

MEDIZINISCHE AUSBILDUNG



Forum zur Erforschung der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung

Mitteilungsblatt der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung
(Deutsche Sektion der Association for Medical Education in Europe)

6/1

September 89



MEDIZINISCHE AUSBILDUNG

INHALT

| | | |
|--------------------------------------|---|----------|
| Herausgeber und Schriftleiter | Vorwort | I |
| Prof. Dr. D. Habeck | G. Ström: Reflections on scientific thinking in Medical Education | 2 |
| Domagkstr. 3 | R. Sikorski und Z. Kleinrok: Medical Education, the needs of today and tomorrow | 4 |
| D-4400 Münster i. W. | B. Luban-Plozza: 20 Jahre Studenten-Balint-Gruppen: Eine neue Trainingsmethode | 10 |
| Redaktion | H. Dohn and J. Nystrup: Teacher notion on clinical teaching determines the teaching-learning process | 21 |
| Prof. Dr. K. Hinrichsen, Bochum | R. Lohölter: "Studentenschwemme - Ärzteschwemme": Zur Überfüllungskrise in der Medizin: Ein Beitrag zur Problemgeschichte | 26 |
| Dr. R. Lohölter, Frankfurt | U. Schagen: Mögliche Veränderung der Studienanfängerzahlen in der Medizin | 34 |
| Prof. Dr. H. E. Renschler, Bonn | D. Habeck: Erster Entwurf für ein Medizinstudium mit fünfjährigem Curriculum und 5500 Unterrichtsstunden | 37 |
| Prof. Dr. K. Schimmelpfennig, Berlin | Veröffentlichungen | |
| Prof. Dr. R. Toellner, Münster | R. Lohölter: Neuerscheinungen (Teil 3) | 46 |
| Wissenschaftlicher Beirat | Mitteilungen | 50 |
| Prof. Dr. F. Anschütz, Darmstadt | Ausschreibungen | 50 |
| Dr. F. C. Bleys, Utrecht | Bild(ung) und Medizin | |
| Prof. Dr. E. Doppelfeld, Köln | U. Wiesing: Der Forscher, Bürger und Lehrer Rudolf Virchow (1821-1902) | 52 |
| Prof. Dr. W. Hardegg, Heidelberg | | |
| Prof. Dr. H. Heimpel, Ulm | | |
| Dr. J. D. Hoppe, Düren | | |
| Prof. Dr. J. F. d'Ivernois, Paris | | |
| Prof. Dr. F. Kemper, Münster | | |
| Dr. M. Lischka, Wien | | |
| Prof. Dr. J. Moll, Rotterdam | | |
| Prof. Dr. H. Pauli, Bern | | |
| Prof. Dr. G. Schmidt, Göttingen | | |
| Dr. J. F. Steiger, Bern | | |
| Prof. Dr. G. Ström, Uppsala | | |
| Prof. Dr. H. J. Walton, Edinburgh | | |

Der Druck dieses Heftes wurde freundlicherweise durch Mittel der Hans-Neuffer-Stiftung ermöglicht

Medizinische Ausbildung erscheint zunächst in zwangloser Reihenfolge. Manuskripte sind in zweifacher Ausfertigung abdruckfertig in 1 1/2 zeiligem Schriftsatz mit einer Zeilenlänge von 10 cm an die Schriftleitung einzusenden, einschließlich einer Zusammenfassung sowie englischen Übersetzung des Titels und der Zusammenfassung. Für den Verlust eingesandter Manuskripte wird keine Haftung übernommen. - Alle Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Nachdruck und jegliche Art von Vervielfältigung (auch auszugsweise) ist nur mit schriftlicher Genehmigung und ausführlicher Quellenangabe zulässig. Mit Verfassernamen veröffentlichte Beiträge decken sich nicht unbedingt mit der Meinung der Redaktion. Preis pro Heft 6 DM. Mitglieder der Gesellschaft erhalten Medizinische Ausbildung kostenfrei. Postgirokonto: Prof. Dr. Habeck - Sonderkonto Medizinausbildung - Münster, Konto-Nr. 256825-464, Postgiroamt Dortmund.

centre be used as an application? Once scientific thinking, as an important part of medical education, is taken seriously, and not for granted, these questions arise and have to be discussed and tried out.

In my reflections, it is assumed that both preclinical (basic) medical disciplines and clinical ones (including technical, behavioural, social and other scientific additions) can and wish to contribute to all aspects of medical education, also scientific thinking and personal development. Let us then ask in what way the basic disciplines can and do contribute. Is their teaching and their atmosphere as deep, varied, continuous and personal as is necessary, and are students motivated? Can students use the type of scientific thinking which they have developed during education in basic disciplines for application in later years when they study clinical disciplines or practice as physicians? Do students mainly learn the methods of science (such as experimental ones, statistics, computers, logics etc) or do they also get opportunities to apply these methods? Often it seems that students learn much and apply little, and therefore forget.

It is certainly the ambition of teachers in basic disciplines to transmit scientific thinking and scientific interest to their students. The scientific idea is the main theory of medicine. It is generally recognised that rational and humane health care needs a cognitive basis of both knowledge and intellectual skills. But how does it function in reality?

It is certainly also the ambition of teachers in clinical disciplines to use a scientific basis in health care and to contribute to their students' development in all the needed ways. But the question can be asked if scientific thinking has developed in the students during their basic studies, and if it is necessary or fruitful? To what degree do clinical

teachers use scientific thinking and models from basic disciplines when they teach their students bedside?

There are a number of knowledge and skills areas which may be of special interest for cognitive development and scientific thinking. The theory and history of science, logics and ethics, the handling of facts (biomathematics, statistics, computer science), oral and written presentation and communication technique, language skill, research methods and models (the controlled clinical trial, analysis of errors, evaluation of technology, quality assurance, health care policy and economics, etc) can be mentioned.

There are also a number of faculty actions that could be of value if scientific thinking were to be given a high priority. To formulate goals/objectives, to choose suitable text books (type and language) and other study materials, to provide continuity of study (discipline and teacher) and a scientific and stimulating atmosphere in departments, to train analysis and application of knowledge (not only memorising), observation skills, evaluation, creativity and renewal, treatment of data/information, communication skills, problem solving and clinical judgement, and train risk evaluation and quality assessment, etc, may be some useful actions.

In the wholeness of medical education there must of course be balance, relevance, integration, quality and a realistic adaptation to level of resources. But even if professional competence takes the dominating place in the goals and contents, the other main parts also need systematic planning and consideration. And at the end, evaluation.

Prof. Dr. Gunnar Ström
Department of Clinical Physiology
University Hospital
S 751 85 Uppsala

MEDICAL EDUCATION: THE NEEDS FOR TODAY AND TOMORROW

Radzislaw Sikorski and Zdzislaw Kleinrok, Lublin

Preliminary remarks by the editor

Due to the initiative of Professor R. Sikorski an international symposium on "Medical Education: New Trends for the Future" took place in Kazimierz Dolny (Poland) on April, 23 - 25, 1989. This symposium was sponsored by the Ministry of Health and Social Welfare and the Academy of Medicine in Lublin. Prof. Sikorski successfully brought together the presidents and most members of the executive committees of AMDE (Association of Medical Deans in Europe) and AMEE (Association for Medical Education in Europe), officials of other countries and represents of all Medical Academies in Poland, too. The scientific programme of the first day consisted of the following lectures: A. Oriol-Bosch (Barcelona/E): The Declaration of Edinburgh - Report of the World Conference on Medical Education, G. Ström (Uppsala/S): The Lisbon Initiative, A.H.G. Love (Belfast/IRL): Association of Medical Deans in Europe, J.-P. Menu (WHO, Copenhagen/DK): Physician for the XXI Century, W. Tysarowski (Warsaw/PL): Scientific Basis of Medical Education Reform, W. Lammers (Groningen/NL): The Role of Medical School in Support of "Health for All", J. Mares (Prague/CSR): Innovation of Teaching on Medical Faculties in Czechoslovakia, B. Berkada (Istanbul/TR): Medical Education for Primary Health Care, M. Garcia-Barbero (Alicante/E): Need for Change in Strategies in Medical School, P. Uzunow (Sofia/BG): Medical Education in Bulgaria, K. Kothe (Berlin/DDR): Medical Education in German Democratic Republic, D. Habeck (Münster/D): The System of Medical Education in Federal Republic of Germany. - The discussion of the next day was introduced by the following lecture of Prof. R. Sikorski and Prof. Z. Kleinrok. Finally a Polish Section of AMDE was established and Prof. Sikorski had been elected as the Head of this section.

The meetings of the prorectors in charge of education and didactics and the Deans of Medical Faculties from all the medical high schools in Poland are scarce. The present Symposium seems to be the first international meeting devoted to the problems of medical education organized in the post-war history in Poland. It constitutes a unique event in the history of Polish medical faculties as it was able to gather so prominent participants from many countries.

The introductory remarks of the II Plenary Session that we would like to present here follow the lectures and reports already presented by the distinguished specialists in the field of medical education who represent the executive committees of the two international organisations: AMDE and AMEE as well as the European Regional Office of WHO, the latter being an organisation showing an active interest in the reorientation of medical education in accordance with "Health for All" strategy of WHO.

In the following presentation we would like to

discuss the selected problems related to so called fourth educational stage eg. according to Edinburgh Declaration, the institutional stage which as a matter of fact is the most important one in the educational processes due to its many references to the country's educational policy.

The health needs of all the communities keep changing due to certain demographic variations such as the population's age distribution, the birth rate, the expected duration of human life. The population of old people grows and the average family size decreases. The familiar ties get weaker so that the grand-parents and single persons remain somehow in the isolation. Even the dominating nowadays model of "nucleus-like family" becomes less stable. The divorces and multiple marriages are observed with growing frequency.

The way people live and work influence their health needs. Many societies become multicultural. The number of people who live and work in the rural areas decreases while urban populations grow. In many regions the differentiation of the inhabitants' living standard rises, especially between rural and

urban areas. The transportation facilities have increased the mobility of the communities. Unemployment has become in many countries a common social problem. There increases a contribution of sports and entertainment to the free-time patterns of modern people. The children and young people have acquired greater personal autonomy although on the other hand they are being more constrained by the ubiquitous competition stress. The birth regulation becomes a behaviour of customs. A social standing of a woman has substantially changed with a part-time employment becoming an option.

The people are, speaking in general terms, better educated. This concerns also the medical knowledge. The changing disposition of mind alters the social mode of thinking. With increasing concern people care about the quality of their environment and make efforts to reduce its pollution themselves preferring the biodynamic food.

The conventional medicine with its technology is being criticized. A tendency appears towards an individual choice of the health care services as well as their control by a patient. Most people apply for an individual health care. The health care system itself undergoes profound changes. The quality of out-patient care increases and the technical equipment involved improves. In many countries, the improved qualifications and equipment of the health care teams result in people's less frequently seeking hospital treatment. Consequently, the number of general practitioners increases.

The morbidity patterns, as well, undergo the substantial changes. The chronic diseases dominate and the impact of age, life style, working conditions and the environment on their morbidity patterns becomes more visible. In some countries, the increasing number of patients choose their home as a place to die in. The perinatal, pediatric, geriatric and psychiatric care, formerly available exclusively in the hospital, are nowadays available at home.

The hospital services have become highly technicized and specialized. The patient-physician relationship becomes impersonal. This seems to be a consequence of a complexity of diagnostic and therapeutic procedures, the increasing costs of hospital treatment and the growing effectivity requirements. A visibly growing social interest is directed towards such medical disciplines as

epidemiology, prophylaxis and early diagnosis. The dramatically increasing costs of hospital treatment place a shadow on all these phenomena. Hence, more of the health care services are being transferred to the out-patient centers what leads in consequence to the growing qualitative requirements respecting the ambulatory health care. Due to all these considerations, the medical education becomes more receptive to the social needs. For this reason, the educational programmes, methods and targets become the subjects of interest for the general society.

