgl. Odenbach (1979) S. 1645.

<sup>196</sup> Tätigkeitsbericht BÄK 1975/76, S. 86; siehe auch Tätigkeitsbericht BÄK 1980, S. 140.

<sup>197</sup> Eine Experimentierphase beginnt. DÄ 21 (1975), S. 1674-1679.

<sup>198</sup> Tätigkeitsbericht BÄK 1975/76, S. 88; vgl. Odenbach (1976), S. 2661-2665; *Anregungen für die Fortbildung*. DÄ (1979), S. 325.

<sup>199</sup> Tätigkeitsbericht BÄK 1979, S. 164.

Lehre und Praxis,<sup>200</sup> konnten sich nicht durchsetzen.<sup>201</sup> Als alternatives Modell könnte m. E. die 1975 in der Bundesärztekammer eingerichtete Abteilung „Fortbildung und Wissenschaft“<sup>202</sup> sowie die Gründung des „Interdisziplinären Forum – Fortschritt und Fortbildung in der Medizin“ im Jahre 1976 gelten.<sup>203</sup> Bis Dezember 1978 waren insgesamt zehn Akademien in den Ärztekammern etabliert worden.<sup>204</sup> Der orientierende Blick ins Ausland führte dann auch zu der Gründung einer „Europäischen Akademie für ärztliche Fortbildung“ durch die hessische Akademie im Januar 1979.<sup>205</sup>

Die bewusst hervorgehobene Verknüpfung von Fortbildung und Wissenschaft durch die Einrichtung einer entsprechenden Abteilung in der Bundesärztekammer sowie der Etablierung des Interdisziplinären Forums und die Akademiegründungen durch die Ärztekammern kennzeichnen diesen Zeitabschnitt der Orientierungsphase.

### *Fortbildung als freiwillige Pflicht*

Auch anhand der Diskussion um die Nachweispflicht ärztlicher Fortbildung wird die Orientierungssuche sichtbar. Verschiedene Varianten wurden erörtert. Sie stehen zugleich für unterschiedliche Strömungen innerhalb der Ärzteschaft. Die Nachweisbarkeit von ärztlicher Fortbildung war daher regional unterschiedlich, jedoch stets durch Freiwilligkeit gekennzeichnet. Eine Variante war die freiwillige Mitgliedschaft an einer Akademie für ärztliche Fortbildung, eine andere bestand in einem freiwilligen Effizienznachweis.<sup>206</sup> Die Vergabe einer Plakette für die Teilnahme an bestimmten Fortbildungsveranstaltungen stellte eine dritte Variante dar.<sup>207</sup> Die Erfüllung der „zentralen Berufspflicht“ dürfe „nicht durch die Vergabe besonderer, nach außen herauszustellender Diplome honoriert werden“, lautete die Kritik der Bundesärztekammer, weil dies gegen das in der Berufsordnung festgeschriebene Werbeverbot verstieße.<sup>208</sup> Im Vordergrund müsse stets die „Freiheit des Arztes in der Wahl seiner Fortbildung“ stehen, die durch solche Regelungen eingeschränkt werden könne.<sup>209</sup> In der Sitzung des Senats im Jahr 1975 wurde dann doch positiv über die Einführung eines

---

<sup>200</sup> *Fortbildung – freiwillig und verpflichtend*. DÄ (1978), S. 1410.

<sup>201</sup> Vgl. Schettler (1965), S. 549-552.

<sup>202</sup> Tätigkeitsbericht BÄK 1975/76, S. 12, 86; Tätigkeitsbericht BÄK 1977, S. 102.

<sup>203</sup> Tätigkeitsbericht BÄK 1975/76, S. 93; Tätigkeitsbericht BÄK 1977, S. 108.

<sup>204</sup> Vgl. Tätigkeitsbericht BÄK 1975/76, S. 89; Tätigkeitsbericht BÄK 1979, S. 167.

<sup>205</sup> Tätigkeitsbericht BÄK 1979, S. 162, 166, 167.

<sup>206</sup> Effizienznachweis der ärztlichen Fortbildung. DÄ (1975), S. 239-242; Entschließung zum Tagungsordnungspunkt II des 102. Deutschen Ärztetage. DÄ (1999), A 1654.

<sup>207</sup> 20 Jahre Hessische Fortbildungsakademie: Ärzte mit und ohne Plakette. DÄ 6 (1991), A 376; Akademie Bad Nauheim: Zwanzig Jahre Fortbildung. DÄ 16 (1991), A 1334; Vertrauen in die eigene Kraft. Einweihung der Akademie für ärztliche Fortbildung der Landesärztekammer Hessen in Bad Nauheim. DÄ 30 (1973), S. 1959-1963.

<sup>208</sup> Tätigkeitsbericht BÄK 1972/73, S. 141-142.

„besonderen Zeichens für den Teilnahmenachweis“ entschieden.<sup>210</sup> Ein Effizienznachweis „unter Wahrung des Prinzips der Freiwilligkeit“ war die Maxime.<sup>211</sup> Die Ärztetage 1976 und 1977 fixierten eine Fortbildungsverpflichtung als Berufspflicht der Ärzte im § 7 der Berufsordnung, jedoch ohne einen Kriterienkatalog zu erstellen, wie der Nachweis für eine solche Verpflichtung auszusehen hätte.<sup>212</sup> Denn „die den individuellen Gegebenheiten des einzelnen Arztes entsprechende freie Wahl der Form der Fortbildung ist durch den Absatz 2 garantiert“.<sup>213</sup> Die Fortbildungsverpflichtung, die bisher allgemein formuliert war, wurde in Absatz 4 des Paragraphen präzisiert: „Der Arzt muss eine den Absätzen 1 bis 3 entsprechende Fortbildung gegenüber der Ärztekammer nachweisen können.“<sup>214</sup> Es erscheint nicht zufällig, dass die Aufnahme einer solchen Verpflichtung 1976 in die Musterberufsordnung erfolgte. Am 1. Januar 1977 trat das „Gesetz zur Weiterentwicklung des Kassenarztrechts“ in Kraft.<sup>215</sup> Unter § 368 m Abs. 5 RVO wurde eine kassenarztspezifische Fortbildungspflicht eingeführt.<sup>216</sup> Die Kassenärztlichen Vereinigungen hatten hiernach Bestimmungen über die ärztliche Fortbildung für die kassenärztliche Tätigkeit aufzunehmen.<sup>217</sup> Auch die Empfehlung 1979 auf dem Ärztetag und 1984 durch die Bundesärztekammer darauf zu achten, Fortbildung mit Blick auf Gerichtsverfahren in Arzthaftpflichtprozessen nachweisen zu können<sup>218</sup>, offenbart: erst durch Impulse von außerhalb der Ärzteschaft kam etwas Bewegung in die Fortbildungsdiskussion. Auch die Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion des Bundesministeriums für Gesundheit aus dem Jahre 1988 und 1989 sind in diesem Zusammenhang zu sehen. Sie hatten für die Abrechnung bestimmter Leistungen und sogar „als Voraussetzung für eine periodische Erneuerung der Approbation“ einen Fortbildungsnachweis gefordert.<sup>219</sup> Denn Fortbildungsveranstalter hätten die Erfahrung

---

<sup>209</sup> Tätigkeitsbericht BÄK 1973/74: 60; Tätigkeitsbericht BÄK 1971/72, S. 1571; Alle Macht im Gesundheitswesen liegt beim Regionalverband. DÄ (1975), S. 1185-1187.

<sup>210</sup> Tätigkeitsbericht BÄK 1974/75, S. 65.

<sup>211</sup> Effizienznachweis der ärztlichen Fortbildung. DÄ 5 (1975), S. 239-242; siehe auch Tätigkeitsbericht BÄK 1974/75, S. 65.

<sup>212</sup> Tätigkeitsbericht BÄK 1977, S. 101; Tätigkeitsbericht BÄK 1978, S. 235; vgl. Tätigkeitsbericht BÄK 1990, S. 325 „In der Berufsordnung ist seit deren Neufassung auf dem Ärztetag 1976 und Änderungen auf den Ärzttagen 1977, 1979, 1983, 1985 und 1988 ‚Fortbildung‘ in § 7 geregelt.

<sup>213</sup> Tätigkeitsbericht BÄK 1977, S. 102.

<sup>214</sup> Tätigkeitsbericht BÄK 1977, S. 101; vgl. Odenbach (1976), S. 2661- 2665.

<sup>215</sup> BGBI 1976 I 3871 § 368 m Abs. 5 RVO gem. Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz vom 28.12.1976.

<sup>216</sup> Kassenarztrecht §§ 368-369 Reichsversicherungsordnung (RVO). DÄ 1 (1977), S. 43.

<sup>217</sup> Das neue Kassenarztrecht. Gesetz zur Weiterentwicklung des Kassenarztrechts seit dem 1. Januar 1977 in Kraft. DÄ 1 (1977), S. 14.

<sup>218</sup> Tätigkeitsbericht BÄK 1980, S. 143; 82. *Deutscher Ärztetag. Odenbach: Umfassender Überblick über das Fortbildungsangebot.* DÄ (1979), S. 1494; vgl. Odenbach (1979), S. 1644; *Fortbildung ohne Zwang.* DÄ (1984), A 1129.

