

VERBESSERUNG DER ÄRZTLICHEN AUSBILDUNG - ODER: WIE KÖNNEN VORKLINIK UND KLINIK BESSER MITEINANDER VERKNÜPFT WERDEN

Heiner Busch, Münster

I. Problemdarstellung

Die Diskussion über die ärztliche Ausbildung in der BR Deutschland zeigt eine überraschend große Übereinstimmung in der Einschätzung der Mängel des bestehenden Ausbildungssystems bei allen an der ärztlichen Ausbildung beteiligten Seiten.

Kritikpunkte

- eine zu starke Ausrichtung des Medizinstudiums an Spezialdisziplinen innerhalb der Medizin - verstärkt und gefördert durch das unglückliche Prüfungsverfahren und das zentrale Prüfungsamt "IMPP", mit einer daraus resultierenden Demotivierung der Studierenden.
- eine von der Praxis entkoppelte und überladene Theorievermittlung, die zum Teil weit über das Ziel, den Basisarzt, hinausschießt und einen Mangel an Unterricht am Krankenbett beinhaltet. Die klassische Trennung von Vorklinik und Klinik konfrontiert den Studierenden darüber hinaus viel zu spät mit dem Kranken und verstärkt somit die Entkoppelung zwischen der Ausbildung und dem Ausbildungsziel.
- die Ungleichheit zwischen primärmedizinischer Ausbildung und naturwissenschaftlichen Stoffanteilen.
- die vom MC - Prüfungssystem erzwun-

gene, in weiten Teilen zu oberflächliche Aneignung von isoliertem Detailwissen aus zu umfangreichen Einzeldisziplinen (Stoffgebieten), anstelle einer kritischen Auseinandersetzung mit dem Ausbildungsstoff und einer Integration des jeweilig dazugelernten in das bereits vorhandene Wissen.

- der Kontaktverlust zwischen Studierenden und Lehrenden.

Trotz dieser großen Kongruenz in der Einschätzung der Situation kam man bis heute einer Lösung nicht näher.

Es ist vielmehr zu befürchten, daß sich die Ausbildungssituation in den nächsten Jahren weiterhin verschlechtern wird.

Grund hierfür ist einerseits das ständige Wachstum der Wissenschaft in allen Bereichen der Medizin - andererseits aber auch das dadurch bedingte Anschwellen des Ausbildungsstoffes. Seit 1900 hat diese Entwicklung zu einer Verdopplung der Prüfungsfächer geführt. In der Klinik hat sich die Zahl der Prüfungsfächer sogar verdreifacht.

Es ist somit an der Zeit, grundsätzlich über die Ausbildung an den bundesdeutschen Fakultäten nachzudenken.

Die angeführten Probleme scheinen nur lösbar zu sein, wenn von dem Prinzip,

daß alle Studenten alle Fächer wie bisher in gleicher Weise zu lernen haben, Abstand genommen wird. Eine Beibehaltung würde zwangsläufig, bei einer nicht wesentlichen Verlängerung des Hochschulstudiums, zu einer weiteren Verringerung der Lehr- und Lernintensität pro Fach führen müssen.

II. Reformmodell

Meine Vorstellungen über eine mögliche Strukturreform des Medizinstudiums decken sich zum großen Teil mit dem Vorschlag der Gesundheitsminister der Länder Bremen, Hamburg, Hessen, NRW und Saarland.

Aufgrund der Tatsache, daß das Thema einer derartig ausgiebigen Reform des Medizinstudiums noch nicht abschließend innerhalb der Medizinstudentenschaft diskutiert worden ist, kann ich an dieser Stelle nicht die Meinung der Studentenschaft als Ganzes wiedergeben. Ich habe mich jedoch bemüht, den aktuellen Diskussionstand an entsprechenden Stellen zu berücksichtigen.

Um die Frage nach den Möglichkeiten einer stärkeren Verknüpfung des vorkl. und klin. Studienabschnittes zu beantworten, ist es notwendig, sich das gesamte Medizinstudium anzusehen.