Kryst and Wojtczak have recently stated that the general task of the polish health care system is to assure every citizen a reasonable level of health care rather than to secure the selected community groups in the best health services available ("Undergraduate Medical Teaching in the Light of the Health for All Strategy", 1988).

The health care models realized at present in most of the developing countries have their roots in the era of acute infectious diseases. However, one should keep in mind not only health care measures themselves contributed to overcoming the epidemic diseases and other acute illnesses of the past centuries. An important role was also played by such factors as the improved living standard, safer working conditions, better nutrition and the introduction of vaccination prophylaxis.

A rapid development of the medical sciences often leads to the fascination with the achievements of biomedical technology. This fascination doesn't help to understand the truth saying that only multidisciplinary knowledge of social sciences may lead to the effective application of biotechnology in the medical practise (Kryst and Wojtczak, 1988). The above cited report concludes: "the health situation in Poland is not satisfactory (...). The neonatal mortality rate remains three times higher than the lowest responding rates noted recently in Europe. Moreover, the mortality rates of children and young people place Poland among the countries with the highest figures. In the last few decades, the mortality rate characterizing Polish population of production age (35-64 years) has been one of the highest in Europe. The major causes of these alarming figures are the circulatory system diseases and neoplastic diseases (especially lung carcinoma) (...). The problem of infectious diseases

has not yet been overcome: mass influenza epidemics occur; the prevalence of virus hepatitis and children diarrhoea remain much higher compared with the other countries; HIV infections and AIDS cases increase; the alimentary tract intoxications, shigella and salmonella still constitute considerable health hazards.

The number of handicapped people in Poland has reached 3 millions and many of these cases are related to the congenital malformations, perinatal traumas, accidents and related injuries. A large number of these crippled conditions had their causes in the infancy and childhood."

These health problems have important social references so that the society's health remains in many interrelationships with every field of human activity.

Without the properly educated, skilled and orientated health personnel and without complex and intense studies, the efforts undertaken to improve the society's health may not be successfully realized.

During the last decade the number of physicians has enormously increased in all the European countries. In the East European countries, the numbers of students admitted to the high medical schools are centrally regulated and so do recently Western countries where the intake rates are being reduced or the rigorous selection rules are being applied to the preclinical educational stage. These regulation efforts would influence the number of graduates after 6-10 years and may influence the number of physicians in practice not before 10-20 years.

The purpose of the medical teaching is to educate a physician who would promote the "Health for All" strategy.

Each individual patient expects the doctor to be an effective professional able to listen carefully to his complaints and to observe sensitively.

Thousands of people suffer and die from diseases which are preventable and many of them are caused by the patients themselves.

The Edinburgh Declaration of August, 1988 and the Lisbon Initiative of November, 1988 meet the individual and social demands mentioned above by providing theoretical and practical basis to a reorientation of the health care policies. The participants of the Ministerial Consultation for Medical Education in Europe which took place in

Lisbon in November, 1988 expressed unanimously their wish for medical education to be reorientated in order to make it more relevant to health needs.

Ladies and Gentlemen,

Each of the participants of our Symposium has got a great didactic experience. Some of you have devoted almost all the professional efforts to the problem of medical education and many (especially the Deans) have a specific experience concerning the whole educational process and therefore are able to express their synthetic points of view.

As an introduction to the discussion we would like to present several opinions based on the studies made in various medical centers in Poland and concerning the students' esteem of the didactic process.

Goralczyk and Matusiak from the Medical Academy in Lodz write in their report published in 1987 that the public opinion inquiries have indicated for many years that people in Poland expect a physician to be closely associated with the social environment of a patient and therefore fully able to realize the continuous and complex health care for the patient. The described model of a physician is being successfully realized in many countries. In Poland, a primary health care physician was to fulfil these requirements. But did this model ever become real? Many social medicine theoreticians including medical sociologists and psychologists as well as the authorities in charge of health care policy in Poland emphasize the substantial discrepancy between the model and the present reality. Despite of the reorientation of the medical education system and the reform of the health care policy in Poland, the present situation in the field of primary health care in our country is far from being satisfactory. Both the physicians and the patients find this institution far beyond their expectations and ambitions. The reasons are obviously multiple. One of the major reasons is that a graduate of the medical faculty isn't fully prepared to begin his work as a "first-line" physician. The opinions exist that "the medical schools are partly responsible for this by not developing a motivation to work at the primary health care institution".

It is known, however, that during the first few years of practising, a considerable percentage of graduates join the primary health care institutions.

Goralczyk and Matusiak questioned a population of 250 medical students of the 6th academic year. 120 of them (50%) have estimated themselves as insufficiently prepared to begin the medical practice. This opinion concerned mainly the practical experience that was gained. Of the 210 undergraduates under questionnaire study, 118 have evaluated themselves as poorly practically trained. In the opinion of the students, the reasons are to be searched for in the educational policy of a high school. The criticism of the questioned students concerned mainly the following facts: - to scarce practical training "with the patient"; - inappropriate attitude of the teaching staff to the students' needs; - insufficient qualifications of the teachers; - the lack of programme coordination among the teaching institutions; - the domination of the specialized knowledge over the basic skills; - to extent programme of the paramedical subjects. In conclusion, the students have expressed a negative esteem of their medical qualifications, especially practical, obtained during their studies. And for this they blame their medical school, in the educational programme of which the specialized and theoretical elements dominate over the basic and practical ones.

Despite of the above mentioned objective reasons, the following personal features of an undergraduate are in the opinion of the 31 questioned students most frequently responsible for the unsatisfactory educational results: laziness, inability to organize one's time, lack of courage and lack of force to bore one's way, the abundance of non-studying occupations such as family life, overloading with learning, no interest or ambition to rise qualifications.

This certainly causes the stress connected with the initiation of medical practice. This stress concerns mainly the uncertainty as for the ability of a graduate to act effectively in the emergency status. Bilski et al. (1987) from the Medical Academy in Lodz state that the present system of recruitment for the medical studies includes only the reproducing testing capabilities and doesn't estimate the cognitive abilities and the psychomotor and emotional characteristics of a candidate nor does it aim at evaluating his/her moral and ethical posture. The well defined, measurable purposes of medical education are lacking. Without them, the

appropriate programmes and methods of education as well as the control systems may not be constructed. The objective estimation of a graduate's medical qualifications and abilities therefore is impossible.

The lack of objective returnable information on the effectiveness of educational process makes impossible the introduction of the desirable changes in educational policy. The presently used criteria of student's knowledge appraisal are incomparable. The present educational system is oriented to the average students and gives no possibility to adjust it to the individual abilities of a student. The methods of teaching favour the passive attitude of the students and do not motivate them to realize above the average study purposes. Both the programmes and methods of the present medical education do not make students accustomed to the continuing education.

The formation of the highly specialized clinics and departments does not promote the primary health care teaching despite of its importance as an indispensable branch of medicine.

No possibilities exist to develop within the present health care system the teacher-student relationship based on the master-scholar model.

Due to the necessity of providing a complex health service for extent populations inhabiting certain region assigned to a hospital, it is impossible to follow the didactic requirements by the departments and educational staff concerns mainly the scientific production and the medical qualifications.

200 medical students of the 6th academic year served as a study population in a questionnaire inquiry performed by Przybyl et al. from Poznan. The subjects have found their diagnostic abilities much better than their therapeutic qualifications. The above cited authors consider altruism as the most important feature of a physician. The following interpersonal attitudes are also important in the light of the future medical practice of an undergraduate: - respecting the personal dignity of a patient; - tutelary attitude; - fellow feeling; - tolerance.

During the medical education process attention should be paid to the development of certain physician's attitudes to his own person. The most important of them are: - the professional perfectionism meaning the continuous development

of the own abilities and qualifications as well as an improvement of the own personality; - the responsibility for the own activities; - the personal courage eg. maintaining one's own opinion regardless the expected disadvantageous consequences.

Among the ideological postures, those of the outmost importance for the physician are humanism, emotional sensitivity and understanding of the necessity to treat rightly and equally all the patients.

As the triangle relationship: physician - student - patient constitutes a specific feature of medical education process, all the attitudes of importance for effectivity of the future practice should be developed or consolidated during the study course. Almost 20% of the questionaired students expressed their opinion that during 6 years of studying medicine most of the above mentioned attitudes have not been developed.

Budner from the Medical Academy in Lodz studied the hierarchy of valuation with respect to 15 selected features in the population of 287 6th-year students (189 females and 98 males). The author made the following comments on the results obtained: "the following major elements appear in the disposition of mind of the future doctors. The subjects consider preferably the self-dependence and courage in thinking, acknowledging one's own faults, unselfish action in the other's behalf, showing respect and favour to the patient regardless his dependency on the doctor and the conscientious fulfilling of one's professional duties."

This indicates that the students appreciate the posture orientated "towards the people" as well as the responsible attitude to the medical profession. However, underestimated were the physician's features such as the ability to keep in secrecy the information obtained (12th position), continuous improving of one's professional qualifications (13th position) and the loyalty to one's principals (15th - the last - position).

While discussing the problem of medical education there appears the necessity of: - changing the educational programmes; - introducing the intense educational efforts in order to develop or consolidate the undergraduate's attitudes of fundamental importance for the future medical practice. Both these recommendations are

associated with the necessity of improving the educational abilities of the academic teachers.

Kryst and Wojtczak write in their report that educational programmes in Poland are based on the idea that has been evolved for many decades. This idea, however, does not fully reflect the changing needs of health care system. The educational programmes realized in the majority of the high medical schools are dominated by the selection of the specialized contents and does not seem to be a consequence of clearly established, general aims and specific targets. Almost every one of these program components can, to some extent, satisfy the health care demands, however, in total they are hardly able to meet the general needs of people. The growing criticism is being expressed concerning this inconsistent and over-specialized programme. The programme which in the consequence of its deficiencies does not develop independent decision-making nor it stimulates a life-long continuing education. The latter is of special importance due to the rapid disactualization of the medical knowledge taught during the studies.

Due to the fact that almost all the practical training of medical students take place in the university clinics, far apart from the general practising reality, the student's interest is directed towards the very specialized problems requiring certain level of technical equipment. Therefore a student sees a disease as a hospital episode rather than a local society problem. An emphasis is layed on the acute health problems with little concern directed to the chronic diseases as far as they do not require a physician's intervention. The prophylaxis, health promotion and rehabilitation focus rather marginal interest, if any. The medical school graduates are therefore poorly qualified for the primary health care practice.

Our students are physically inefficient, 22-25% of them requiring the rehabilitation treatment and about 5% of them not being able to do the simplest physical exercise. Moreover, the general incomprehension of the physical culture needs is common among the medical students. The implications of this situation are two: firstly, the physical inefficiency may lead in the future to certain health problems of considerable economic and social dimension and secondly, a physician unable to understand the benefits of physical

culture for himself, wouldn't be able to follow in his practice the rule "*in corpore sano mens sana*" with respect to the rehabilitation and social reintegration of a patient.

We are aware of the fact that the multidirectory problem of medical education with its references to the social health at the turn of XX and XXI centuries, may undergo a profound discussion in all its aspects and in the atmosphere of conflicting opinions even in the nihilistic manner. We realize the discussion that will follow our presentation will not bring us to final decisions solving all the problems we face. Nevertheless, we hope that the opinions expressed here will make good beginning in the path that will lead us to a significant educational reform.