<sup>219</sup> Tätigkeitsbericht BÄK 1990, S. 327.

gemacht, dass immer nur „dieselben zu sehen“ seien.<sup>220</sup> Trotz des Appells von Vertretern der Ärzteschaft, ärztliche Fortbildungsaktivitäten sichtbarer zu machen<sup>221</sup>, blieben die Delegierten des Ärztetages bei der in der Ärzteschaft vorherrschenden Meinung, „jegliche Reglementierung“ und „förmliche Nachweise“ 1990 erneut abzulehnen.<sup>222</sup>

Die Ärzteverbände und ärztliche Selbstverwaltung waren durch ihren Meinungspluralismus nicht in der Lage, sich zu einigen. Die Empfehlung der Konzertierten Aktion des Bundesministeriums für Gesundheit demonstriert ein wachsendes Interesse der nicht ärztlichen Öffentlichkeit an den strukturellen Fortbildungsfragen ärztlicher Fortbildung.

### **Analyse ärztlicher Fortbildung unter den zentralistischen staatlichen Strukturen und der föderalen Gestaltung in ärztlicher Selbstverwaltung**

#### *Ein Vergleich der Entwicklungsphasen*

Die Phase der Orientierung in der DDR beschäftigte sich zunächst mit den Möglichkeiten einer Abgrenzung zu den bis 1945 gemeinsamen Strukturen in Deutschland. In der Bundesrepublik setzte zeitgleich eine Konsolidierung von ärztlichen Selbstverwaltungsstrukturen ein. Dieser Verlauf war durch die jeweiligen Besatzungsmächte noch vor den Staatsgründungen 1949 vorbereitet worden. Ab sofort befanden sich beide Staaten in einem Konkurrenzverhältnis.<sup>223</sup> Analog begannen die nachfolgenden Veränderungsprozesse im Jahr 1961. Die Orientierungsphase folgte in der Bundesrepublik auf die Phase der Konsolidierung, während in der DDR die Reformierungsphase zu dieser Zeit startete. Die Akademie für ärztliche Fortbildung wurde als Einrichtung des Gesundheitsministeriums mit staatlichen Zielen fest verankert und mit der Durchführung der OF beauftragt. Ohne den Mauerbau wäre die Reformierungsphase in dieser Form kaum durchführbar gewesen. Die Konsolidierungsphase der DDR festigte den staatlichen Erziehungsauftrag mit einer ideologischen Fortbildungspflicht im Fach Marxismus/Leninismus. Die Phase der institutionellen Auflösung wurde mit dem Fall der Mauer eingeleitet. Der Wettbewerb, in dem beide Staaten sich befanden, könnte eine Veranlassung für die Bundesrepublik gewesen sein, ein Ministerium eigens für das

---

<sup>220</sup> *Zwölf Forderungen für die Fortbildung. Tagesordnungspunkt 1.* DÄ (1989), A 1500-1511; Tätigkeitsbericht BÄK 1990, S. 593; vgl. Tätigkeitsbericht BÄK 1989, S. 548 *Richtlinien für ärztliche Fortbildung* (in der vom 56. Deutschen Ärztetag 1953 beschlossenen Fassung); Tätigkeitsbericht BÄK 1990, S. 326.

<sup>221</sup> Tätigkeitsbericht BÄK 1990, S. 325 „§7a Qualitätssicherung ‚Der Arzt ist verpflichtet, die von der Ärztekammer eingeführten Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der ärztlichen Tätigkeit durchzuführen‘; Tätigkeitsbericht BÄK 1991, S. 309.

<sup>222</sup> Tätigkeitsbericht BÄK 1991, S. 305, 309: Der Vorstandsantrag wurde mit 141 Stimmen gegen 83 abgelehnt.; *Keine Kontrolle, keine Kongresse im Ausland. Punkt II der Tagesordnung: Ärztliche Fortbildung.* DÄ (1990), A 1786-1788; siehe auch *Fortbildungsnachweis....eben keine Reglementierung.* DÄ (1990), A 1221.

Gesundheitswesen – wie bereits zu Beginn der Orientierungsphase der DDR geschehen – einzurichten. Die Erörterungen um Akademien für Ärztliche Fortbildung in der Ärzteschaft benennen die Institution der DDR als mögliches Vorbild für ähnlich aufzubauende Einrichtungen in der Bundesrepublik. Die Phase der Orientierung bleibt aufgrund der föderalen Systematik bis heute offen für Impulse, die auf Bundesebene diskutiert jedoch regional unterschiedlich aufgenommen oder abgewiesen werden können. Zunehmend unter Druck gesetzt, ärztliche Fortbildung nicht intensiv zu betreiben, realisierte die Ärzteschaft, dass die Suche nach neuen Modellen zur Strukturierung ärztlicher Fortbildung ausgebaut werden musste. Sie war gefordert, sich durch Orientierung weiterzuentwickeln, wie die Diskussionen um Fortbildungsakademien und um die Nachweismöglichkeiten ärztlicher Fortbildung zeigen. Als alternative Orientierung zu der in der Akademie für ärztliche Fortbildung der DDR praktizierten Form einer institutionellen Verknüpfung von Wissenschaft und Fortbildung außerhalb des bekannten Lehrbetriebs einer Universität könnten die Abteilung „Fortbildung und Wissenschaft“ der Bundesärztekammer und ihr Interdisziplinäres Forum gesehen werden.

#### *Auswirkungen der strukturellen Unterschiede auf ärztliche Fortbildung*

Das erst sehr spät eingerichtete Bundesministerium für Gesundheit hat nur sehr eingeschränkte Handlungsbefugnisse für ärztliche Hoheitsbereiche in den föderalen Strukturen. Die Stellung des Arztes ist in der Bundesrepublik durch die eigenständige staatlich unabhängige Berufspolitik nahezu autonom. Staatlicher Einfluss auf die Ausprägung ärztlicher Fortbildung existiert nicht. Die Definition des Arztberufs als Freier Beruf stärkte das ärztliche Selbstbewusstsein gegen eine Nachweispflicht für Fortbildung. In der DDR war der Arztberuf staatlich organisiert und kontrolliert. Ärztliche Ausbildung, Weiter- und Fortbildung wurden mit der Ideologie der Parteipolitik verknüpft. Kennzeichnend waren für die regulatorischen Strukturen ärztlicher Fortbildung die Zentralisierung und Verstaatlichung durch die Errichtung der Akademie als Einrichtung des Gesundheitsministeriums mit einer Lenkungsaufgabe für ärztliche Weiter- und Fortbildung, das Ineinandergreifen von beiden Bereichen sowie die Einführung der Pflichtfortbildung (OF). Das Ministerium für Gesundheit bestimmte über die Akademie, die nicht nur als Fortbildungs- sondern auch als Ausbildungs- und Lehrinstitut konzipiert war. Dieser Systematisierungsprozess sowie die interdisziplinäre Verknüpfung mit anderen Fachgebieten und auch der staatlich geleitete parteipolitische Forschungsauftrag bedingten strukturell nicht nur einheitliche Methoden, sondern schufen eine kulturelle Vereinheitlichung. Die medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften

---

<sup>223</sup> Vgl. Arndt (2006), S. 247-268: Ein Vergleich der getrennten Wege beider Systeme am Beispiel der Berliner Polikliniken und Ambulatorien in der Zeit von 1948 bis 1961.

waren in die Arbeit der Akademie per Statut fest eingebunden. Durch die Bindung an ein staatlich kontrolliertes Konstrukt war deren Gremienarbeit lenkbarer. Somit existierten ausschließlich parteipolitisch gesteuerte Anbieter. Die Akademien in der Bundesrepublik dagegen fungierten nicht als Lehr- sondern als Fortbildungsinstitute mit unterschiedlichen Grundformaten. Neben den Bereichen Aus- und Weiterbildung bestand Fortbildung als separates Segment, das durch eine Methodenvielfalt mit unterschiedlichen Anbietern gekennzeichnet war.

In der DDR wurden Ärzte, ohne berufspolitisch Einfluss nehmen zu können, durch den diktatorischen Zentralismus und die Einflussnahme der Staatssicherheit für ein System der Einheitspartei verpflichtet. Auch wenn in der Phase der Orientierung in der DDR ärztlicherseits nur eine zögerliche Bereitschaft bestand, sich für die parteipolitischen Ideen gewinnen zu lassen, kann ein gezielter ärztlicher berufspolitischer Einfluss gegen die neuen Regelungen nicht verzeichnet werden. Berufspolitische Einflüsse wären zudem eine Konkurrenz für die Staatsdoktrin mit einem staatlichen Erziehungsauftrag gewesen. Die Gründungen eigener Medizinisch-Wissenschaftlichen Gesellschaften waren – wenn auch schon vorher erfolgt – spätestens nach dem Mauerbau notwendig geworden. Mit der Einbindung ärztlicher Expertise in die medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaften und deren Einbindung per Statut in die Arbeit der Akademie für Ärztliche Fortbildung wurde einerseits die benötigte ärztliche Erfahrung gewonnen und andererseits konnte alternativ zu Berufsverbänden den Ärzten der Eindruck vermittelt werden, dass ihre Stimme innerhalb des zentralistisch staatlich kontrollierten Systems auf höchster Ebene durch wissenschaftliche Tätigkeit Gehör fand.