Die heute gültige AO schreibt für den klin. Studienabschnitt bis zum PJ 780 Pflichtstunden für Praktika und Kurse als Mindestzahl fest. Durch die rasanten Entwicklung auf dem Gebiet der Medizin müssen heute bereits innerhalb dieses Zeitraums 24 Kurse durchgeführt werden.

Hieraus ergibt sich, daß pro Kurs im

Durchschnitt nur 32,5 Stunden zur Verfügung stehen, was einer Veranstaltung von 2,3 Stunden über ein Semester entspricht.

Kommen, wie es die 5.AO vorsieht, noch weitere Fächer hinzu, wird sich diese heute schon knapp bemessene Ausbildungszeit noch weiter verringern.

Aufgrund dieser Situation kommen die Gesundheitsminister der oben genannten Länder zu dem Schluß, daß eine grundlegende Verbesserung des Lehr- und Lernerfolges nur durch das Prinzip des exemplarischen intensiven Lernens in der med. Ausbildung erreicht werden kann.

Diese Schlußfolgerung kann ich voll unterstützen.

In Anbetracht der immer schwieriger werdenden Arbeitsmarktsituation ist darüber hinaus eine stärkere Motivierung des Studierenden für eine spätere Tätigkeit in der Primärmedizin notwendig.

Die hierzu erforderlichen Grundlagen müssen jedoch bereits in der Vorklinik gelegt werden.

Ein neuorganisiertes Medizinstudium sollte es dem Studenten darüber hinaus ermöglichen, auf der Grundlage einer gemeinsamen, für alle verbindlichen, klinischen Grundausbildung, Schwerpunkte in seiner eigenen Ausbildung zu wählen. Allein aufgrund der Schwerpunktsetzung würde in der Mehrzahl der Institute und Kliniken schon eine erhebliche Verbesserung der Dozent-Student-Relation erreicht und somit einer Entfremdung zwischen Lehrenden und Lernenden entgegengewirkt.

Die frühzeitige Schwerpunktsetzung ist nicht mit einer Vorverlegung einer etwaigen Spezialisierung gleichzusetzen. Auf einer breiten klinischen Qualifikation soll aber eine intensivere, wissenschafts- und praxisbezogene Ausbildung in den gewählten Schwerpunkten ermöglicht werden.

Ziele des neuen Ausbildungskonzeptes

- eine Anhebung des wissenschaftl. Niveaus der ärztl. Ausbildung
- eine Verstärkung des Praxisbezugs:
 - a) durch eine Vorverlegung des Patientenkontaktes in die Vorklinik, sowie durch intensivere Teilnahme an der Krankenversorgung während der kl. Ausbildung. Dieses ist vor allem durch die Einbeziehung außeruniversitärer Krankenhäuser zu gewährleisten (b).
- eine Verbesserung der Möglichkeiten zum Erlernen der erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten für eine Tätigkeit in der Primärversorgung in der "Vorklinik" als auch innerhalb des klin. Studienabschnittes.

Es wird angestrebt, am Ende eines 6 - 7 jährigen Hochschulstudiums einen Arzt zu entlassen, dessen Approbation den Zugang zu den verschiedenen Weiterbildungsgängen ermöglicht oder aber den Zugang zur kassenärztlichen Primärversorgung eröffnet.

Ohne eine gründliche Neugestaltung des Curriculums sind diese Ziele nicht zu erreichen.

A VORKLINIK

1) Voraussetzungen des neuen Ausbil-

dungskonzeptes im vorkl. Studienabschnitt

Ohne Zweifel bedarf es auch einer Änderung der Zulassungsvoraussetzungen zum ersten vorkl. Fachsemester.

Da nur durch die Herausnahme der drei nichtmedizinischen naturwissenschaftlichen Fächer Physik, Biologie und Chemie aus dem Pflichtveranstaltungs- und Prüfungskatalog eine Orientierung der Studierenden an med. Grundlagen bereits zu Beginn des Studiums ermöglicht wird, bedarf es, um die zum Teil erheblichen Differenzen in den Vorkenntnissen der Studienanfänger in diesen Fächern auszugleichen, Vorbereitungskurse für diejenigen Bewerber, die im Rahmen einer Überprüfungs-klausur ein nur unzureichendes Grundlagenwissen in diesen Stoffgebieten nachwiesen.