Prof. dr. hab. Radzisław Sikorski
Clinic of Gynaecology
and Obstetrics
ul, Jaczewskiego 8
PL 20-090 Lublin

Prof. dr. hab. Zdzisław Kleinrok
Akademii Medycznej w Lublinie
ul, Cicha 4
PL 20-090 Lublin

20 JAHRE STUDENTEN-BALINT-GRUPPEN: EINE NEUE TRAININGSMETHODE

Boris Luban-Plozza, Locarno

Zusammenfassung

"Die am häufigsten in der medizinischen Praxis verschriebene Arznei ist der Arzt selbst ... Wir verfügen über keine Literatur bezüglich ihrer Indikationen, ihrer Dosierung zwecks Heilung und Nachbehandlung, ihrer Toxizität, ihrer vermeidbaren Nebenwirkung, ihrer Kontraindikationen usw ..." Schlaglichtartig läßt sich mit diesen Worten Michael Balint's, dem Arzt und Psychoanalytiker aus der 2. Generation nach Sigmund Freud, ein Verständnis, ein Programm von Medizin umreißen, das seit den 50er Jahren in der von Michael Balint selbst geschaffenen und später nach ihm benannten Balint-Gruppe verwirklicht wird. Ausdrücklich befaßt sich die Balint-Gruppe mit der Paradoxie, daß das am häufigsten verschriebene Medikament zugleich das unbekannteste, das rätselhafteste ist: die "Droge Arzt", der Arzt selbst. Das Bild vom Rätsel und Geheimnis schließt die Tatsache ein, daß die Arzt-Patient-Beziehung stets auch eine unbewußte Beziehung ist, die es in der Balint-Gruppe zu erhellen, möglicherweise zu lösen gilt. Michael Balint hat die Problematik der Entwicklung der Medizin früh erkannt. Es gelang ihm, den Bogen von der Psychoanalyse zur praktischen Medizin zu spannen und zwar ohne eine neue Lehre, sondern durch Integration naturwissenschaftlicher und patientenzentrierter Denksätze. M. Balint entwickelte etwas, das H. Strotzka eine "revolutionäre Idee" nennt, einen historischen Schritt in der Entwicklung sowohl der Psychoanalyse, als auch der Allgemeinmedizin. Neu war die Idee von Ärztegruppen zum informed consense als Grundlage der Kooperation - als didaktische Vermittlungsform. Die Gruppe berät fallbezogen, tauscht Erfahrungen aus und hilft dadurch ihren Teilnehmern, einerseits die Patienten, andererseits auch auch die Interaktion zwischen ihnen und dem Arzt mit dialogischer Kompetenz besser zu verstehen.

Als wir die Balint-Methode vor 20 Jahren erstmals mit Studenten praktizierten (Junior-Gruppe Mailand, 1969), waren die Schwierigkeiten groß, allein schon wegen der hierarchischen Struktur der Universitätskliniken. Es gelang aber, die Studenten für die Gruppenarbeit zu sensibilisieren sowie die "relationelle Perspektive" nicht getrennt vom übrigen Lehrbetrieb, sondern als integrierten Bestandteil einzuführen. Für die ärztliche Ausbildung brauchen wir Mut zu neuen Ansätzen. Das Asconeser Modell (WHO) verwirklicht die Tendenz zur beziehungsorientierten Konfrontation zwischen Studenten, Ärzten in der Praxis und im Spital, sowie Universitätsdozenten. Es wird durch den jährlichen Balint-Preis für Medizinstudenten unterstützt.

20 YEARS OF STUDENT-BALINT-GROUPS: A NEW TRAINING METHOD

Summary

"In the medical practice it is the physician himself to be the remedy that is most frequently prescribed ... We do not dispose of any literature regarding its indication, its dosage for healing purposes and aftercare, its toxicity, its avoidable by-effect, its contraindication etc ..." These words of Michael Balint, the physician and psychoanalyst from the second generation succeeding Sigmund Freud, spotlight an understanding and a programme of medicine that has been put into effect since the fifties in the groups founded by Michael Balint himself and later called Balint-group in honor of him. The Balint-group explicitly attends to the paradox that the remedy most frequently prescribed at the same time is the most unknown and the most mysterious one: the "drug physician", the physician himself. The imagination of an enigma and a mystery includes the fact that the interrelation of doctor and patient is also and always an unconscious relation, which in the Balint-group is the essential thing to be clarified and possibly to be perceived. Michael Balint has early distinguished the problematic nature to the development of medicine. He succeeded in creating an interrelation of psychoanalysis and practical medicine. And he did it without a new doctrine, but by

integrating scientific and patient-centered doctrines. M. Balint developed what H. Strotzka called a "revolutionary idea", a historical step within the development of both, psychoanalysis and general medicine. It was a new idea to form physician groups in order to accomplish an informed consense as a basis for cooperation - as a didactic form of conveyance. The group consults in reference to clinical cases, exchanges experiences and thereby helps its members to better understand with a dialogical competence the patients on the one side and the interaction of patients and doctors on the other side. We had big difficulties when we applied the Balint-method in 1969 (junior-group, Mailand) for the first time to our student training because of the hierarchic structure of the university clinics alone. But we succeeded to sensibilize the students for working in groups and to bring the "relational perspective" into the course of medical studies - as an integrated part and not separated from the other teaching. We need to have courage for new ideas in medical education. The Ascona-model puts into effect the tendency towards a relationorientated confrontation between students, physicians in their practices and in hospitals and university teachers. This is supported by the Balint-price annually awarded to medical students.

Michael Balint hat die Problematik der Entwicklung der Medizin früh erkannt. Es gelang ihm, den Bogen von der Psychoanalyse zur praktischen Medizin zu spannen und zwar ohne eine neue Lehre, sondern durch Integration naturwissenschaftlicher und patientenzentrierter Denksätze. M. Balint entwickelte etwas, das H. Strotzka eine "revolutionäre Idee" nennt, einen "historischen Schritt in der Entwicklung, sowohl der Psychoanalyse, als auch der Allgemeinmedizin". Die "revolutionäre Idee" entsprach der umstürzlerischen Einführung des Patienten-Ichs in die Medizin (W. Wesiack).

Neu war die Idee von Ärzteguppen, in denen die Teilnehmer miteinander über ihre Problempatienten diskutieren können. Die Gruppe berät dann über diese Fälle, tauscht Erfahrungen aus und hilft dadurch ihren Teilnehmern, einerseits die Patienten, andererseits aber auch die Interaktion zwischen ihnen und dem Arzt besser zu verstehen.

"Die am häufigsten in der medizinischen Praxis verschriebene Arznei ist der Arzt selbst.... Wir verfügen über keine Literatur bezüglich ihrer Indikationen, ihrer Dosierung zwecks Heilung und Nachbehandlung, ihrer Toxizität, ihrer vermeidbaren Nebenwirkung, ihrer Kontraindikationen usw. ..." Schlaglichtartig läßt sich mit diesen Worten Michael Balint's ein Verständnis von Medizin umreißen, das in der von ihm selbst geschaffenen und später nach ihm benannten Balint-Gruppe verwirklicht wird.

"Balint-Gruppen" sind kleine Gesprächsrunden, in denen im Kollegenkreis anhand einzelner Fälle die Wechselwirkungen zwischen dem Verhalten des Arztes und dem des Patienten besprochen werden. Diese Seminare bieten eine praxisnahe psychologische Schulung der Selbst- und Fremdwahrnehmung, wie sie durch eine reine Vermittlung theoretischen Wissens nicht erreicht werden kann.

Die Ärzte versuchen, die oft verschlüsselten Beschwerden des Kranken und ihre eigenen Reaktionen darauf besser zu verstehen. An die Stelle der krankheitszentrierten tritt eine patientenbezogene Medizin, da es darum geht, gerade die subjektiven Faktoren im Krankheitserleben transparent werden zu lassen und explizit beim weiteren Umgang mit dem Patienten zu berücksichtigen.

Michael Balint hat Fallseminare dieser Art in London nur mit praktischen Ärzten durchgeführt. Er schätzte aber auch die Arbeit mit Studenten als stimulierend, wenn auch viel ermüdender als mit den Ärzten. Berühmt ist der von ihm beschriebene, von einem Londoner Studenten "gelöste" Fall von Cheilitis exfoliativa. Seit einigen Jahren wird die von Balint beschriebene psychologische Weiterbildungsmethode zunehmend auch mit Studenten durchgeführt. Man spricht von "Junior-Balint-Gruppen" oder auch von "Studenten-Fallseminaren nach Balint".

Für die ärztliche Ausbildung brauchen wir neue Ansätze. Wir sollten aus den Studenten aktive, unabhängige und praxisorientierte Problemlöser und nicht nur passive Empfänger von Informationen machen.

Die Gruppen bestehen meist aus 10 bis 14 Teilnehmern. Die Studenten melden sich freiwillig, nachdem sie zuvor in Unterrichtsveranstaltungen der Medizinischen Psychologie oder Psychosomatik auf die Möglichkeit dieser Gruppenarbeit hingewiesen wurden. Sie wissen, daß ihnen durch diese Mitarbeit keine Vorteile für Examina erwachsen.

An der Universität Heidelberg haben wir schon 1973 kurzdauernde konzentrierte Fallseminare nach Balint durchgeführt, die aus mehreren Sitzungen zu jeweils 2 1/2 Stunden bestehen. Hierbei geht es vor allem darum, im Sinne exemplarischer Anregungen und Denkanstöße auch solche Studenten anzusprechen, die nicht an einer kontinuierlichen Gruppe teilnehmen können.

Sehr stark besucht wurden von vielen Studenten aus verschiedenen Universitätsstädten (bis 41 im Jahre 1989) die seit 1972 jährlich in Ascona stattfindenden mehrtägigen internationalen Balint-Treffen (sog. Ascona-Gespräche). Auch hier handelt es sich um Sensibilisierungsgruppen, die zwar keine formale Kontinuität haben, aber dennoch ganz offensichtlich wichtige motivierende Funktionen für viele Studenten haben. Die Erfahrung zeigt, daß selbst von solchen kurzen exemplarischen Sitzungen wichtige Impulse ausgehen können, z.B. im Sinne einer Ermutigung der Studenten, sich verstärkt für die patientenzentrierte Medizin zu interessieren. Die Fallarbeit mit Studenten ist auch für die Gruppenleiter immer wieder sehr anregend. Studenten benützen oft wesentlich spontaner und unbefangener Kraftausdrücke als die praktischen Ärzte. Sie versuchen häufiger, wie ihre Patienten zu sprechen, besonders beim Problem Angst, z.B.: "Ich habe Schiss...".

Stärker als bei Ärzten stellt sich bei Studenten allerdings das Problem des Rollenkonflikts: einerseits versuchen viele Studenten mehr oder weniger bewußt, sich schon mit der Arztrolle zu

identifizieren; andererseits erleben sie, daß ihnen für diese Rolle noch viele Fertigkeiten oder Vorbilder fehlen.

Ein weiterer Unterschied zwischen Balint-Gruppen für Ärzte und derjenigen für Studenten liegt darin, daß das Vorgehen bei der Gruppenarbeit mit Studenten deutlicher ein didaktisches Gepräge hat.

1. Zur Integration naturwissenschaftlicher (nomothetischer) und patientenzentrierter (idiographischer) Denkansätze in der Medizin

Die Tendenz vieler Mediziner zu einer unpersönlichen, krankheitszentrierten Berufsausübung wird durch eine Untersuchung Depplers, Giessen, nachgewiesen, bei der Studenten und Ärzte befragt wurden: "Würden Sie lieber einen Patienten mit eindeutig somatisch bedingten Beschwerden oder lieber einen Patienten mit einer eher vorwiegend emotional bedingten Krankheit behandeln?" Die Bereitschaft, Problempatienten zu behandeln, nimmt im Verlaufe des Studiums und der Assistenzjahre ständig ab!

Es ist eine schwierige Aufgabe, die Anliegen der patientenbezogenen Medizin in den herrschenden Kontext einer Ausbildung zu integrieren, welche den Studenten den Eindruck vermittelt, ärztliches Handeln bestünde nahezu ausschließlich in der Anwendung naturwissenschaftlicher Theorien. Es geht um die Integration von naturwissenschaftlicher Denkweise und speziellen psychologischen Reaktionsbereitschaften, die beispielsweise als "Sensibilität" oder "Empathie" bezeichnet werden können. Eine Integration beider Anteile kann nicht durch reine Wissensvermittlung, sondern letztlich nur über den Weg der praktischen Einübung in Gruppenarbeit verwirklicht werden.