Das Beispiel der Entwicklung ärztlicher Fortbildungsstrukturen zeigt: zentral getroffene Entscheidungen haben den Vorteil einer schnelleren Umsetzbarkeit und den Nachteil nicht für alle Regionen sinnvoll zu sein. Daher gab es auch die Möglichkeit in der ärztlichen Fortbildung der DDR, dass Bezirksärzte in Absprache mit der Akademie Wahlthemen zu den Pflichtthemen vorschlagen konnten. Ärztliche Fortbildung ist kontrollierbarer, in gewisser Weise aufgrund des zentralen Überblicks zuverlässiger, aber dadurch auch mittels der zentralen Steuerung beeinflussbarer. Die in den Entscheidungsprozess eingebundenen Akteure sind definiert und müssen festgelegten staatlichen Vorgaben folgen. Handlungsdruck wird durch die Staatsdoktrin einer Einheitspartei innerhalb des Systems ausgeübt. Föderale Entscheidungsvielfalt bietet regionalen Ideenreichtum, der auch überregional hilfreich sein kann. Da keine bundesweite Abstimmungspflicht besteht und keine institutionelle bundesweite Organisationseinheit mit Weisungsbefugnis existiert, müssen Impulse nicht

unbedingt bundesweit akzeptiert werden. Ärztliche Selbstverwaltung lebt von einem freiwilligen Mitgestalten und individueller Motivation.

Die erarbeiteten Ergebnisse der Analyse zentralistischer Steuerung und föderaler Selbstverwaltung legen dar, dass beide Systeme ihre strukturellen Schwächen, aber auch Stärken besitzen. In der Freiberuflichkeit der Bundesrepublik hat der einzelne Arzt, für sein Fortbildungsverhalten und der medizinische Behandlung Eigenverantwortung zu tragen. In der Staatsmedizin der DDR war ärztliche Fortbildung nicht ausschließlich einer Freiwilligkeit überlassen. Behandlung eines Patienten erfolgte im Staatsauftrag und im Kollektiv.

Das Fortbildungsverhalten ist abhängig vom ärztlichen Berufsbild, dessen Definition ein unterschiedliches Verständnis von der Rolle des Arztes bedingt: Arzt als Diener des Volkes oder Arzt in der Freiberuflichkeit

#### *Auswirkungen von (berufs-)politischen, ideologischen und wirtschaftlichen Faktoren auf ärztliche Fortbildung*

Wer Fortbildung finanziert, organisiert und strukturiert, übernimmt die Gestaltung und Ausrichtung der Veranstaltung. Dies gilt nicht nur für die Industriefortbildung, sondern auch für gebührenfreie Fortbildung in Strukturen mit parteipolitischer Doktrin. Ärzte konnten ohne Gehaltseinbußen Fortbildungsangebote wahrnehmen und sich auf Vertretungsregelungen für eine Freistellung berufen. Auch wenn „Rotlichtbestrahlung“ als Pflichtfortbildung im Segment M/L von Ärzten teilweise durchaus belächelt wurde, dienten solche ideologischen Zwangsmaßnahmen einer Indoktrination. Dieser ideologische staatlich verordnete Erziehungsauftrag mit seiner verpflichtenden Bindung an eine Staatsdoktrin ließ alternative strukturelle Wege in der ärztlichen Fortbildung innerhalb des Systems nicht zu. Die genehmigungspflichtige Teilnahme an internationalen Fachkongressen öffnete eine Tür für den persönlichen Austausch und zu weiterer Fachliteratur – jenseits des kontrollierten Systems.

Bei Unterstützungsmaßnahmen durch die Wirtschaft besteht die Gefahr einer Konditionierung auf Firmen-Produkte der Medizinindustrie, aber auch auf Programmmofferten der professionellen Fortbildungsanbieter sowie der ärztlichen Berufsverbände und wissenschaftlichen Fachgesellschaften. Die verschiedenen Anbieter verfolgen auch unterschiedliche Interessen, die finanzieller, berufs- und standespolitischer oder unternehmerischer Natur sein können. Diese Einflussnahme von etlichen Akteuren bietet einerseits eine Vielfalt an unterschiedlichen Möglichkeiten, Fortbildung qualitativ hochwertig umzusetzen, andererseits ein großes Spektrum an suggestiver Verleitung durch die multiplen Anbieter. In der DDR nutzte ein diktatorischer Staatsapparat die Fortbildungsstrukturen zur

Verbreitung und Indoktrination einer Staatsideologie. Dieser war auf Pflichtfortbildung mit Nachweis angewiesen, doch wurde durch diese strukturelle Maßnahme auch sichergestellt, dass sich Ärzte tatsächlich regelmäßig zu bestimmten medizinischen Inhalten fortbilden. Der Arztberuf als freier Beruf mit ärztlicher Selbstverwaltung beansprucht die Freiheit der Wahlmöglichkeit – auch in Kooperation mit industriegesponserter Fortbildung. Die Gefahr der Zweckentfremdung besteht weniger in strukturellen Vorgaben, sondern eher zur Erlangung von Wettbewerbsvorteilen in einer freiwilligen Bereitschaft zu kooperieren. Die Schwäche artikuliert sich in der Frage, ob ärztliche Fortbildung strukturell auch wirklich jede Ärztin und jeden Arzt erreicht, wenn darüber selbst entschieden werden kann. Man begriff – und begreift – dies jedoch als individuellen Handlungsspielraum in einem System, in dem es letztlich in der eigenen ärztlichen Entscheidung liegt, diese oder jene, durch Industrie-Förderung mehr oder weniger beeinflusste Fortbildung zu wählen. Im Gegensatz zu einer staatlichen Fortbildungsstruktur mit Pflichtkursen, die eine ideologische Indoktrination einschloss, präferierte die bundesdeutsche Ärzteschaft ein offenes und durch die industrielle Finanzierungsstruktur beeinflussbares Modell, ohne eine Indoktrination systematisch auszuschließen.

Der Grad einer Einwirkung von politischer<sup>224</sup> oder wirtschaftlicher<sup>225</sup> Beeinflussung in dem jeweils anderen Staatskonstrukt lag zudem in der persönlichen Handlungsmaxime des einzelnen Arztes. Das individuelle Ausmaß kann in der Erinnerung rückblickend verklärt werden. Ein vormals „zeitgemäßes“ Handeln unterliegt in der Gegenwart anderen Bewertungsmaßstäben und somit einer kritischen Prüfung. Dies betrifft nicht nur den Bereich ärztlicher Fortbildung. Zwangsbehandlung gab es in beiden Staaten, was einer intensiveren Beforschung mit Blick auf die politischen und gesellschaftlichen Strukturen bedarf.<sup>226</sup>

Ärztliche Fortbildung ist abhängig von strukturellen, staatlichen, (berufs-)politischen, ideologischen und wirtschaftlichen Faktoren. Fortbildung kann nie wirklich frei von Einflussnahme sein. In welcher qualitativen und quantitativen Ausprägung diese erfolgt, ist abhängig von den jeweiligen zeithistorischen Rahmenbedingungen und der individuellen ärztlichen Handlungsentscheidung.

---

<sup>224</sup> Vgl. Wehler (2008), S. 218-219: Analyse zur „SED-Monopolelite“ mit ihrer „politischen Religion des Marxismus-Leninismus“.

<sup>225</sup> Vgl. Lenzen (2015), S. 5-12, 101-102: Interessenkonflikte in der ärztlichen Fortbildung am Beispiel des Kategorie D zertifizierten Fortbildungsangebots durch die Bayerischen Landesärztekammer.

<sup>226</sup> Vgl. Steger, Florian; Schochow, Maximilian: Traumatisierung durch Politisierte Medizin - Geschlossene Venerologische Stationen in der DDR. Berlin 2016, vgl. auch [www.aerzteblatt.de](http://www.aerzteblatt.de) : „NRW: Landesregierung will Pharmaversuche in Kinderheimen aufklären 27. Oktober 2016 (Stand: 29.12.2016).“