Diese Überprüfungs-klausuren sind schriftlich in Form des Antwortwahlverfahrens durchzuführen, wobei der entsprechende Fragepool des jeweiligen Faches zu veröffentlichen ist.

Prinzipiell bleibt es dem Bewerber überlassen, wo und in welcher Form er die notwendigen Kenntnisse erwirbt.

Der Schweregrad der Klausuren orientiert sich an dem Lehrplan der gymnasialen Oberstufe (Leistungskurs) des betreffenden Faches.

2) Curriculum

Unter Berücksichtigung der heute gültigen AO, die für den vorkl. Studienabschnitt eine Gesamtstundenzahl von 492 Stunden vorschreibt und unter Berücksichtigung der Tatsache, daß das

gesamte Lehrangebot des vorkl. Studienabschnitts an den meisten med. Fakultäten heute bereits zwischen 1200 und 1400 Std. liegen dürfte, wäre für die reformierte Vorklinik ein etwa derartiges Curriculum anzustreben:

1. Semester: Berufsfelderkundung zur Einführung in die Medizin
48 Std. SWS 4

Im Rahmen des Kurses der Med. Soziologie A besuchen die Studenten Einrichtungen der stationären und ambulanten Krankenversorgung, des öffentl Gesundheitswesens, Reha-Zentren, etc. In Begleitseminaren werden die Hospitationen vor- und nachbereitet.

- Dieser Bezug zur späteren ärztl. Tätigkeit läßt sich auch heute schon im bestehenden Ausbildungssystem unschwer verwirklichen !

Weitere Fächer des ersten Semesters wären:

Kurs der Med. Soziologie B
12 Std. SWS 2

Kurs der Med. Terminologie
12 Std. SWS 1

sowie eine Orientierungseinheit für Studienanfänger zum Beginn des Semesters als Blockveranstaltung 56 Std.

2. Semester: Patientenbezogene Propädeutik
56 Std. SWS 4

Dieser Kurs findet im Rahmen der Med. Psychologie A statt. Er sollte in Kleingruppen organisiert mit Patientenbegegnung besonders die psychosozialen Aspekte in der ärztl. Primärtätigkeit zum Gegenstand haben. Auch diese Vorverlegung des Patientenkon-

taktes ist leicht schon heute zu realisieren und wird an einigen Fakultäten, wenn auch in verschiedenem Umfang bereits praktiziert.

Weitere Fächer des zweiten Semesters wären:

Kurs der Med. Psychologie B
28 Std. SWS 2

Kurs der mikroskopischen Anatomie
56 Std. SWS 4

3. Semester: Med. Primärversorgung I
84 Std. SWS 6

Kurs über exemplarische Aufgaben der primär - med. Versorgung einschl. der erforderlichen Grundkenntnisse in der Untersuchungstechnik.

Schwerpunkt: z.B. Innere / Chirurgie
Hier würde zumindest in dem Kaku-Abschnitt des Kurses der Bezug zur Anatomie, Physiologie und Biochemie des Menschen hergestellt werden, zu Fächern also, die die Studierenden im gleichen Semester ebenfalls zu erlernen haben.

Die weiteren Fächer des dritten Semesters wären demnach:

Kurs der makroskopischen Anatomie
112 Std. SWS 8

Prak. der Physiologie bzw. Biochemie
98 Std. SWS 7

4. Semester: Med. Primärversorgung II
84 Std. SWS 6

Sowie die Fächer:

Kurs der Biomathematik
28 Std. SWS 2

Prak. der Physiologie bzw. Biochemie
98 Std. SWS 7

Das Kontingent der Pflichtstunden läge damit bei 784 Stunden, die fakultati-

ven Lehrveranstaltungen würden in vollem Umfang wie bisher von den Universitäten angeboten.

3) Prüfungsverfahren

Wie bislang sollte die reformierte Vorklinik nach dem 4. Semester mit dem Physikum abschließen.