Das Medizinstudium ist aber so gestaltet, daß die Studenten nur wenig gezielte Anleitung im Umgang mit Patienten erhalten. Viele Studenten werden so geradezu darin bestärkt, den praktischen Umgang mit echten Patienten immer wieder hinauszuschieben.

Der Unterricht sollte dazu ermutigen, sich neben der klinischen Untersuchung auch um Klärung der

Lebenslage und Lebensweise eines Patienten zu bemühen, damit ein umfassenderes Verständnis für die gegenwärtige Krankheit und ihre Begleitumstände gewonnen wird.

Im Fallseminar nach Balint werden die Studenten ermutigt, ihren Patienten vor allem zuzuhören und Fragen gezielt zu stellen. Sie können im Seminar über Patienten berichten, die sie besonders interessieren. Zum Thema des anschließenden Gesprächs werden vor allem die Gefühle, Einstellungen und persönlichen Beziehungen des Patienten, dann zunehmend die emotionalen Reaktionen des Studenten auf die Patienten. "Zuerst zögert der Student, ein Gespräch mit einem Patienten über Bereiche zu beginnen, die ihm als 'persönlich' erscheinen mögen und ihn nichts angehen; manche Studenten fühlen sich unbehaglich und sehen dies als einen unberechtigten Eingriff in das Privatleben des Patienten an." (M. Balint et al. 1966).

Bei der Diagnostik eines jungen Patienten mit Cheilitis exfoliativa führte erst die Frage nach einer möglichen Allergie auf Lippenstifte auf die richtige Fährte. Diese Frage aber überhaupt zu stellen, bedeutete für den betreffenden Medizinstudenten bereits einen durchaus peinlichen "Einbruch" in die Intimsphäre des Patienten.

H.H. Dickhaut fordert als Ergebnis seiner eigenen Erfahrungen, daß der Medizinstudent in seiner Weiterbildung zum Arzt ein ebenbürtiger Partner des Patienten wird: "In der Balint-Arbeit habe ich die elitäre Position als Facharzt verlassen können, um mich im Sinne eines neuen Selbstverständnisses in erster Linie als Arzt mit allen menschlichen Unzulänglichkeiten verstehen zu können." "Es geht keineswegs darum, in der Gruppe Psychotherapie zu betreiben. Niemand muß Angst haben, sich mit überraschenden Schwächen zu blamieren. Es zeigt sich nämlich, daß die anderen Kollegen meist ganz ähnlich strukturierte Probleme haben", präzisiert H. Strotzka.

2. Mailand: Mut zum Studenten

Im Herbst 1969 führten wir die Balint-Methode erstmals beim Arbeiten mit Studenten ein

(Junior-Gruppe Mailand). Einige enthusiastische Studenten wollten einfach "einsteigen".

Interessant ist, daß Michael Balint, den ich als damaliger Familienarzt in Grono (Südschweiz) kennengelernt hatte, am Anfang - und Enid Balint bis zu ihrer aktiven Teilnahme an Junior-Gruppen am Internationalen Treffen in Ascona - sehr skeptisch bezüglich unserer Bemühungen um die studentische Ausbildung waren.

Es war ein gewagter Versuch. Michael schrieb mir am 18. Dezember 1969, es war einer der zahlreichen, anregenden Briefe:

"Congratulations on your success with the Milanese students. My only advice is don't be too ambitious and don't push them too hard. It is better to let them develop at their own pace..."

Unsere Anfangsschwierigkeiten waren groß, allein schon wegen der hierarchischen Struktur der Universitätskliniken. Es gelang uns aber, die Medizinstudenten für die Gruppenarbeit zu gewinnen, und diese, nicht getrennt vom übrigen Lehrbetrieb, sondern als integrierten Bestandteil desselben einzuführen. Mit dieser Gruppenarbeit mit Studenten wollten wir für Gefühle sensibilisieren und eine Methode im Sinne eines Wahrnehmungstrainings zur Erweiterung der Ausbildung erforschen.

Es ist sicher nicht möglich, alle Medizinstudenten für solche Gruppen zu gewinnen. In den verschiedenen Ländern, u.a. auch in Japan und den USA, melden sich etwa 10% der Medizinstudenten bei entsprechenden Ankündigungen. Wirkliches Interesse ist eine wesentliche Voraussetzung; Balint-Arbeit sollte immer den Charakter der Freiwilligkeit behalten.

An verschiedenen Universitäten konnten wir erleben, daß ein einziger wirklich interessierter Medizinstudent bald eine ganze Gruppe motivieren konnte. So in Graz, Szeged, Leipzig, Kalifornien, Dokkyo.

3. Arbeit am Kranken, nicht nur an der Krankheit

In Heidelberg wurden auch positive Erfahrungen mit Fallseminaren gemacht, die auf wenige Tage

zusammengefaßt waren. Ich bemühte mich jeweils darum, daß zwei bis drei Allgemeinärzte daran teilnahmen: Diese Zusammensetzung hat sich bewährt und sich zum "Asconeser Modell" (WHO) entwickelt.

Freiwillige Seminare mit Medizinstudenten neben dem - zur Pflichtausbildung gehörenden - Krankenpflegepraktikum im Sinne dieser in Heidelberg gemachten Erfahrungen wären wünschenswert. Der möglichst frühzeitige Beginn solcher Fallseminare wäre für eine beziehungsorientierte Medizin anzustreben, schon beim ersten Kontakt mit Patienten. So könnte aus dem Praktikum wieder ein echtes Pflegepraktikum anstelle eines "Putzpraktikums" (sog. "Häfelipraktikum") werden. Außerdem ist es gerade wichtig, den Studenten eine Möglichkeit zur Erarbeitung der neuen Pflegeerfahrungen anzubieten. Diese Erfahrungen sind wesentlich patientennäher als die üblichen studentischen Erfahrungen beim Medizinstudium. Wie die Schwester und der Pfleger, so ist auch der Student auf der Station ständig anwesend. Er kann bei der Betreuung der Patienten dieselben Pflichten erfüllen wie das Pflegepersonal; er kann also körpernah in die alltäglichen Pflegearbeiten einsteigen. Der Patient wendet sich mit seinen Klagen, Nöten und Beschwerden gewöhnlich zuerst an die Pfleger bzw. die Schwester, besonders beim "Tutto fa mal" oder "Mamma mia"-Syndrom.

Die Erfahrungen, die der Student hier machen kann, beeindrucken ihn nachhaltig. Der Student wird sich ebenso, wie später der Arzt, mit den Erlebnissen des Patienten und mit den eigenen Erlebnissen und Gefühlen auseinandersetzen müssen. Diese frühzeitige Auseinandersetzung ist wichtig für die berufliche und auch für die persönliche menschliche Entwicklung.

Balint-Junior-Gruppen wurden an immer zahlreicheren Medizinischen Fakultäten möglich, indem sich Studenten aus Eigeninitiative auf die Suche nach geeigneten und interessierten Dozenten machten, die bereit waren, die studentischen Initiativen zu unterstützen. Es ist eine sehr erfreuliche Entwicklung, die darauf hinweist, daß die kritische Haltung der Studenten gegenüber dem

gegenwärtigen Ausbildungssystem nicht zur Skepsis und Resignation führen muß, sondern daß die Studierenden im Sinne der Selbsthilfe ideenreich Alternativen entwickeln und praktizieren können.

Ziel der Ausbildung ist nicht allein die Förderung der Beziehung zwischen Ärzten und Patienten, sondern auch die Zusammenarbeit von Kollegen mit nichtärztlichen Personen des Gesundheitswesens.

In der Schweiz wurden 1985 erstmals Studenten im Fach "Psychosoziale Medizin" geprüft. Mit dem neuen Lehrangebot kommen die Schweizer Universitäten dem Bedürfnis der angehenden Ärzte nach, nicht nur eine naturwissenschaftliche, sondern auch eine umfassende Sicht von Gesundheit und Krankheit im Sinne des biopsychosozialen Modells vermittelt zu erhalten. Verbessert sich dadurch das Verhältnis zwischen Arzt und Patient? Trotz Rückschlägen ist ein Umdenken im Gange.

4. Ascona: Mut zur Fortbildung

In unseren "Sensibilisierungsgruppen" - entsprechend dem "Asconeser-Modell" - finden sich Teilnehmer aus den verschiedenen Entwicklungsstufen, d.h. Studenten, Assistenzärzte, erfahrene Praktiker und Universitätsdozenten. Es geht um die Förderung beziehungsorientierter Ausbildungsansätze; alle Teilnehmer sind wechselseitig Lernende und Lehrende, bis hin zur Konfrontation. Hier fehlt die in der naturwissenschaftlichen Medizin sonst übliche und auch notwendige Polarisierung fachkompetenter Lehrer einerseits und Lernender andererseits. Beim "Asconeser Modell" (WHO) besteht ein Bedürfnis nach emotionaler Fortbildung: mehr hören (mit dem 3. Ohr!), mehr erfahren, mehr sehen (mit dem 3. Auge!), als das klinische Wissen ermöglicht.

Beim Preis für Medizinstudenten der Internationalen Balint-Treffen in Ascona werden Jahr für Jahr die Arbeiten nach folgenden Gesichtspunkten beurteilt:

1. Die vorgelegte Arbeit ist wesentlich zentriert auf eine persönliche Erfahrung innerhalb der Student-Patient-Beziehung (Exposition).
2. Diese wird allein oder in der Gruppe im Rahmen des Beziehungsnetzes zwischen den Studenten, dem

Pflegepersonal, der Hierarchie und den verschiedenen Institutionen erlebt und erarbeitet (Reflexion).

3. Sie zeigt die Reflexion des Studenten über solche Erfahrungen und ihren Einfluß auf sein berufliches Erleben und Handeln auf (Aktion).
4. Sie öffnet Wege, die hierfür notwendigen Freiräume in seiner Ausbildung zu schaffen. Der häufig unterdrückte Zugang zu den eigenen Gefühlen und Phantasien wird oft in die Auseinandersetzung mit der ärztlichen Verantwortung einbezogen (Progression).

Beim einzigartigen Medium des Gruppenlernens in der Balint-Arbeit kann daher jede Gruppensitzung eine reizvolle Entdeckungsfahrt sein, die wir psychohygienisch als erfrischend erleben; so vermehren sich Kompetenz und Freude.

Es gilt, weitere Möglichkeiten und Grenzen in der Balint-Arbeit auf Grund von Erfahrungen und Widerständen zu suchen. Weiterführende Ziele können aber nur in Zusammenarbeit mit den Studenten erreicht werden. Ascona soll ein Treffen mit offener "Werkstattatmosphäre" sein, das Wandlungen unterworfen ist und Wandlungen bewirkt.

5. Ausbildung in Beziehungsdiagnostik und Beziehungstherapie

In den Fallseminaren haben die Studenten die Möglichkeit, entsprechende Ängste und Unsicherheiten auszusprechen und im Gedankenaustausch Lösungen zu deren Überwindung zu finden. Das gesamte vorgestellte Material wird von der Gruppe unter der Fragestellung besprochen, wie ein erweitertes Verständnis für die Krankheit und die Persönlichkeit des Patienten gewonnen werden kann und welche Konsequenzen sich aus diesem Verständnis ergeben.

Als optimal könnte eine Verzahnung psychologischer Wissensvermittlung mit Fallbesprechungen der beschriebenen Art erscheinen. Hierbei zeigt sich erfahrungsgemäß, daß viele Studenten das Wissen um psychologische Theorien dazu benützen, um von eigenen Betroffenheitsreaktionen schnell wieder

abzulenken und das Gespräch auf die "unverfängliche" Ebene theoretisierender Grundsatzdiskussionen zu bringen. Aus diesem Grunde kann es manchmal günstiger sein, die Vermittlung psychologischer Theorien und die Fallbesprechungen der beschriebenen Art zeitlich voneinander zu trennen.