## **Literaturverzeichnis:**

- Akademien für ärztliche Fortbildung.* In: DÄ 50 (1978), S. 3020.
- Akademie Bad Nauheim: Zwanzig Jahre Fortbildung.* In: DÄ 16 (1991), A 1334.
- Alle Macht im Gesundheitswesen liegt beim Regionalverband.* In: DÄ 17 (1975), 1185-1187.
- Anordnung vom 10. Dezember 1954 über die Errichtung der Akademie für Sozialhygiene, Arbeitshygiene und ärztliche Fortbildung.* Zentralblatt der Deutschen Demokratischen Republik (1954), S. 605.
- Anordnung vom 21. Januar 1955 über die Ausbildung und staatliche Anerkennung der Fachärzte.* GBl. I 12 (1955), S. 105.
- Anordnung vom 13. Juli 1961 über die Umbildung der Akademie für Sozialhygiene, Arbeitshygiene und ärztliche Fortbildung.* GBl. III 22 (1961), S. 276.
- Anordnung vom 26. Juni 1963 über das Statut der Deutschen Akademie für Ärztliche Fortbildung.* GBl. II 62 (1963), S. 431.
- Anordnung vom 30. April 1970 über die Vereinigung der Deutschen Akademie für Ärztliche Fortbildung, des Instituts für Planung und Organisation des Gesundheitsschutzes und des Instituts für Sozialhygiene.* GBl. II 45 (1970), S. 327.
- Anordnung vom 15. Dezember 1971 über das Statut der Akademie für Ärztliche Fortbildung der Deutschen Demokratischen Republik.* GBl. II 7 (1972), S. 71.
- Anordnung über die Weiterbildung der Ärzte und Zahnärzte vom 23. Mai 1974.* GBl. I 30 (1974), S. 290.
- Anordnung über die obligatorische Fortbildung der Hochschulkader im Gesundheits- und Sozialwesen im Jahre 1975 vom 1. September 1974.* Verf. u. Mitt. d. Min. für Gesundheitswesen 17 (1974), S. 133-134.
- Anweisung zur obligatorischen Qualifizierung aller Ärzte auf epidemiologischem und hygienischem Gebiet.* Verf. u. Mitt. d. Min. f. Gesundheitswesen 8 (1963), S. 65.
- Anweisung zur obligatorischen peripheren Fortbildung (OF).* Verf. u. Mitt. d. Min. f. Gesundheitswesen 3 (1964), S. 12.
- Anweisung Nr. 7 über die obligatorische periphere Fortbildung der Ärzte, Zahnärzte und Apotheker im Jahre 1970 vom 24. Oktober 1969.* Verf. u. Mitt. d. Min. f. Gesundheitswesen 21/22 (1969), S. 139-140.
- Anweisung über die marxistisch-leninistische Weiterbildung der Ärzte und Zahnärzte in der Weiterbildung zum Facharzt/Fachzahnarzt und der Doktoranden der medizinischen Wissenschaft vom 14. Februar 1977.* Verf. u. Mitt. d. Min. für Gesundheitswesen 4 (1977), S. 38-39.
- Anweisung über die Fortbildung von Fachärzten/Fachzahnärzten zur Erhöhung der Einsatzfähigkeit bei Notfällen, Havarien und Katastrophen vom 21. Februar 1985.* Verf. u. Mitt. d. Min. f. Gesundheitswesen 2 (1985), S. 15-16.
- Anweisung zur Facharzt-/Fachzahnarztordnung vom 15. April 1986.* Verf. u. Mitt. d. Min. für Gesundheitswesen 4 (1986), S. 55.
- Anweisung über die marxistisch-leninistische Weiterbildung der Ärzte, Zahnärzte und Apotheker in der Weiterbildung zum Facharzt/Fachzahnarzt und Fachapotheker sowie der Doktoranden der Medizin vom 2. April 1987.* Verf. und Mitt. d. Min. f. Gesundheitswesen 4 (1987), S. 37.
- Anweisung vom 22. Oktober 1988 über das Statut der Akademie für Ärztliche Fortbildung der Deutschen Demokratischen Republik.* Verf. u. Mitt. des Min. f. Gesundheitswesen 8 (1988) S. 89.
- Arndt, Melanie: Die Entwicklung der Berliner Polikliniken und Ambulatorien 1948-1961. In: Lemke, M. (Hrsg.): Schaufenster der Systemkonkurrenz. Köln 2006, S. 247-268.
- Arnold, Michael; Schirmer, Bernd: Gesundheit für ein Deutschland. Köln (1990).

Atorf, Marcus: *Ärztliche Weiterbildung: Vergleich zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Deutschen Demokratischen Republik*. Diss. Gießen 1998.

Ärztliche Fortbildung. Unzutreffende Behauptungen. In: DÄ 12 (1971), S. 874-875.

*Ärztliche Fortbildung: Methoden der Selbstkontrolle. Köln: Jahrestagung des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung*. In: DÄ 6 (1973), S. 315-316.

BArch DQ 1/5794 Ständige Kommission für die medizinische Wissenschaft und Fragen des Gesundheitswesens beim Politbüro des ZK der SED (Ärztelkommission des Politbüros).

BArch DY 30/IV 1/VI/4 Protokoll des VI. Parteitages der SED“, Band IV, 1963, S. 365.

BArch DQ 103/12 Rostock, Schwerin, Neubrandenburg, Potsdam, Frankfurt, Cottbus, Magdeburg, Halle, Erfurt, Gera, Suhl, Dresden, Leipzig, K.-M.-Stadt, Berlin, Wismut.

BArch DQ 103/18 Bildungsinhalte, -formen und Methoden für die Weiterbildung.

BArch DQ 103/119 Aus- und Weiterbildung medizinischer Hochschulkader (1971).

BArch DQ 103/119 Systematische Weiterbildung der Hochschulkader im Gesundheitswesen der DDR, Stand 1973.

BArch DQ 103/119 Begriffsbestimmungen 12.10.1974 *Fortbildung = Weiterbildung*.

BArch DQ 103/20 Medizinisch-wissenschaftliche Gesellschaften(1972).

BArch DQ 103/20 Systematische Weiterbildung der Hochschulkader im Gesundheitswesen der DDR (1973).

BArch DQ 103/20 Akademie für Ärztliche Fortbildung – Leitungskaderqualifizierung (1973).

BArch DQ1/21901 Verfahrensregelung der Habilitation.

*Befehle der Sowjetischen Militäradministration in Deutschland zum Gesundheits- und Sozialwesen*. In: Veröffentlichungen des Koordinierungsrates der medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaften der DDR. Dokumentensammlung Volk und Gesundheit Schriftenreihe 2, Berlin 1976.

*Bekanntmachung des Beschlusses des Ministerrates vom 8. Juli 1954 über die weitere Entwicklung des Gesundheitsschutzes der Bevölkerung in der Deutschen Demokratischen Republik*. GBl. 62 (1954), S. 597.

Berger, Andreas: *Die Bundesärztekammer. Eine verfassungsrechtliche Studie zu Status, Organisation und Aufgaben*. Diss. Köln 2005.

*Beschluß des Ministerrats über die weitere Entwicklung des Gesundheitsschutzes der Bevölkerung in der Deutschen Demokratischen Republik*. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 16 (1954), S. 545-556.

*Beschluß des Politbüros des ZK der SED vom 16. September 1958* Dokumente der SED, Band VII. Berlin (Ost) (1961), S. 348-352.

Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 91 Abs. 7 SGB V zur Fortbildung der Fachärzte im Krankenhaus in der Sitzung vom 20. Dezember 2005. Die Vereinbarung tritt am 1. Januar 2006 in Kraft.

Blöchl, Wolfgang: *Ärztliche Fortbildung. Die Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen in der Zeit zwischen 1970 und 1990*. Diss. Gießen 1994.

Böthin, Elke: *Ärztliche Fortbildung in Deutschland – Pflicht und Freiwilligkeit*. ZEFQ 107 (2013), S. 327-334.

Böthin, Elke: *Ärztliche Fortbildung in Deutschland 1872-1945*. Sudhoffs Archiv 2 (2015), S. 145-165.

Bomberg, Karl-Heinz: *Zwangsbehandlung in der DDR. Traumatisierende gynäkologische Übergriffe*. DÄ, PP, 7 (2016), S. 331.

Bühler, Gero: *Medizinstudium und Studienreform in der SBZ und in der DDR (1945-1990)* Diss. Frankfurt a. M. 1999.

BGBI. 1961 I 1857.

BGBI 1976 I 3871 § 368 m Abs. 5 RVO gem. Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz vom 28.12.1976.

BGBI. 1990 II 893, Artikel 13(2) Gesetz zu dem Vertrag vom 31. August 1990 zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Deutschen Demokratischen Republik über die Herstellung der Einheit Deutschlands – Einigungsvertragsgesetz – und der Vereinbarung vom 18. September 1990.

BGBI. 2003 I 2212-2213 Veröffentlichung des GKV-Modernisierungsgesetzes – GMG „§ 95d Pflicht zur fachlichen Fortbildung“.

Bourmer, Horst: Übergeordnete Gedanken für die Zukunft der ärztlichen Fortbildung. In: DÄ 17 (1975), S. 1213-1217.

Burkart, G.: Regelmäßig zur Fortbildung. In: DÄ 48 (1984), A 3564.

Bruns, Florian: Die gesundheitliche Versorgung in der DDR aus Patientensicht: Eine Untersuchung von Eingaben an die SED. In: Gesundheitswesen 78 (2016), S. 285-289.

Dambeck, HU: Die ärztliche Fortbildung in der Deutschen Demokratischen Republik. In: Deutsches Gesundheitswesen 43/44 (1958), S. 1356.

Das neue Kassenarztrecht. Gesetz zur Weiterentwicklung des Kassenarztrechts seit dem 1. Januar 1977 in Kraft. In: DÄ 1 (1977), S. 14.

Deutscher Senat für ärztliche Fortbildung. In: ÄM 24 (1953), S. 711.

*Die Illusion vom allezeit herstellbaren Fortschritt. 30. Deutscher Kongress für ärztliche Fortbildung in Berlin.* In: DÄ 35 (1981), S. 1643-1644.

*Die ständige Weiterbildung der Hoch- und Fachschulkader in Wissenschaft und Praxis.* GBl. I 3 (1969), S. 5-19.

*Die vierte Legislaturperiode.* In: ÄM 43 (1961), S. 2429.

*Direktive des Ministeriums für Gesundheitswesen vom 11. März 1963.* Verf. u. Mitt. d. Min. f. Gesundheitswesen, Sonderdruck vom 30. März 1963.

*Dr. Elisabeth Schwarzhaupt – Bundesministerin für Gesundheit.* In: ÄM 43 (1961), S. 2431.

Domeinski, Heinz: Die Gründung der DDR – staatliche Voraussetzung für die Verwirklichung der Gesundheitspolitik der Arbeiterklasse. 40 Jahre SED –die Gesundheitspolitik der SED in der Übergangsperiode. Beiträge des Symposiums am 20. und 21. Mai 1986 in Berlin. Hrsg. Akademie für Ärztliche Fortbildung der Deutschen Demokratischen Republik Berlin 1987, S. 41-42.