Die heute durchgeführten MC-Prüfungen durch das "IMPP" werden für die Fächer Physiologie und Biochemie beibehalten, wobei jedoch der Fragepool in Form von sog. blueprints zu veröffentlichen ist. §14 (3) der heute gültigen AO ermöglicht eine derartige Veröffentlichung schon jetzt, das BMJFG würde sie sogar begrüßen (Frau Schleicher 10/85). In den übrigen Fächern werden die MC-Fragen durch mündl./praktische Prüfungen ersetzt.

B KLINIK

Für die Klinik ist es für die Verwirklichung des neuen Ausbildungskonzepts notwendig, die verschiedenen Fächer in Pflicht- und Wahlpflichtfächer einzuteilen.

1) Pflichtfächer

- a) Pathologie (91 Std.)
 - b) Pharmakologie (91 Std.)
 - c) Pathophysiologie u. -biochemie (182 Std.)
 - d) Klinische Diagnostik u. KAKU (273 Std.)
 - e) Kurs der Notfälle u. der 1. Hilfe (91 Std.)
 - f) Innere Medizin (182 Std.)
 - g) Chirurgie (182 Std.)
- c - e sind als interdisziplinäre Veranstaltungen unter Beteiligung der

Fachkliniken und Spezialdisziplinen durchzuführen.

2) Wahlpflichtfächer

- Grp 1: Dermatologie, Urologie, Augenheilkunde, HNO, Anaesthesiologie, Neurologie
- Grp 2: Allg. Med., Kinder, Frauen, Geriatrie, Sportmedizin
- Grp 3: Radiologie, Radiotherapie, Humangenetik, Mikrobiologie, klinische Chemie, physikal. Therapie
- Grp 4: Arbeitsmed., Hygiene, Biomathe, Rechtsmed., Sozialmed.
- Grp 5: Psychiatrie, Psychosom./-therapie, Med. Soziologie, Med. Psychologie, Sexualmed.

Jedes Wahlpflichtfach bietet ein Unterrichtsprogramm von 182 Std. (13SWS) an.

3) Durchführung und Stundenplanorganisation

Die Ausbildung wäre so zu organisieren, daß der Student entweder kontinuierlich halbtags auf der Station bzw. in den Routinebetrieb der sonstigen Einrichtungen einbezogen werden kann oder so zu verblocken, daß längere Aufenthalte während des Semesters auf einer Station oder in den anderen Einrichtungen möglich wird. Dies ist besonders im Hinblick auf die Einbeziehung außeruniversitärer Krankenhäuser eine unabdingbare Voraussetzung.

Für den Studierenden ergibt sich die Verpflichtung, neben den Pflichtfächern je zwei Fächer aus drei der o.g. Gruppen als Wahlpflichtfächer zu wählen.

Insgesamt würde es bei der Festschreibung dieses Ausbildungsvolumens zu einer Gesamtbelastung von 2.184 Std. pro Student während der klin. Ausbildung kommen.

Bei einem durchschnittlichen Theorie/Praxis - Verhältnis von ca. 2/3 resultiert eine fast 100%ige Steigerung des praktischen Ausbildungsvolumens im Vergleich zur heutigen Ausbildung.

4) Prüfungen und Praxisphase

Die Einteilung in den alten ersten und zweiten klinischen Studienabschnitt entfällt, stattdessen schließt der neue erste klinische Studienabschnitt nach dem 10. Fachsemester mit dem Nachweis der in mündl. / praktischen Prüfungen erlangten Leistungsnachweise der einzelnen Fächer ab.

Da durch die Ausbildungsreform das klassische PJ keine Daseinsberechtigung mehr haben würde, wäre der neue zweite klinische Abschnitt als „AiP“ im Rechtsstatus eines Studenten zu definieren.

Am Ende dieses Studienabschnittes soll eine mündl./praktische Abschlußprüfung stehen, die zum Erwerb der Approbation berechtigt und den Zugang zur kassenärztlichen Primärversorgung oder einer Weiterbildung eröffnet.

cand. med. Heiner Busch
Hittorfstr. 1, D 4400 Münster