Auf Schwierigkeiten, das Balint-Prinzip auch bei Studenten anzuwenden, wurde schon von verschiedenen Autoren hingewiesen. Am schwersten fällt dabei ins Gewicht, daß Studenten keine eigene Verantwortung für die Patienten zu tragen haben. Aber sie haben Gefühle! Wir sollten eher danach trachten, die besondere Art ihrer Verantwortung (z.B. beim Krankenpflegepraktikum) zu verstehen, und nicht uns selbst als Modelle für Verantwortung zu bespiegeln.

Erfahrungsgemäß ist es in Studentengruppen nur selten schwierig, einen Referenten für einen Fall zu finden. Eher ist es häufig so, daß aus zeitlichen Gründen nicht alle Studenten, die es wünschen, einen Fall vortragen können.

In der gesamten Vorklinik wird der Mensch als ein Abstraktum, als ein Gerüst aus Grundsubstanzen, Formeln, Werten, Regelsystemen erfahren - entfremdet, losgelöst von seiner Realität. Gleichzeitig werden Ängste im Umgang mit diesem toten Menschen nicht besprochen, ausgeklammert, durch naturwissenschaftliches und medizinisches Faktenwissen verdrängt. Affektives Lernen wird damit dem Studium ferngehalten.

Die Ulmer Studentin Uta Blankenhorn hat ihre Emotionen im anatomischen Präparierkurs in einem Gespräch mit der Leiche geschildert (Sonderpreis 1988 des Asconeser Treffens).

Die erste Begegnung des Medizinstudenten mit der Leiche kann sehr negative Spuren hinterlassen, da zynische Reaktionen sehr häufig sind und auch die grundsätzliche Einstellung des Studenten zum "Objekt" seines Studiums prägen können. Als Abwehr gegen etwas als bedrohlich Empfundenes kommt es beim Studenten auch weiterhin zum zunehmenden Zynismus und zur abnehmenden Empathie. Ein "Gefühlspanzer" kann sich entwickeln, wobei

Objektivierung und "Demontage" im Vordergrund stehen.

In der Gruppenarbeit dagegen kann ein Beitrag zur Weiterentwicklung von Sensibilität und Spontaneität geleistet werden. Vor ca. 10 Jahren nahm der damalige Rektor der Universität Szeged, Professor Petri, als "einfaches" Gruppenmitglied an den Arbeiten der Asconeser Treffen teil. Er war davon so beeindruckt, daß er eine entsprechende Modifizierung des Studenten-Curriculums in Ungarn erfolgreich vorschlug.

Entsprechend der Ausbildungssituation der Studenten liegt das Schwergewicht dieser Arbeit eben auf dem Gebiet der gezielten Beziehungsdiagnostik, auch in der interfamiliären Interaktion, und weniger auf dem Gebiet der therapeutischen Anwendung der "Droge Arzt" - der "Arzt als Arznei". Der Student sollte sich darüber klar werden, was sich auf der Gefühlsebene in der betreffenden Beziehung abspielt.

Die Zweierbeziehung Arzt-Patient ist in der Interaktion und Kommunikation durch verschiedene Etappen gekennzeichnet:

1. durch das Anhören des Kranken,
2. durch das Erkennen des affektiven Grundtones, auch durch das Verhalten des Patienten (Mimik, Gestik, usw.),
3. durch die Integration beider Informationsbereiche zu einem Gesamtbild der gegenwärtigen Situation.

Die Balint-Gruppen möchten Neugierde auf der gemeinsamen Entdeckungsfahrt von Arzt und Patienten erwecken. Zur Klärung der Beziehungsverwirklichung mobilisieren sie gruppenspezifische Kräfte.

Studenten-Balint-Gruppen sind keine Patentlösung. Eine fundierte Unterrichtung der Medizinstudenten über medizinisch-psychologische und psychosomatische Forschungsergebnisse (z.B. zur Eindrucksbildung, Übertragung und Gegenübertragung) ist unerlässlich und inzwischen auch Teil des offiziellen Lehrplans. Gruppensitzungen nach der Methode der

themenzentrierten Interaktion (Ruth Cohn) können solche Balint-Gruppen-Arbeit ergänzen. Studenten-Gruppen kann der Zugang zur eigenen Empfindungsfähigkeit durch die Einübung des autogenen Trainings (Schultz) näher gebracht werden. Die Wahrnehmungsfähigkeit für affektive Signale kann durch Einsatz von Videofilmen (z.B. ohne Ton) gezielt trainiert werden. Durch Rollenspiele wird emotionales Lernen vermittelt, vor allem im Hinblick auf die praktische Umsetzung von Vorschlägen für das weitere Vorgehen. Bei der Integrierung von Rollenspielansätzen gilt es, "schwierige" Situationen nachzuspielen oder alternative Verhalten einzuüben.

6. Spur halten - Akzente setzen

Als Experimentier- und Übungsfeld der Beziehungen zum Patienten, bieten Junior-Balint-Gruppen Vorteile und Nachteile gegenüber den üblichen (Senior)-Balint-Gruppen.

Vorteile (nach A. Wildbolz, Bern):

Größere Unbefangenheit, Unvoreingenommenheit, Formbarkeit und Flexibilität der psychischen Strukturen sowie fehlender Heilungs- bzw. Erfolgswang.

Nachteile:

Geringere Lebens-, Krankheits- und Beziehungserfahrung, fehlende Beständigkeit in der Beziehung zum Patienten.

Durch Denk-, Gefühls- und Gesprächstraining wird hier ein emotionaler Lernprozess gefördert, der aber auch das Handwerkliche, die körperliche Dimension bei der Untersuchung des Kranken berücksichtigt.

Einerseits zeigt es sich, wie schwierig es am Anfang sein kann, sich wie ein Arzt zu verhalten und wie ein Arzt zu sprechen. Andererseits fühlen sich die Studenten schon als Ärzte, ohne sich vielleicht darüber Rechenschaft zu geben. Jedenfalls steht der Patient ständig im Mittelpunkt, und man lernt sogar, ihn zu fragen, worin seine Eindrücke bestehen.

Manche Teilnehmer der Junior-Balint-Gruppen schließen sich später einer der üblichen (Senior)-Balint-Gruppen an. Außerdem sehen sie schon in den Junior-Balint-Gruppen, daß die Allgemeinpraxis nicht nur bzw. nicht überwiegend Nachteile hat, sondern daß sie viel interessanter und lebendiger werden kann, und daß dies sogar bei den "langweiligen" Problempatienten mit "funktionellen Störungen" gelten kann.

Fast parallel zu den Junior-Balint-Gruppen haben die außerordentlich interessanten Anamnesegruppen mit Tutoren - im Sinne von Selbsthilfegruppen - in Ulm, Marburg, Berlin und Basel begonnen.

In diesen Gruppen, ebenfalls 1969 eingeführt, erhebt ein Student nach dem Prinzip der assoziativen Gesprächsführung bei einem Patienten die biographische Anamnese. Dann werden die Interaktionen von Patient und Interviewer analysiert und man versucht, das Problem des Patienten zu diskutieren. Auch spätere Gespräche mit dem Patienten werden in der Gruppe besprochen. Dieser praktischen Arbeit geht eine Theoriephase voran, die der Gruppenbildung und (durch Video und Rollenspiele) der Vorbereitung auf die Patientengespräche dient.

7. Beginn der Studenten-Balint-Gruppen im Verlauf des Medizinstudiums: wann?

Die Heidelberger Erfahrungen mit auf einige Tage "konzentrierten" Fallseminaren machen deutlich, daß eine freiwillige Begleitung des (obligatorischen) Krankenpflegepraktikums durch Studenten-Balint-Gruppen optimal wäre. Der Beginn wäre frühzeitig, bei der "Sozialisation" des Arztes, bei seinem ersten Kontakt mit Patienten, möglichst schon in vorklinischen Semestern anzustreben, wie auch H. Lang (1980) in Heidelberg unterstreicht.

Allerdings sind andere Autoren der Meinung, daß der Beginn solcher Arbeit erst in den letzten Studienphasen einsetzen sollte, sicher beim Praktischen Jahr (PJ/BRD) bzw. beim Wahlstudienjahr (Schweiz). Andererseits müssen wir auch die unterschiedlichen Studienordnungen in den verschiedenen Ländern berücksichtigen.

8. Aufgaben des Gruppenleiters

Der vom Referenten vorgestellte Kranke (der "Fall") dient in erster Linie als von aussen kommendes Material für die wechselseitigen Projektionen der Gruppenteilnehmer, auch für die Übertragung und Gegenübertragung. Über die Bedeutung des Symptoms und über seine Stellung in der Entwicklung der Beziehung zwischen Patienten und Therapeuten wird in der Gruppe gezielt gesprochen. Es geht darum - frech zu denken und behutsam zu handeln.

Die Studenten möchten, daß wir zuhören und fühlen was sie meinen, aber ohne ihre Schwächen allzusehr aufzudecken, und dies trotz einer manchmal bestehenden ausgeprägten Hilfsbedürftigkeit. Dafür sollte der Gruppenleiter (nach der Erwartung der meisten Studenten) weniger Geschicklichkeit lehren, als vielmehr Wege aufzeigen und auch neue Einfälle und Ideen wagen. Es handelt sich mehr um eine Einübung in das Erfahren und Erleben der eigenen Wirklichkeit und der Wirklichkeit des jeweils vorgestellten Patienten, als um eine Vermittlung von Wissensmaterial. Im Vergleich zwischen bloßem Wissen und der Wissensanleitung hinsichtlich der Lebensgestaltung wird das bloße Wissen am wenigsten angestrebt; eigentlich geht es hauptsächlich um die Persönlichkeitsentwicklung des angehenden Arztes.

Schon am Anfang kann der Blick für feine Beobachtungen, für kleine aufschlußreiche Zeichen beim Patienten - im Sinne einer neuen Semiotik - geübt werden.

Den Gruppenleitern gegenüber sind bei den Gruppenmitgliedern fast immer sowohl eine gewisse Aggressivität (Gruppenleiter als "Dompteur") - zumindest eine wetteifernde Haltung - als auch Anhänglichkeitsreaktionen zu beobachten; letztere werden u.a. durch den Wunsch nach positiver Anerkennung gespeist. Besonders am Anfang scheint die Figur des Gruppenleiters häufig idealisiert zu werden.

Bei nichtdirektivem Vorgehen des Gruppenleiters kann nach den ersten Zusammenkünften bei einigen

Teilnehmern ein Gefühl der Frustration aufkommen. Von den Gruppenteilnehmern wird dann die Figur des Gruppenleiters als geiziger Vater erlebt, der sich weigert, Nahrung (Information) zu gewähren, eines Vaters, der sein eigenes Können für sich behält und damit in undurchschaubarer Weise Macht in der Gruppe ausübt.

Oft besteht die Neigung zur Umfunktionierung in eine Selbsterfahrungsgruppe oder zur theoretischen Spekulation. Eng in Verbindung mit diesem Entscheidungsproblem für den Gruppenleiter steht die Gefahr des übermäßigen Psychologisierens durch den Gruppenleiter.

Balint-Arbeit kann sehr wohl Selbsterfahrung anregen, eine Brücke zu ihr sein sowie ein Werkzeug der praktischen Information für diejenigen

Medizinstudenten darstellen, die den hier behandelten Problemen gegenüber besonders aufgeschlossen sind.