*Effizienznachweis der ärztlichen Fortbildung. Unter Wahrung des Prinzips der Freiwilligkeit: Selbstüberprüfung des Wissensstandes ermöglichen. Deutscher Senat für ärztliche Fortbildung tagte.* In: DÄ 5 (1975), S. 239-242.

*Eine Experimentierphase beginnt. Bericht über Tagesordnungspunkt 3: Weiterentwicklung der ärztlichen Fortbildung.* In: DÄ 21 (1975), S. 1674-1679.

Eine „Gemeinsame Kommission“ aus Ärzteschaft und Pharmaindustrie. In: DÄ 48 (1986), A-3349.

*Entschließung zum Tagungsordnungspunkt II des 102. Deutschen Ärztetages.* In: DÄ 24 (1999), A-1654.

Erices, Rainer; Gumz, Antje: Das DDR-Gesundheitswesen in den 1980er Jahren: Ein Zustandsbild anhand von Stasi-Akten der Staatssicherheit. Gesundheitswesen 76 (2014), S. 73-78.

Erices, Rainer; Gumz, Antje: DDR-Gesundheitswesen. Die Versorgungslage war überaus kritisch. In: DÄ 9 (2014), A 348-350.

Ernst, Anna-Sabine: Die beste Prophylaxe ist der Sozialismus. Ärzte und medizinische Hochschullehrer in der SBZ/DDR 1945-1961, Münster 1997.

Film-Fortbildungsprogramm. In: DÄ 13 (1967), S. 694.

- Fortbildung – freiwillig und verpflichtend.* In: DÄ 24 (1978), S. 1410.
- Fortbildung ohne Zwang.* In: DÄ 15 (1984), A 1129.
- Fortbildungsmedium Fernsehen. Beispiel praxisnaher ärztlicher Fortbildung mit Eidophor Ciba-Geigy. In: DÄ 10 (1981), S. 473-475.
- Fortbildungsnachweis...eben keine Reglementierung.* In: DÄ 16 (1990), A 1221.
- Fortbildung: Zum Wohle der Kranken und Leidenden. Aus der Großen Senatssitzung des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung.* In: DÄ 10 (1965), S. 548.
- Fortbildung und Würstchenkocher.* In: DÄ 22 (1969), S. 1689.
- Friebel, Henning: 1989 – Das Gesundheitswesen der DDR – Ein unvollständiger Überblick. In: Ärzteblatt Sachsen-Anhalt 20 (2009) 5, S. 49.
- Fromm, Ernst: Bildet sich der deutsche Arzt genügend fort? In: DÄ 20 (1967), S. 1126-1132.
- Gastinger, Warmund: Ohne Feedback geht es nicht. Praktische Erfahrungen im Einsatz medizinischer Fortbildungsfilme. In: DÄ 40 (1977), S. 2368.
- Gaudillière, Jean-Paul; Thoms, Ulrike: Pharmaceutical firms and the construction of drug markets: From branding to scientific marketing. In: History and Technology 29 (2013), 105-115.
- Gerst, Thomas: Neuaufbau und Konsolidierung: Ärztliche Selbstverwaltung und Interessenvertretung in den drei Westzonen und der Bundesrepublik Deutschland 1945-1995. In: Jütte, Robert (Hrsg.): Geschichte der deutschen Ärzteschaft. Köln 1997, S. 195-242.
- Gerst, Thomas: Ärztliche Standesorganisation und Standespolitik in Deutschland 1945-1955, Stuttgart 2004.
- Gesetz über den Volkswirtschaftsplan, das erste Jahr des Fünfjahrplanes der Deutschen Demokratischen Republik vom 14. März 1951. Deutsches Gesundheitswesen. 6 (1951), Amtlicher Teil S. 25-27.
- Gesetz über die Berufsvertretungen und Berufsausübung der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker – Kammergesetz – vom 13. Juli 1990. Einrichtungen berufsständischer Selbstverwaltung.* GBl. 44 (1990), S. 711-712.
- Gesetz zur Modernisierung von gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV-Modernisierungsgesetz) trat am 1. Januar 2014 in Kraft. BGBl. I 55 vom 19. November 2003, S. 2212-2213.
- Herrmann, Ludwig: Der Ausbildungs- und Erziehungsprozeß des ärztlichen Nachwuchses. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 19 (1968), S. 1110-1105.
- Hess, Volker; Hottenrott, Laura; Steinkamp, Peter: Testen im Osten. DDR-Arzneimittelstudien im Auftrag westlicher Pharmaindustrie 1964-1990. Berlin-Brandenburg 2016.
- IGM-Archiv, B-033927: Die Interviews wurden im Zeitraum Januar bis September 2012 durchgeführt und sind archiviert mit Lebenslauf der Befragten in der Charité – Universitätsmedizin Berlin, Institut für Geschichte der Medizin.
- Jachertz, Norbert: Zum Nutzen des Patienten in Praxis und Krankenhaus. Jahrestagung des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung in Köln. In: DÄ 5, (1970), S. 389- 393.
- Jachertz, Norbert; Rieser Sabine: Ein kurzer Traum vom eigenen Weg. In: DÄ 5 (2010), A 184-187.
- Jachertz, Norbert: Psychiatrie in der DDR. In: DÄ 25 (2011), A 1414-1416.
- Kaempffer, Michael: Vielfältige Initiativen in der ärztlichen Fortbildung. In: DÄ 11 (1969), S. 721.
- Kassenarztrecht §§ 368-369 Reichsversicherungsordnung (RVO). In: DÄ 1 (1977), S. 43.
- Katzenmeier, Christian: „Verrechtlichung der Medizin“. In: Katzenmeier, Christian; Bergdolt, Klaus (Hrsg.): Das Bild des Arztes im 21. Jahrhundert. Berlin/ Heidelberg 2009.
- Keck, Alfred: 35 Jahre Deutsche Demokratische Republik – 35 Jahre erfolgreiche Gesundheitspolitik. In: Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung 19 (1984), S. 793.

*Keine Kontrolle, keine Kongresse im Ausland. Punkt II der Tagesordnung: Ärztliche Fortbildung.* In: DÄ 22 (1990), A 1786-1788.

Kerger, Hermann: Die ärztliche Fortbildung: Ziele, Organisation, Programmgestaltung und Modelle einer permanenten Fortbildung. Berlin 1986.

Krätzner, Anita: Zwischen „Störfreimachung“ und „Kampfauftrag“. Zur Situation an den Universitäten der DDR im Jahr 1961. In: Benjamin Schröder, Jochen Staadt (Hrsg.): Unter Hammer und Zirkel. Repression, Opposition und Widerstand an den Hochschulen der SBZ/DDR. Studien des Forschungsverbundes SED-Staat an der Freien Universität Berlin 16. Peter Lang Verlag, Frankfurt am Main u.a. 2011, S. 193.

Kowalczyk, Ilko-Sascha: Geist im Dienste der Macht. Hochschulpolitik in der SBZ/DDR 1945 bis 1961. Berlin 2003.

Lenzen, Laura Marianne: Interessenkonflikte in der ärztlichen Fortbildung. Untersuchungen am Beispiel des von der Bayerischen Landesärztekammer in der Kategorie D zertifizierten Fortbildungsangebotes. Diss. Köln 2015.

Leh, Almut: Zwischen Heimatschutz und Umweltbewegung. Die Professionalisierung des Naturschutzes in Nordrhein-Westfalen 1945-1975. Frankfurt am Main 2006.

Lerch, Wolf-Dieter: Kein schwerwiegender Missbrauch der Psychiatrie. Brandenburgische Untersuchungskommission. In: DÄ 22 (1997), A 1486-1487.

Leserbriefe. In: DÄ 23 (1999), A 1522-1524; DÄ 36 (1999), A 2178-2179, A 2182; DÄ 43 (1999), A 2702-2706.

Lippross, Otto: Firmenhilfen für die ärztliche Fortbildung. In: DÄ 37 (1980), S. 2177-2179.

*Manifest des Misstrauens. Die Bundesärztekammer warnt davor, eine Überwachungsbürokratie aufzubauen.* In: DÄ PP 5 (2003), S. 198.

*Medizinische Gesellschaften.* In: DÄ 51/52 (1984), S. 3800.

Mette, Alexander; Misgeld, Gerhard; Winter, Kurt: Der Arzt in der sozialistischen Gesellschaft. Berlin (Ost) 1958.

Mros, Bodo: Wissenschaftliche Institutionen des Ministeriums für Gesundheitswesen der DDR in Berlin-Lichtenberg. Akademie für Ärztliche Fortbildung. Schriftenreihe Medizin und Gesellschaft Interessengemeinschaft Medizin und Gesellschaft e.V., Berlin 2003, Veröff. Med. Ges. 44/45 (2003), S. 6-98.

Mros, Bodo; Jäschke, Günter: Die Akademie für Ärztliche Fortbildung der DDR. Ihr Werden, ihr Wirken und ihr Ende. Hochschule Ost 2 (1997), S. 80-86.

Müller, Klaus-Dieter: Zwischen Hippokrates und Lenin. Gespräche mit ost- und westdeutschen Ärzten über ihre Zeit in der SBZ und DDR. Köln 1994.

Müller, Klaus-Dieter: Die Ärzteschaft und der Aufbau des sozialistischen Gesundheitswesens. In: DÄ 21 (1997), A 1425.

Müller-Dietz, Waltraud; Weiterbildung und Fortbildung der Ärzte in der DDR. In: DÄ 26 (1973), S. 1757-1759.

Naser, Gerhard: Hausärzte in der DDR. Relikte des Kapitalismus oder Konkurrenz für die Polikliniken? Bergatreute 2000.

*Neue Satzung.* In: ÄM 31 (1955), S. 920.

Odenbach, Erwin: Die ärztliche Fortbildung – dem Fortschritt verpflichtet. Aus der Fortbildungsarbeit der Bundesärztekammer. In: DÄ 42 (1976), S. 2661-2665.

Odenbach, Erwin: Ärztliche Fortbildung. In: DÄ 24 (1979), S. 1643-1658.

Prokop, Heidrun: Zur Herausbildung einer einheitlichen Gewerkschaft Gesundheitswesen in der sowjetischen Besatzungszone (1945-1949). Diss. Berlin 1982.

Redetzky, Hermann: Bedeutung und Aufgaben ärztlicher Fortbildung. In: Deutsches Gesundheitswesen 38 (1961), S. 1785-1790.

*Regelung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Fortbildungsverpflichtung der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten nach § 95d SGB V.* In: DÄ 5 (2005), A 306-307.

Renker, K.: Grundsätze zur Organisation des Gesundheitsschutzes in der Deutschen Demokratischen Republik. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 8 (1961), S. 430.

*Richtlinie zur Durchführung des Perspektivplanes zur Entwicklung der medizinischen Wissenschaft und des Gesundheitswesens in der DDR vom 22.11.1960.* Verf. u. Mitt. d. Min. für Gesundheitswesen 12 (1960), S. 95.

Rohland, Lothar; Spaar, Horst: Die medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaften der DDR. Berlin 1973.

Satzung der Bundesärztekammer § 2 Absatz 1 und 2 (Stand: 2014).

Schagen, Udo; Schleiermacher, Sabine: Gesundheitswesen und Sicherung bei Krankheit. DDR 1949-1961. Im Zeichen des Aufbaus des Sozialismus. Bandherausgeber: Hoffmann D, Schwartz M. Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945 Bd. 8. Hg. vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung und dem Bundesarchiv. Baden-Baden 2004.

Schettler, Gerhard: Fortschritt und Fortbildung. In: DÄ 10 (1965), S. 549-552.

Schmincke, Werner: Rechenschaftsbericht der Deutschen Akademie für Ärztliche Fortbildung anlässlich der feierlichen Rektoratsübergabe am 18. Oktober 1967. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 24 (1967), S. 1317-1321.

Schmidt, Wolfgang: Die Stellung des Arztes in der pharmazeutischen Industrie. In: DÄ 44 (1965), S. 2395-2396.

Sitzung des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung am 16./17. Januar 1954 in Wiesbaden. ÄM 3 (1954), 70-72.

Spaar, Horst: Zur Rolle der Gesellschaftswissenschaften an der Akademie für Ärztliche Fortbildung der DDR – Geschichte, Funktion, Struktur und Ergebnisse. in: **Mros, Bodo**: Wissenschaftliche Institutionen des Ministeriums für Gesundheitswesen der DDR in Berlin-Lichtenberg. Akademie für Ärztliche Fortbildung. Schriftenreihe „Medizin und Gesellschaft“, Heft 44/45. Interessengemeinschaft Medizin und Gesellschaft e.V., Berlin 2003, Veröff. Med. Ges. 2003; 9: 6 (Heft 44/45), Seite 60-65.

Steger, Florian; Schochow, Maximilian: Traumatisierung durch Politisierte Medizin - Geschlossene Venerologische Stationen in der DDR. Berlin 2016.

Steidle, Luitpold: Die Aufgaben des neuen Ministeriums für Gesundheitswesen. In: Deutsches Gesundheitswesen 5 (1950), 1565-1566.

Steinbrück, P: Zur Facharztausbildung und den Aufgaben der Deutschen Akademie für Ärztliche Fortbildung. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 4 (1968), S. 236.

Stockhausen, Josef; Schiffbauer, Renate: „Ärztliche Fortbildung – Stand, Umfang und Wege“. In: DÄ 15 (1973), S. 985-988.

Süß, Sonja: Politisch mißbraucht? Psychiatrie und Staatssicherheit in der DDR. Berlin 1998.

Tätigkeitsbericht d. Arbeitsgemeinschaft d. Westdt. Ärztekammern 1952-1953, S. 15-17.

Tätigkeitsbericht d. Arbeitsgemeinschaft d. Westdt. Ärztekammern 1953/1954, S. 32.

Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer 1961/62. In: ÄM 25 (1962), S. 1388.

Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer 1964-1965, S. 38.

Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer 1967/68. In: DÄ (1968), S. 1390.

Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer 1969/70. In: DÄ (1970), S. 1781-1784.

Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer 1971/72. In: DÄ 23a (1972), S. 1571.

Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer 1972/73. S. 141-142.

Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer 1973/74. S. 60.

Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer 1974/75. S. 64-65.

- Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer 1975/76. S. 12-93.
- Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer 1977, S. 101-108.
- Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer 1978. S. 235.
- Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer 1979, S. 162-167.
- Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer 1980, S. 140-143.
- Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer 1989, S. 548.
- Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer 1990, S. 325-327, 593.
- Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer 1991, S. 305-309.
- Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer 1999/2000, S. 267.
- Taupitz, Jochen: Die Standesordnungen der freien Berufe Berlin, New York 1991.
- Taupitz, Jochen: Die Zukunft der ärztlichen Selbstverwaltung. In: MedR (1998), 1-7.
- Thom, Achim: Ideologische Positionen in den gesundheitspolitischen Auseinandersetzungen. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 4 (1974), S. 196.
- Thoms, Ulrike: Fachmann oder Buhmann? Der Pharmareferent als Marketinginstrument im 20. Jahrhundert. In: Zeitschrift für Unternehmensgeschichte 2 (2014), S. 196-219.
- Übernahme von Reisekosten durch Pharma-Veranstalter häufig nicht zulässig. Erster Tätigkeitsbericht der Gemeinsamen Kommission der Ärzteschaft und des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie. In: DÄ 40 (1988), A-2726.
- Umfassender Überblick über das Fortbildungsangebot. 82. Deutscher Ärztetag. Odenbach.* In: DÄ 22 (1979), S. 1494.
- Verfassung der Deutschen Demokratischen Republik vom 6. April 1968 (abgerufen zuletzt am 08.06.2017)
- Verfügung und Mitteilungen des Ministeriums für Gesundheitswesen 9 (1962), S. 99.
- Verordnung über die Sozialversicherung vom 26. April 1951.* GBl. I 49 (1951), S. 325.
- Verordnung über den Aufbau und die Arbeitsweise der staatlichen Organe der Bezirke bzw. Kreise vom 24.7.1952.* GBl. (1952), S. 621-623.
- Verordnung über die Sozialversicherung der Arbeiter und Angestellten vom 23. August 1956.* GBl. I 77 (1956), S. 681.
- Verordnungen vom 6. September 1956 über die Verleihung akademischer Grade.* GBl. I 1956, S. 745.
- Verordnung des Ministerrates der DDR vom 9. November 1967. Über die Registrierung von Vereinigungen.* GBl. 14 (1967), S. 84.
- Verordnung vom 25. Februar 1970 über die Aufgaben der Universitäten, wissenschaftlichen Hochschulen und wissenschaftlichen Einrichtungen mit Hochschulcharakter.* GBl. II 20 (1970), S. 189.
- Vertrauen in die eigene Kraft. Einweihung der Akademie für ärztliche Fortbildung der Landesärztekammer Hessen in Bad Nauheim.* In: DÄ 30 (1973), S. 1959-1963.
- Vogt, Gerhard: Die Fortbildung – eine der vornehmsten Berufspflichten. Fortbildungssenat der Bundesärztekammer prüft neue Wege. In: DÄ 5 (1966), S. 257-270.
- Vogt, Gerhard: Ärztliche Selbstverwaltung im Wandel. Köln 1998.
- Weber, Herrmann: Die DDR 1945-1990. 5. Auflage. Oldenburg 2012.
- Wehler, Hans-Ulrich: Deutsche Gesellschaftsgeschichte. Fünfter Band - Bundesrepublik und DDR 1949-1990. München 2008.
- Weil, Francesca: Zielgruppe Ärzteschaft. Ärzte als inoffizielle Mitarbeiter des Ministeriums für Staatssicherheit. Göttingen 2008.
- Weiter- und Fortbildung der im Gesundheits- und Sozialwesen tätigen Hochschulkader.* Verf. u. Mitt. d. Min. f. Gesundheitswesen I (1973), S. 2.

- Winter, Kurt: Leitartikel. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 1/2 (1950), S. 1-2.
- Winter, Kurt; Redetzky, Hermann; Marcusson, Erwin: Leitartikel. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 5/6 (1950), S. 113-115.
- Winter, Kurt: Leitartikel. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 21 (1952), S. 629-630.
- Winter, Kurt; Otto, H.: Zu einigen aktuellen Fragen der Gesundheitspolitik. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 11 (1960), S. 662.
- Winter, Kurt: Zu einigen Aufgaben der Deutschen Akademie für Ärztliche Fortbildung. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 24 (1967), S. 1324.
- Winter, Kurt; Miehle, Günter: Zum Wandel des Sozialverhaltens des Arztes in der DDR. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 16 (1970), S. 822.
- Winter, Kurt: An die Leser. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 1 (1972), S. 1.
- Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages: Fragen zur DDR-Verfassung im Vergleich zum Grundgesetz (29. April 2009), S. 1-28.
- Woelk, Wolfgang; Vögele, Jörg: Geschichte der Gesundheitspolitik in Deutschland. Berlin 2002.
- Wolf, Birgit: Sprache in der DDR. Ein Wörterbuch. Berlin/New York 2000.
- www.aerzteblatt.de : „NRW: Landesregierung will Pharmaversuche in Kinderheimen aufklären 27. Oktober 2016 (Stand: 29.12.2016).
- Zechmeister, Klaus: Medizinstudium und gesellschaftswissenschaftliche Ausbildung. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 9 (1960), S. 513-514.
- 20 Jahre Hessische Fortbildungsakademie: Ärzte mit und ohne Plakette.* In: DÄ 6 (1991), A 376.
- Zwölf Forderungen für die Fortbildung. Tagesordnungspunkt 1.* In: DÄ 20 (1989), A 1500-1511.