Der Gruppenleiter hat die schwierige Aufgabe, eine Atmosphäre in der Gruppe zuzulassen, die den Teilnehmern "Mut zur eigenen Dummheit" macht, also Mut dazu, auch etwas Unreflektiertes zu sagen. *Semper reformari debet.*

Es bestätigt sich, daß die Fachkompetenz in der Balint-Gruppen-Arbeit nicht einseitig beim Leiter liegt, sondern bei allen Teilnehmern. Der Beitrag des Studenten kann in mancher Hinsicht ebenso wesentlich und gehaltvoll sein, wie der Beitrag des Gruppenleiters. Die Vielfalt des Geschehens und der Fragestellungen ist kein Störfaktor, sondern eine anregende Wirklichkeit.

LITERATURHINWEISE:

- Balint M., Balint E.,
Gosling R. + Hildebrand P.: A Study on Doctors. Tavistock Publications,
London, 1966
- Beckmann D., Moeller M.L.
Richter H.E., Scheer J.W.: Studenten Urteile über sich selbst, über ihre
Arbeit und über die Universität. Aspekte,
Frankfurt a.M. 1972
- Brigida M.: Gli aspetti psicologici ed emotivi del rapporto
medico-paziente
Premio S.I.M.P. 1973, Ed. SEU, Roma
- Canestrari R.: Osservazioni sul gruppo come formazione psico-
logica dello studente della Facoltà di Medicina.
Rivista di Psicoterapia. (Atti del Simposio di
Psicoterapia di Pavia, 1971)
- Cazzullo C.L., Comazzi A.: Esperienza di leaders di un gruppo Balint "junior".
Luban-Plozza B. Ed. Min. Med. Vol. 64 - N. 15, 729-731, 1973
- Deppler H. pers. Mitteilungen.
- Eron L.D.C.: The effect of medical education on attitudes,
J. Medical Education on attitudes: a follow up
study 33, 25-33, 1958
- Hartmann F.: Erziehung zum Arzt in Krankheit, Heilkunst,
Heilung - Karl Albert Freiburg, München, 1978
- Kröger F., Luban-Plozza B.: Studenten-Balint-Gruppen. Eine Erweiterung der
Medizinischen Ausbildung
Gustav Fischer New York - Stuttgart, 1982

- Lang H.: Zur Frage der Anwendung der Balint-Methodik im vorklinischen Unterricht. Vortrag beim 5. Internationalen Balint-Kongress in Köln, November 1980.
- Luban-Plozza B.: Studenten-Balint-Gruppen (Junior-Gruppen) im Rahmen der ärztlichen Ausbildung. In: Luban-Plozza B., Egle E. & Schüffel W.: Balint-Methoden in der medizinischen Ausbildung Gustav Fischer Stuttgart - New York, 1978.
- Luban-Plozza B., Glenn T. Koppel: Studenten Balint Groups World Journal of Psychosynthesis, 4, 24-27, 1980
- Luban-Plozza B.: Nécessité de la formation médicale continue dans le domaine affectif Medicus Europaeus 11, 48-53, 1981
- Luban-Plozza B., Dickhaut H.-H. (Hrsg.): Praxis der Balint-Gruppen. Beziehungsdiagnostik und Therapie - 2. Auflage, Springer-Verlag Heidelberg, Berlin, New York, London, Paris, Tokyo, 1984
- Luban-Plozza B., Knaak L., Dickhaut H.-H.: Der Arzt als Arznei. Das therapeutische Bündnis mit dem Patienten -. 4. Auflage. Deutscher Aertzeverlag, Köln, 1987
- Luban-Plozza B., Pöldinger W., Kröger F.: Der psychosomatisch Kranke in der Praxis. Erkenntnisse und Erfahrungen -. 5. Auflage. Springer-Verlag Heidelberg, Berlin, New York, London, Paris, Tokyo, Hongkong, 1989
- Rickenbacher J.: Was sollen die Naturwissenschaften in der Aertzeverbildung, Schw. Aertzetz. 7, 201-204, 1980
- Sapir M., Brisset Ch.: Pathologie psychosomatique et formation psychologique du médecin. Enc. Med. Chir. Psych. 37400-G-10, 1967
- Schüffel W. (Hrsg.): Sprechen mit Kranken - Die Anamnese-gruppe als Mittel patientenzentrierter Ausbildung zum Arzt. Urban & Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore, 1983
- Simona G.: Allgemeinmedizin in der Ausbildung der Medizinstudenten - Kolloquium der Schweiz. Medizinischen Interfakultätskommission, 28.1.1982
- Tellenbach H.: Bildung und Zeitgeist. D.Aerzteblatt 40, 109-114, 1981

- Wacker P.A.: Ausbildungs- und Berufserwartungen des ärztlichen
Nachwuchses - eine empirische Analyse der Vorstel-
lungen des ärztlichen Nachwuchses. Durchgeführt
1972, veröffentlicht 1975 vom Verein für moderne
und rationelle Gestaltung von Arztpraxene.V.,
Stuttgart.
- Wiener P.: La constitution de la personnalité professionnelle
des stagiaires en médecin: l'identification au
malade et au médecin.
Méd. et Hygiène, 42, 199-204, 1967
- Wildbolz A: pers. Mitteilungen

Prof. Dr. med. Boris Luban-Plozza
Piazza Pedrazzini
CH 6600 Locarno

TEACHER NOTION ON CLINICAL TEACHING DETERMINES THE TEACHING-LEARNING PROCESS

Helge Dohn and Jorgen Nystrup, Roskilde

ABSTRACT

This study concerns the relationship between implicit teacher goals and the choice of teaching method and teaching style. It was assumed that an interior link exists between these components of teaching. This was confirmed in a study based on systematic observation of clinical teaching in small groups. Additional interviews with senior medical teachers in surgery and internal medicine and with students attending the clinics was conducted.

In the light of the findings, the need to stimulate teachers to select teaching objectives on a broad basis and at a considered level was discussed. By tradition, clinical teaching is seldom guided by detailed curriculum goals. The content of the teaching in the clinics depends on the one hand upon the availability of small group patient cases to present, and on the other hand on each single teacher's conception of what the educational outcome of the clinical instruction should be. As a consequence, clinical teaching often shows a great variability.

In the study, it was assumed, that the teacher's choice of goals reflects his underlying philosophy as to the teaching-learning process, and, perhaps more basically in his epistemological points of view, i.e. his conception of knowledge to be developed by means of teaching. It was furthermore assumed, that logical links exist between the teacher's view of clinical teaching, the choice of teaching style, and the actual teaching in practice.

More specifically, it was the thesis of the study, that the teachers' implicit aims for clinical teaching played a major role in determining the content, sequence and the method of the teaching, subsequently influencing the learning result on the part of the students.

Examination Clinics.

In the Danish medical study programme, the so called "examination-clinics", simulate the situation of the final oral examination in the major clinical disciplines. The clinics serve the purpose of allowing repetition of theoretical knowledge and providing an opportunity for the student to be guided and corrected when demonstrating clinical skills. At present, the examination-clinics are conducted in the following manner: Before the teaching session, a patient is allocated to a student, the examinee. The examinee must take a medical record, including a history and a physical examination, of the patient. In the teaching sessions, the examinee presents his record, suggests diagnoses, plans for further investigations and eventually recommends treatment. During the student's presentation of the patient's medical record, the patient is usually upon. In the subsequent discussion, the teacher can select several roads, which the teaching process may follow. He can provide further data (i.e. laboratory tests and radiology) to enable the examinee to problem-solve, he can expand upon the details of the case, or he can place the case into a broader context of diseases, work-up principles, and treatment modalities.

The number of students attending the clinic, in addition to the examinee, is about 15.

Method

This study concentrated on examination clinics for final-year medical students of internal medicine and surgery at the University of Copenhagen, Denmark. The authors observed 20 teaching sessions chosen at random. In addition, interviews were conducted with five teachers and a random selected group of students, attending the clinics.

An observation instrument was constructed, dividing the teaching session into 45 units of observation. One dimension of the instrument was columns of content, chosen in accordance with normal procedure in the clinical approach to the patient (Morgan & Engel, 1969). The other dimension recorded the teacher, student, the class as a whole, or the patient as contributing to the teaching exercise.

The observer-reliability was calculated after the method indicated by Scott (Flanders, 1967). The reliability-coefficient was 0.78.

The interview-data was used to extend the observation picture of the clinics. Semi-structured interviews was conducted for teachers and students individually inquiring about the objectives of the clinics, the educational outcome, and how the clinics were carried out.

Results

Figure 1 pictures the teacher's indications of the objectives for their clinics, placed on a continuum. At one extremity we have placed objectives referring to the testing of concrete medical knowledge and to judging skills in collecting relevant data. In the middle section are placed those objectives stimulating the students to take a comprehensive view of a case, to synthesize clinical knowledge and to generate diagnostic hypothesis. At the other extremity are placed objectives referring to application of knowledge in unprepared contexts, to clinical problem solving and to reasoning ability across preclinical and clinical subject matter.

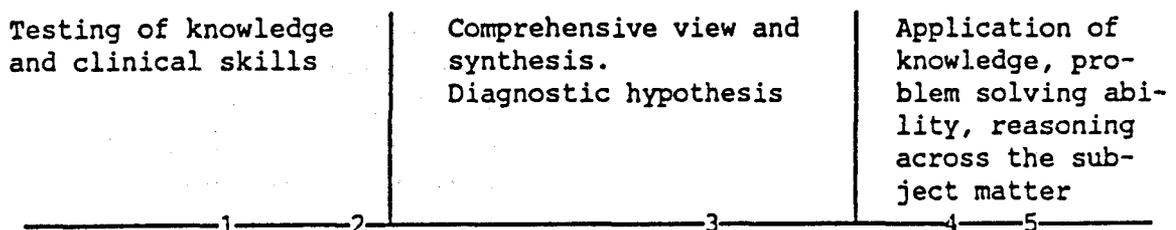
Going a little into detail, teacher no. one sees the aims of his clinics as being to prepare the students for the exam and to demonstrate for them the requirements to be fulfilled. According to this teacher the most pronounced pedagogic function of the clinics lies in the opportunity to fill in gaps in the students' knowledge and to give them an overall sense of clinical skills.

Teacher no. two stresses the importance of training clinical examination, including collecting histories and carrying out physical examinations. Besides special skills in these areas, the student should be able to present an overall picture of the patient, in relation to other maladjustment as well as to social implications.

By contrast, teachers no. three and four prioritize objectives referring to the ability to demonstrate a comprehensive view of the clinical situation on the part of the students and skills in synthesizing history data and physical examination information. Teacher no. three points out that the students should be able to advance proposals for diagnosis and plans for treatment, (with a certain amount of accuracy) as well as defend the proposed decisions. In addition, teacher no. four argued that the clinics, in contrast to the ordinary coursework which is mainly nosology in orientation, should promote reasoning in relation to the actual patient and, furthermore, "activate associations across the subject matter", as he expressed it. The viewpoint of knowledge and problem solving ability in unprepared cases was considered important. Coherent reasoning in relation to the patient was

Figure 1

Objectives for the clinics as indicated by the teachers.



also emphasized.

Although the teaching method at hand, in this case the clinical teaching, structures the educational process, it seems clear that the teachers intended to utilize the potentialities of the teaching clinics to varying degrees.

Using the indicated objectives as a base, it was possible to relate (1) the teacher's description of the teaching methods employed during the clinics, to (2) the observational data from the clinics registered by the observers.

1. The teacher's description of the teaching methods employed.

Table 1 summarizes the feature characterizing the teaching methods of each of the five teachers.

It was concluded that a high degree of consistency existed between the stated objectives and the teacher's description of the actual teaching methods used.

2. Recorded data on the teaching method used

The course of the clinic was recorded for each teacher, with respect to the content of the clinic, and the time devoted to each observational category.

The observational categories registered can be found in table 2.