#### Abkürzungsverzeichnis:

ÄM	Ärztliche Mitteilungen
AfÄF	Akademie für Ärztliche Fortbildung
BArch	Bundesarchiv
BÄK	Bundesärztekammer
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BMJFFG	Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit
DÄ	Deutsches Ärzteblatt
DDR	Deutsche Demokratische Republik
FDGB	Freier Deutscher Gewerkschaftsbund
FRG	Federal Republic of Germany
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GBI.	Gesetzblatt der DDR
GDR	German Democratic Republic
GG	Grundgesetz
IGM-Archiv	Institut für Geschichte der Medizin Charité Berlin
IM-Akten	Akten zu einem inoffiziellen Mitarbeiter (IM) des Ministeriums für Staatssicherheit der DDR
OF	obligatorische periphere Fortbildung
SED	Sozialistische Einheitspartei Deutschlands
SBZ	Sowjetische Besatzungszone
SMAD	Sowjetische Militäradministration
ZEFQ	Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen
ZK	Zentralkomitee

Elke Böthin, Institut für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin, Charité  
 Universitätsmedizin Berlin, Thielallee 71, 14195 Berlin, eMail: Boethin@t-online.de

**„Ärztliche Fortbildung in Deutschland“**

Interviews (Zeitraum: Januar bis September 2012)

im Rahmen des Dissertationsprojektes

*„Entstehung und Regelung ärztlicher Fortbildung in Deutschland. Eine komparative Analyse des Zeitraums 1945-1990 unter Berücksichtigung der strukturellen Entwicklung standespolitischer Grundlagen.“*

**Betreuer:**

**Prof. Dr. med. Volker Hess**  
Institut für Geschichte der Medizin  
Charité Centrum 1 für Human- und Gesundheitswissenschaften (ZHGB)  
Universitätsmedizin Berlin /Campus Charité Mitte  
Ziegelstr. 5-9  
D- 10117 Berlin  
eMail: volker.hess@charite.de

**Bearbeitet von:**

Elke Böthin M.A.  
Kantstr. 59  
D-10627 Berlin  
eMail: Boethin@t-online.de

## **INTERVIEW: Ärztliches Fortbildungswesen in Deutschland**

**Interviewer: Elke Böthin M.A.**

**Interviewter:**

**Datum:**

Nach 1945 entwickelte sich das vormals gemeinsame Fortbildungswesen in zwei unterschiedlichen politischen Systemen. Im Westen des Landes war die ärztliche Selbstverwaltung die maßgebende berufspolitische Handlungsrichtlinie für die Ärzteschaft, im Osten dagegen wurde die ärztliche Berufsausübung staatlich organisiert.

Mit dem Beitritt der ehemaligen DDR am 3. Oktober 1990 zur Bundesrepublik stießen zwei unterschiedliche politische, gesellschaftliche und soziale Wirklichkeiten aufeinander. Ärztliche Selbstverwaltung mit föderalen Strukturen ersetzte ab sofort die Konstruktion eines zentralistischen Staatsgefüges. Ärztliche Fortbildung im Westen basierte bis zum 1. Januar 2004 auf einer „freiwilligen Pflicht“ eines Arztes zur Fortbildung. Im Osten gab es eine obligatorische Weiterbildungspflicht, nämlich zum Facharzt, sowie eine Fortbildungspflicht, die so genannte obligatorische periphere Fortbildung.

### **Fortbildungspflicht: Wettbewerbsvorteil oder unnötige Belastung?**

- 1) *Mit der Einführung der Fortbildungspflicht am 1. Januar 2004 für Kassenärzte und ab dem 1. Januar 2006 für Krankenhausärzte, innerhalb von fünf Jahren ein bestimmtes Kontingent an Fortbildungsmaßnahmen mit Nachweis absolvieren zu müssen, gab es in der Ärzteschaft offene Kritik Richtung staatlicher Reglementierung.*
  - a. Kassen- und Krankenhausärzte müssen Fortbildung mittels Punkteerwerb nachweisen, niedergelassene Ärzte mit Privatpraxen unterliegen dieser Fortbildungspflicht nicht. Wie beurteilen Sie die Sinnhaftigkeit dieser Differenzierung?
  - b. Kritiker sahen vor allem die Gefahr, dass der sich fortbildende Arzt geneigt wäre, das schnelle Punktesammeln in den Vordergrund zu stellen, und nicht die für ihn sinnvollen medizinisch-ärztlichen Inhalte. Sehen Sie in der bundesweiten Regelung einer Fortbildungspflicht durch den Gesetzgeber in Bezug auf das Fortbildungsverhalten für die von dieser Regelung betroffenen Ärzte Vorteile oder eher Nachteile?
  - c. Verfügt die fortbildungspflichtige Ärztegruppe über einen Wettbewerbsvorteil gegenüber den nicht unter diese Regelung fallenden Ärzten?
  - d. In der DDR wurde nach einer Ruhrepidemie ab 1964 die so genannte Obligatorische Periphere Fortbildung eingeführt. Wäre es sinnvoll, bestimmte Fortbildungsinhalte für jeden Arzt als verpflichtend festzulegen? (z.B. Notfallmaßnahmen, Pandemievorkehrungen)

### **Ärztliche Fortbildung auch als Medium sachfremder Interessenvertretung?**

2. *Ärztliche Fortbildungsinhalte wurden in der Geschichte der deutschen Ärzteschaft auch zu Manipulationszwecken genutzt, während des Nationalsozialismus zu Propagandazwecken für die menschenverachtende Rassenlehre. Nach 1949 bedeutete Ärztliche Fortbildung in der Selbstverwaltung im Westen ein großes Angebot an ärztlicher Fortbildung, vor allem auch von privaten Anbietern. In diesem „differenzierten Fortbildungssystem“ agierte die Pharmaindustrie einflussreich auf dem Fortbildungsmarkt mit dem Ziel, Ärzte an ein jeweiliges Arzneimittel zu binden. Im*

*Osten wurde Fortbildung ebenfalls benutzt, um für die Staatsideologie zu überzeugen. Der gesellschaftspolitische Bereich Marxismus/Leninismus hatte in der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung einen hohen Stellenwert.*

- a. Wie schätzen Sie die Beeinflussbarkeit eines fortbildungswilligen Arztes hinsichtlich der Vermarktung eines Produktes oder der Prägung auf eine Staatsideologie ein?
- b. Bietet ein „differenziertes Fortbildungssystem“ aufgrund des vielfältigen Angebots größere Nutzungsmöglichkeiten?

### **Zentral gelenkte ärztliche Fortbildung: ein Muster?**

- 3) *In der Geschichte der deutschen Ärzteschaft gab es mit dem Zentralkomitee für ärztliche Fortbildung in Preußen eine „semi-staatliche“ Einrichtung und mit der Kaiserin-Friedrich-Stiftung eine zentrale Institution, die mit organisatorischen Fragestellungen beauftragt war. In der DDR war eine vom Ministerium für Gesundheit als Leitinstitut beauftragte Akademie, die Akademie für ärztliche Fortbildung, für die Organisation und Durchführung der Fortbildungsprogramme und –veranstaltungen zuständig.*
  - a. Welche Vorteile verbinden Sie mit einer zentralen staatlich gelenkten Organisation ärztlicher Fortbildung“?
  - b. Gibt es Hinweise dafür, dass eine bundesweite Organisation, unabhängig davon ob sie staatlich oder unter ärztlicher Selbstverwaltung geführt wird, Fortbildung effektiver und strukturierter vollziehen kann?
  - c. Sehen Sie strukturelle Gemeinsamkeiten zwischen dem Zentralkomitee für ärztliche Fortbildung in Preußen bzw. der Kaiserin-Friedrich-Stiftung und der Akademie für ärztliche Fortbildung der DDR?

### **Fortbildung: Pflicht oder Freiwilligkeit?**

- 4) *In der Bundesrepublik wurde seitens der ärztlichen Selbstverwaltung das ärztliche Berufsethos als Motivation für ärztliche Fortbildung auf Basis der Freiwilligkeit herangezogen. In der DDR erfolgte ein staatliches Einfordern ärztlicher Fortbildung durch das Ministerium für Gesundheit mit seiner Leitinstitution, der Akademie für ärztliche Fortbildung, unter der Maxime der Arzt habe eine gesellschaftliche Verantwortung mit marxistisch-leninistischer Ausrichtung.*
  - a. Was sehen Sie als ein geeignetes Mittel für motivierende ärztliche Fortbildung an: Die gesellschaftliche Aufgabe, die ein Arzt zu erfüllen hat, indem er seinen Beitrag zur gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung leistet, oder eine an ein ärztliches Berufsethos geknüpfte Verpflichtung in Form einer Standes- bzw. Berufsordnung?
  - b. Wie oben erwähnt war nicht der gesamte Fortbildungsbereich in der DDR einer Nachweispflicht unterstellt. Lediglich der Bereich der Obligatorischen Peripheren Fortbildung war geregelt mit Pflicht- und Wahlthemen. Daneben setzte die DDR-Führung ebenfalls auf eine lebenslange berufsbegleitende Fortbildung auf Basis der Freiwilligkeit. Wie beurteilen Sie eine Kombination aus Pflicht und Freiwilligkeit, wie sie heute für die Kassen- und Krankenhausärzte besteht?

## **Die Bundesärztekammer eine zentrale Funktionseinheit?**

- 5) *Mit einer Nachweisverpflichtung für ärztliche Fortbildung tat sich die Ärzteschaft in der Bundesrepublik schwer. Die Bundesärztekammer hatte wiederholt auf Ärztetagen dazu angeregt, konnte sich aber nicht durchsetzen. Der 82. Deutsche Ärztetag 1979 in Nürnberg empfahl den Ärztekammern, die Ärzte zu motivieren, den Erfolg ärztlicher Fortbildung zu überprüfen. Staatliche Reglementierung oder gar Kontrollen ärztlicher Fortbildung wurden als ungeeignet erachtet. 1989 wurde auf dem 92. Ärztetag in Berlin die Diskussion um die Einführung einer quantifizierbaren Fortbildungs-Nachweispflicht erneut angestoßen. Der 93. Deutschen Ärztetag 1990 in Würzburg lehnte eine solche Überprüfbarkeit ab.*
- Welche Schlussfolgerung mit Bezug auf die Strukturierung und Organisation ärztlicher Fortbildung ziehen Sie bei einem Vergleich der Systeme: föderale pluralistische Selbstbestimmung und Selbstverwaltung contra zentrale Einheitsstruktur?
  - Welche Gründe könnte es dafür geben, dass die Bundesärztekammer sich mit ihrem Anliegen, die Teilnahme an ärztlicher Fortbildung kontrollierbarer zu machen, trotz mehrfacher Versuche nicht durchsetzen konnte?
  - Mit Blick auf die o.g. Versuche der Bundesärztekammer war die Maßnahme des Gesetzgebers, eine Fortbildungspflicht für eine Gruppe innerhalb der Ärzteschaft einzuführen, längst überfällig?

## **Bestehen strukturelle Gemeinsamkeiten ärztlicher Fortbildung?**

- 6) *In der DDR gab es 16 Bezirksakademien, die konkrete Fortbildungsaufgaben hatten und in den 1960er und 1970er Jahren gegründet worden waren. Die Landesärztekammern in der Bundesrepublik begannen in den 1970er Jahren, Akademien für ärztliche Fortbildung zu gründen.*
- Ließe sich ein systematischer Vergleich hinsichtlich der Konzeptionierung der Akademien in Ost und West herleiten?

## **Impulsgeber für Fortbildungsinhalte**

- 7) *Die Medizinisch-Wissenschaftlichen Gesellschaften haben sowohl in der DDR als auch in der Bundesrepublik inhaltliche Impulse für ärztliche Fortbildung gegeben sowie Veranstaltungen organisiert. Von einem Zeitzeugen wird die hohe Qualität der fachlichen Fortbildung in der DDR auf das Engagement der Medizinischen Gesellschaften zurückgeführt. Die Akademie für ärztliche Fortbildung hätte zudem inhaltlich vor allem auch die „politisch-ideologische Fortbildung“ zu verantworten gehabt.*
- Wer war für Sie der entscheidende Impulsgeber für die ärztlichen Fortbildungsinhalte in den jeweiligen Systemen?

## **Verknüpfung von Fortbildung und Weiterbildung sowie Forschungsaufgaben in der DDR. Eine sinnvolle Verbindung?**

- 8) *An der Akademie für ärztliche Fortbildung der DDR wurden 1971-1991 insgesamt 3850 Promotionen erfolgreich abgeschlossen. 1981 erfolgte die Einführung des postgradualen Studiums für naturwissenschaftliche und technische Hochschulkader sowie im Gesundheitswesen tätigen Psychologen und Soziologen.*

- a. Sind mit der Übernahme von universitären und akademischen Aufgaben durch die Akademie für Ärztliche Fortbildung der DDR Vor- oder Nachteile in Bezug auf ärztliche Fortbildung verbunden?
- b. Sehen Sie eine inhaltliche und organisatorische Zweckmäßigkeit in der Verknüpfung der Bereiche Weiterbildung und Fortbildung unter einem Dach?
- c. Heutzutage sind postgraduale Studiengänge eine von vielen Instituten angebotene Weiterbildungs- und Fortbildungsmöglichkeit. Wäre dieses Konzept der Akademie für ärztliche Fortbildung der DDR inzwischen auch interessant für die Fortbildungsakademien der Landesärztekammern?
- d. 1991 erfolgte die Abwicklung der Akademie von der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin. Gibt es Faktoren im System ärztlicher Fortbildung der DDR, die zu übernehmen sinnvoll gewesen wären?

### **Die ersten Jahre der Nachwendezeit**

- 9) *Auf dem 96. Deutschen Ärztetag in Dresden wurde mit dem „Fortbildungskonzept 1993 – Empfehlungen für ‚gute‘ ärztliche Fortbildung“ eine Neuorientierung der ärztlichen Fortbildungsarbeit eingeleitet. Ein Jahr später erfolgte auf dem 97. Deutschen Ärztetag in Köln der Beschluss des gesundheitspolitischen Grundlagenpapiers. Zur Qualitätssicherung der Fortbildung sollte neben der Selbstkontrolle des Fortbildungserfolges, auch die Überprüfung durch die Organe der ärztlichen Selbstverwaltung möglich sein. Entscheidend für die neue Fortbildungspolitik war die Bereitstellung durch die Bundesärztekammer von Normen für ärztliche Fortbildung, d.h. die Verabschiedung von Leitlinien und Lernzielkatalogen. Ein so genanntes „Freiwilliges Fortbildungszertifikat“ sollte ab 1999 zur Nachweispflicht anregen.*
  - a. Wie beurteilen Sie die Bedeutung des „Freiwilligen Fortbildungszertifikat“, das bis heute angeboten wird, für Qualitätssicherung?
  - b. Gibt es Anzeichen dafür, dass die Vertreter der fünf neuen Landesärztekammern Einfluss auf diese Entwicklung der ärztlichen Fortbildungspolitik ausgeübt haben?

### **Ärztliche Fortbildung und ein neuer Partner: der „informierte Patient“?**

- 10) *Der Patient ist heutzutage kompetenter und informierter. Abschließend betrachtet:*
  - a. Sehen Sie diesbezüglich auch eine Entwicklung in der Zielrichtung ärztlicher Fortbildung?

Vielen DANK!

# Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

## Publikationsverzeichnis

1. Böthin E. Ärztliche Fortbildung in Deutschland – Pflicht und Freiwilligkeit. Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFQ) 2013; 107:327-334.
2. Böthin E. Ärztliches Fortbildungswesen in Deutschland 1871-1945. Sudhoffs Archiv. Zeitschrift für Wissenschaftsgeschichte Band 99, Heft 2, 2015, Franz Steiner Verlag, Stuttgart, S. 145-165.
3. Böthin E. Strukturen ärztlicher Fortbildung im geteilten Deutschland 1949-1990 – eine Analyse zentralistischer staatlicher Ausrichtung und föderaler ärztlicher Selbstverwaltung. MedGG (accepted).
4. Böthin E. Medizinische Versorgung von Flüchtlingen – eine gesellschaftliche Verantwortung und ein ärztlicher Auftrag. Bonacker M., Geiger G. (Hrsg.): Menschenrechte und Medizin. Grundfragen der medizinischen Ethik. Verlag Barbara Budrich. November 2016, S. 261-282.

## Danksagung

Mein Dank gilt zunächst Prof. Dr. Volker Hess, der mit seiner Bereitschaft, mich als Doktorvater zu betreuen, die Umsetzung des Vorhabens überhaupt erst ermöglicht und mich mutig auf dem Weg mit diesem schwierigen und polarisierenden Thema begleitet hat.

Besonders möchte ich auch allen Experten aus Ost und West, die sich für ein Interview zur Verfügung gestellt hatten, sehr herzlich danken. Hervorzuheben wäre innerhalb der Gruppe der Experten vor allem Prof. Dr. Bodo Mros, der vorbehaltlos stets für meine Fragen zum besseren Verständnis des DDR-Gesundheitswesens ein offenes Ohr hatte. Auch möchte ich Dr. Paul Erwin Odenbach (†) danken, der mir als Promotionsthema ärztliche Fortbildung nahe gelegt hatte, jedoch leider nicht mehr erleben konnte, dass ich seinen Impuls tatsächlich umgesetzt habe.

Auch den freundlichen Mitarbeitern aus den Archiven – der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Kaiserin-Friedrich-Stiftung, dem Bundesarchiv und der Berliner Stadtbibliothek – sei an dieser Stelle herzlich gedankt.

Nicht zuletzt wäre ebenfalls meiner Familie zu danken, hier sei besonders meine Mutter genannt, die trotz meiner beruflichen Belastung nicht von diesem Unterfangen abgeraten und für die Entlastung der alltäglichen Dinge gesorgt hat.