Table 2. Observation categories

-
- A: Problem formulation
 - B: Data presentation
 - C: Data collection
 - D: Suggestion of diagnoses
 - E: Verification of diagnoses
 - F: Reference to disease entities
 - G: Treatment
 - H: General information
 - I: Other behaviour
 - J: Evaluation of present teaching session
-

Table 1

| Teacher no. | Characteristic teaching method employed. |
|-------------|--|
| 1 | The student is given the opportunity to present the patient; the teacher interferes if gaps in the student's knowledge are discovered. The student is then put back on the right track. |
| 2 | The students are encouraged to obtain all the information they can from the history data and physical examination findings, and to arrange the findings in a coherent way. |
| 3 | The teacher acts as a catalyst to the student's efforts to obtain a comprehensive view and to guide the reasoning of the students. |
| 4 | The students should be kept active. This means that the clinic should function like a ping pong play, provided that the students are able to volley the ball to the other side of the net. |
| 5 | If the students proceed through the findings too smoothly some obstacles will be imposed in order to encourage reasoning and problemsolving abilities. |

The contribution to the clinic from the teachers and the students for each of the observational categories is depicted in table 3 (a) and (b) respectively. It should be noted that data from only four of the teachers were available.

In general, a complementary trend appears when the teachers' and students' data are compared, i.e. the teachers take over on the categories D - I and, correspondingly, the students give way.

Looking at the data for each teacher, teacher no. one in accordance with his stated objectives and the

Table 3 a: Percentage of teacher performance in the observational categories
Observation category

| Teacher | No. of teaching sessions | A and B | C | D and E | F | G | H, I and J |
|---------|--------------------------|---------|------|---------|------|------|------------|
| 1 | 3 | 3.7 | 4.0 | 18.2 | 37.6 | 6.9 | 29.5 |
| 2 | 3 | 9.9 | 38.4 | 22.9 | 12.3 | 4.8 | 11.7 |
| 3 | 2 | 1.4 | 29.1 | 23.3 | 9.3 | 3.2 | 33.7 |
| 4 | 4 | 6.6 | 21.9 | 33.0 | 19.0 | 14.4 | 5.0 |

Table 3 b: Percentage of student performance in the observational categories
Observation category

| Teacher | No. of teaching sessions | A and B | C | D and E | F | G | H, I and J |
|---------|--------------------------|---------|------|---------|------|-----|------------|
| 1 | 3 | 51.1 | 1.0 | 15.0 | 19.3 | 5.1 | 7.8 |
| 2 | 3 | 67.9 | 16.5 | 15.6 | 0 | 0 | 0 |
| 3 | 2 | 37.0 | 9.4 | 24.5 | 7.7 | 3.2 | 18.4 |
| 4 | 4 | 44.5 | 12.2 | 26.2 | 9.6 | 6.5 | 0.7 |

description of his teaching style, actually gives the students the opportunity to present cases, hence the low value in category A and B for teacher section and the high value in the same categories in the student section. On the other hand, the contribution of this teacher in category F (reference to disease entities) is extremely high, which might be seen as a consequence of the teacher's deliberate effort to guide the student, correct errors and give more information to students in need of it. The outstandingly low values in category C in both teacher and student section corresponded to teacher no. one's notion that the clinics should give less priority to training physical examination skills. By contrast, teacher no. two emphasized the training of students in this activity, a fact which is reflected by the high values in category B C (both teacher and student section). For teacher no. three, there is an accumulation in the categories D, E and H, I, J reflecting his explicit goal to stimulate the students to reason and synthesize histories with physical examination data in order to suggest and discuss diagnosis, as well as to place concrete cases in a wider context. As has been pointed out, teacher no. four aims to foster reasoning ability across the subject matter, a purpose which seems to

have been achieved, when looking at the pattern in the teacher and student section, e.g. the high value in categories D, E and F and the comparatively negligible values in categories H, I, J.

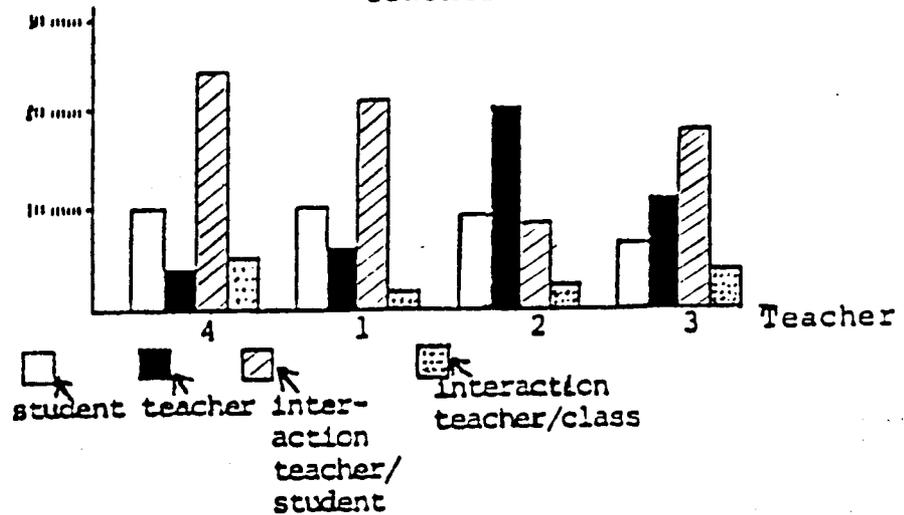
Furthermore, the data shows a remarkable variation between the teacher's - student's contribution at various points in the clinics. Though, it should also be noted that the main bulk of the contribution from teachers and students is centered around the more elementary categories A, B and C. This is particularly notable as the students are just about to complete their education as basic doctors.

Another set of observational data which throw some light on the relation between the teachers choice of objective and his actual teaching concerns the interaction pattern during the clinics.

It appears that teacher no. two dominates the clinics at the expense of teacher-student interaction. This is in accordance with previous findings which show that this teacher attempts to guide the students in collecting history and physical examination data and to arrange them in a coherent whole. As to the interaction profile for teacher no. one and four there is a high degree of resemblance, but according to the objectives methods and the quality of the teacher-student encounter varied a

Fig. 2 Interaction profile for each teacher observed

Average time spent on different types of interaction



great deal. Consequently, the interaction during the clinics for teacher no. one dealt mainly with testing the knowledge of the students, where as teacher no. four tried to stimulate the reasoning and inquiring ability of the students.

Conclusion and discussion

This study has demonstrated that the teachers' choice of learning objectives closely correspond to their own description of the teaching methods employed and to the actual teaching in practice, as observed by the authors.

In so far as the objectives reflect the teachers' epistemological view points concerning the character of the knowledge and skills that should be acquired through clinical teaching the study yields some support to the assumption of Tibbles (1981).

Where Tibbles considers the teaching styles (naming, authoritarian, Socratic, heuristic and counseling styles) to be a logical extension of epistemological apprehension our findings indicate that the teachers' implicit choice of teaching objectives acts as the determinant of his teaching style.

In this way, the teaching objectives link the teacher's philosophical point of view on clinical teaching with his actual teaching performance.

However, during the interviews we did not inquire into the teachers' epistemological points of view, and it may be suggested that some of the teachers did not, at a conscious level, contemplate epistemological options. In this case, the link may reflect the possibility that the teacher's selection of objectives are determined by their inherent teaching abilities.

The study demonstrates the need to stimulate teachers to select educational objectives deliberately and with awareness of the consequences for the teaching - learning situation.

In this context an alternative approach to clinical teaching described by Krassier (1983) as based on iterative hypothesis testing to teach diagnostic and therapeutic problem solving skills may represent a fruitful extension of the common repertoire of the clinical teaching format.

References

Flanders, N.A.: The Problems of Observer Training and Reliability. In: Amidon, E.J. & Hough, J.B. (eds): Interaction Analysis. Reading (Mass.) Addison - Wesley, 1967.

Krassier, J.P.: Teaching Clinical Medicine by Iterative Hypothesis Testing. The New England Journal of Medicine, 1983, 309, 921-923.

Morgan, W.L. & Engel, G.L.: The Clinical Approach to the Patient. Philadelphia, Saunders, 1969.

Tibbles, L: Epistemologies Inherent in Various Clinical Teaching Styles. Journal of Medical Education, 1981, 56, 445-446.

Helge Dohn, cand. psych.
Jorgen Nystrup, M. D.
Amtssygehuset Fjorden
Smedegade 10 - 16
DK 4000 Roskilde

"STUDENTENSCHWEMME - ÄRZTESCHWEMME": ZUR ÜBERFÜLLUNGSKRISE IN DER MEDIZIN: EIN BEITRAG ZUR PROBLEMGESCHICHTE

Reinhard Lohölter, Frankfurt/Main

Zusammenfassung

Ausgehend von der gegenwärtigen ärztlichen Arbeitslosigkeit werden eine Diskussion aus den Jahren 1797/98 zur Überfüllungskrise in der Medizin dargestellt und das bildungspolitische Reaktionsmuster herausgearbeitet. Der zyklische Wechsel von Mangel und Überfüllung war auch für die Medizin des 19. und 20. Jahrhunderts charakteristisch. Die Versuche zur Steuerung der Studentenzahlen über die Änderung der Prüfungs- und Bestallungsvorschriften sind von beeindruckender Erfolglosigkeit gewesen.

"Seit den frühen 80er Jahren stand die Unterrichtsverwaltung im Banne des Überfüllungsproblems, übte die vieldiskutierte Gefahr der Entstehung eines "akademischen Proletariats" einen kaum zu überschätzenden Einfluß auf die preußische Bildungspolitik aus" (Titze 1984, S. 115).

1. Einleitung

Auf dem Ärztetag 1989 bildete die ärztliche Arbeitslosigkeit eines der Schwerpunktthemen. Im Herbst 1988 waren 8115 Ärztinnen und Ärzte arbeitslos gemeldet, das sind 4,6% der berufstätigen Ärzte. Bis 1995 wird, auf der Grundlage der gegenwärtigen wirtschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen, mit einem Anstieg auf etwa 40000 bis 54000 arbeitslose Mediziner gerechnet (Clade 1989). Die seit einigen Jahren einsetzende Überfüllungskrise in der Medizin ist keineswegs ohne historisches Beispiel. Ein Blick auf die letzten 200

"Student glut - doctor glut": The perennial manpower crisis in medicine. A contribution to the history of the problem.

Summary

Starting with the current physician unemployment a discussion of the late 18th century about an oversupply with physicians is presented. The characteristic strategy to deal with the doctor glut is summarized. The perennial change of physician manpower shortage and oversupply leads to the conclusion that strategies to streamline the number of medical students through changes in educational and licensure requirements have been impressively unsuccessful.

Jahre zeigt, daß in Zeiten eines starken Anstiegs der Zahl der Medizinstudenten und Ärzte sich charakteristische bildungspolitische Vorschläge und Reaktionsmuster - gleichsam Regeln des Krisenmanagements - formieren. Dies soll exemplarisch anhand der Überfüllungsdiskussion der Jahre 1797/98 deutlich gemacht werden.

2. Die Überfüllungsdiskussion der Jahre 1797/98

Die Zahl der Studenten an den deutschen Universitäten schwankte in der ersten Hälfte des 18. Jahrhunderts zwischen

4000 und 4400, sie sank bis zur Jahrhundertwende auf unter 3000, wobei der Rückgang in nur 15 Jahren von 3700 im Jahr 1785 auf knapp über 2900 im Jahre 1800 besonders bemerkenswert ist (Eulenburg 1904, S.132). Kamen noch 1736/40 - bei aller Unsicherheit der Bevölkerungsstatistik - in Preußen etwa 1400 Einwohner auf einen Studenten, so vergrößerte sich dieser Wert auf 3800 für die Jahre 1801/05 (Jarusch 1981, S.23). Es war dies nicht zuletzt das Ergebnis staatlicher Regulierungspolitik: "Mit Erwägungen, wie man dem Zugang mangelhaft vorbereiteter junger Leute zur Universität ...wehren könne, hatte man sich im 18. Jahrhundert schon lange getragen" (Paulsen 1921, Bd. 2, S.94). Die zu Beginn des 18. Jahrhunderts "nach langer Stockung überall eintretende Überfüllung der Universitäten" (s.o.) bildete den Hintergrund für zahlreiche Edikte in verschiedenen Ländern, um vor allem den Kindern der niederen Stände die Gelüste zum Universitätsbesuch zu vergällen.

Das Problem

Trotz des scharfen Rückgangs der Gesamtzahl der Studenten finden wir gegen Ende des 18. Jahrhunderts warnende Veröffentlichungen über die wachsende Zahl der Mediziner. Zwischen 1777 und 1787 hatte es einen deutlichen Anstieg des Anteils der Medizinstudenten von etwa 7% auf rund 18% aller Studenten gegeben (Jarusch 1981, S.45). Eulenburg (1904, S.210) konstatiert für das Ende des 18. Jahrhunderts eine "Übersättigung" für die Medizin; er errechnet für den Anfang des 19. Jahrhunderts einen Medizineranteil von etwa 20% im Durchschnitt aller deutschen Universitäten. Im "Kaiserlich privilegierten Reichs-Anzeiger" beginnt 1797 mit dem Leitartikel von Hildebrandt (1764 - 1816), Professor der Medizin, Chemie und Physik in Erlangen, eine Diskussion über die "Ärztenschwemme".¹ Einen

Monat später äußert sich Böttiger zum gleichen Thema, 1798 greift Heusinger (1752 - 1820), Philologe und Gymnasialdirektor in Braunschweig, die Problematik erneut auf. Hildebrandt stellt fest: "Man bemerkt auf mehreren deutschen Akademien seit einigen Jahren, daß die Anzahl der Mediciner, und mithin auch schon in mehreren Städten, daß die Zahl der Aerzte unverhältnismäßig zugenommen hat" (Hildebrandt 1797, Sp.797).²

Die vor beinahe 200 Jahren geführte Debatte enthält zahlreiche Argumente, Positionen und Vorschläge, die uns in späteren Überfüllungsdiskussionen bis auf den heutigen Tag immer wieder begegnen werden. Sie seien deshalb etwas ausführlicher vorgestellt.

Die Ursachen

1. Die Unterschichten wollen nach oben; "die unteren Volksklassen" streben "nach Rang und Ansehen" (Heusinger 1798, S.33). Das beschwerliche Leben der Eltern soll den Kindern erspart bleiben. Die Oberschichten aber wollen nicht nach unten; wenn die Eltern "studiert sind", müssen auch die Kinder - nur die männlichen selbstredend - zur Universität.
2. Der Schulunterricht ist für die "Studiensucht" verantwortlich. Das Buchwissen zählt, das Handwerk, die praktischen Kenntnisse gelten als zweitrangig. Das eingefleischte Vorurteil der meisten Lehrer wird kritisiert, "daß ein Knabe von Talenten nothwendiger Weise studieren müsse" (Heusinger 1798, S.33).
3. Der Zudrang zur Medizin wird als Ergebnis der Überfüllung in den anderen akademischen Berufen (Theologie, Jura) gesehen, nicht als Ausdruck gewachsenen Interesses der studierwilligen Jugend. Bei der Wahl des Studienfaches dominieren materielle Motive. Es fällt der Begriff von der "Medizin als Modestudium" (Böttiger 1797, Sp. 989).

Die beklagten Folgen

1. Viele Ungeeignete wollen Arzt werden. Die Vorkenntnisse vieler Studienanfänger seien so mangelhaft, daß sie "beständig Stümper bleiben" werden (Hildebrandt 1797, Sp.798). Philosophie und Mathematik seien so manchem jungen Arzt kaum dem Namen nach bekannt, die Kenntnisse in für die Medizin so eminent wichtigen Latein ließen im Vergleich zu früher entschieden zu wünschen übrig. Auch die Verachtung des "Brotstudiums" schwingt schon mit. Wer ungenügend vorbereitet auf die Universität kommt, habe eben seine liebe Mühe bereits damit, sich das zum Bestehen der Prüfungen notwendigste Wissen anzueignen.

2. "Die Menge schwächt das Einkommen" (Heusinger 1798, S.32f.). Die junge Generation ist die Konkurrenz von morgen. Sinkende Einkommen zögen marktschreierisches Gehabe, gar Scharlatanerie - "Praxis-Jäger" - bei einem Teil der Ärzte nach sich. Es werde versucht, mit zweifelhaften Methoden Geld zu verdienen. Zu viele Ärzte seien also eine Gefahr für die Patienten.

3. Zu viele Ärzte seien auch für die Medizin als Wissenschaft schädlich; sie würden "durch die heterogensten Motive zu öffentlicher Theilnahme an dem allgemeinen Ideenumsatz gebracht" (Heusinger 1798, S.33). Es werde publiziert, um sich beim Publikum bekannt zu machen und Einkünfte zu erzielen und nicht, um wissenschaftliche Erkenntnisse zu verbreiten. Qualität werde durch Quantität ersetzt.

Die Änderungsvorschläge

1. Die "Studiensucht" der Unter- und Mittelschichten wird als Bedrohung empfunden und soll daher eingedämmt werden. Abhilfe wird durch Eingreifen der staatlichen Obrigkeit erwartet: "die Staatspolizey jedes gut eingerichteten Staates" solle Anstalten treffen, "daß nicht mehr so viele...junge Leute Medicin studieren" (Hildebrandt 1797, Sp.798).

2. Abschreckend wirken sollen schärfere Prüfungen, und zwar sowohl vor Studienbeginn ("die Ankömmlinge sogleich einer strengen Prüfung...unterwerfen", Böttiger 1797, Sp.990) als auch bei Studienende; es seien "sehr strenge Prüfungen der Candidaten anzustellen" (Hildebrandt 1797, Sp.798): "Ernstlichere und schärfere Prüfungen müßten vortreffliche Dienste leisten" (Heusinger 1798, S.35). Die Prüfungen sollten "bei offenen Thüren" (Hildebrandt 1797, Sp.798) stattfinden; die medizinischen Fakultäten seien überdies für grobe therapeutische Fehler ihrer Absolventen verantwortlich zu machen. Auf die abschreckende Wirkung derartiger Prüfungen wird allerdings nur in zweiter Linie gesetzt. Das erwünschte Durchgreifen wird den Prüfern, sowohl den Lehrern in der Schule als auch den Universitätsprofessoren, nicht zugetraut.³

3. Grundsätzliche Abhilfe wird von der Entwicklung attraktiver Karrierealternativen durch Schaffung bzw. Ausbau der sog. Bürger-, Industrie- oder Realschule erwartet, die nach Möglichkeit das studierwillige Jungvolk in nichtakademische, handwerkliche, "reale" Berufe kanalisieren sollen. Fehlgeleitete, irreführende Begabungen gingen ihrer eigentlichen Bestimmung entgegen: "Wir werden mehr glückliche Menschen um uns sehen" (Heusinger 1798, S.37).

Aus heutiger Sicht bemerkenswert ist auch, was nicht bemängelt wird. Kritik an Struktur und Inhalten des Medizinstudiums fehlt. So findet sich etwa der in späteren Debatten bis auf den heutigen Tag mit ermüdender Regelmäßigkeit wiederkehrende Hinweis auf den mangelhaften Praxisbezug des Universitätsstudiums hier nicht. Am Rande sei vermerkt, daß Ende des 18. Jahrhunderts durchaus nicht mit Kritik an der Qualität der medizinischen Ausbildung - gerade auch seitens hervorragender Ärzte und Gelehrter - gespart wurde. Zu den schärfsten Zungen

gehörte J.P.Frank, der 1784 gegen die frisch approbierten Ärzte Maßnahmen forderte "als wider den Zug der Heuschrecken" (zit. nach Wenig 1969, S. 41). Frank hatte schon 1779 erklärt, die Hälfte der Hochschulen sei "so ausgeartet, daß sie wie die Tuchfabriken jährlich eine gewisse Anzahl von Stücken liefern, die bei den Ärzten oft noch schlechter als das geringste Zeug ausfallen".⁴ Das Medizinstudium befand sich gegen Ende des 18. Jahrhunderts bereits in einer Art Dauerdebatte und -kritik, die auch zu erheblichen Umgestaltungen führte (Frank 1817).⁵

Übersicht 1 faßt das bildungspolitische Argumentationsmuster, das die Debatte von 1797/98 durchzieht, zusammen. Es enthält ein Grundgerüst, das in späteren Diskussions- und Entscheidungsprozessen - wenngleich ergänzt um weitere Komponenten - immer wieder auftaucht.

3. Mangel und Überfüllung im 19. und 20. Jahrhundert

3.1 Die einzelnen Zyklen

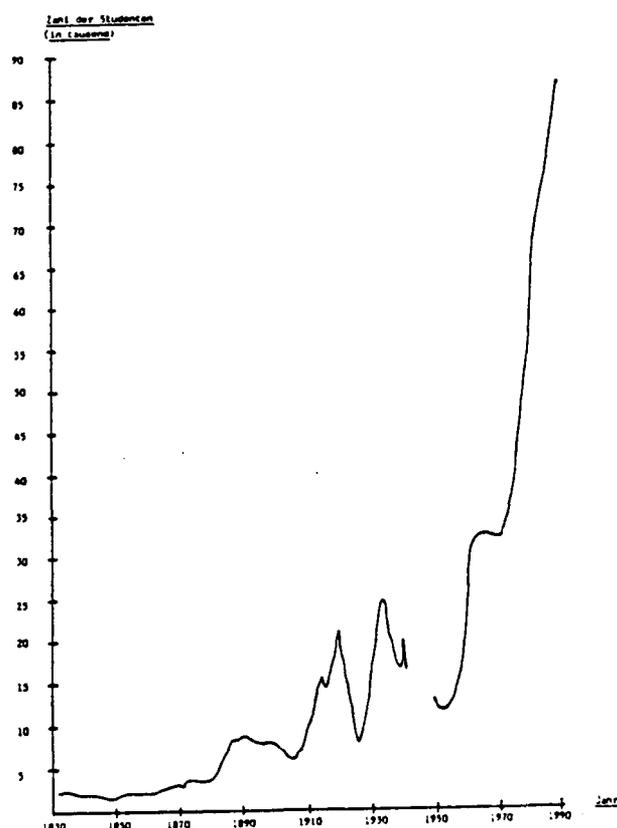
Die Entwicklung der letzten 200 Jahre zeigt, daß Zeiten des Ärztemangels und des Überschusses einander abwechselten. Entsprechend war periodisch von zu weni-

Übersicht 1.: Das Argumentationsmuster in der Überfüllungsdiskussion der Jahre 1797/98

| Ursachen | Folgen | Vorschläge |
|---|--|--|
| Wunsch nach sozialem Aufstieg | Studierunfähigkeit, krasse Studiendefizite | Drosselung des Zugangs |
| Fehlgeleitete Schulpolitik | Patientenversorgung leidet | Schärfere Prüfungen |
| Überlauftendenz aus überfüllten Studiengängen | medizinische Wissenschaft nimmt Schaden | Schaffung von Alternativen zum Studium |
| Materielle Studienmotivation | Überfüllung des Berufs, Einkommensverluste | |

gen oder zu vielen Medizinstudenten die Rede. Die historisch-empirische Bildungsforschung hat dies für Preußen und das Deutsche Reich für die Zeit von 1820 - 1944 hervorragend dokumentiert (Titze 1984, 1987). Titze (1984) hat für den Zeitraum vom Vormärz bis zum 2. Weltkrieg fünf Zyklen herausgearbeitet. Während die beiden ersten - von 1830 bis 1848 und von 1848 bis Mitte der 70er Jahre - im langfristigen Trend kaum sichtbar werden (Abb. 1), ist die dritte Welle bereits deutlich erkennbar (etwa ab 1875 bis 1905). Mit ihr kommt es in den 90er Jahren erstmals zu einem "Ungleichgewicht auf dem ärztlichen Arbeitsmarkt" (Titze 1984, S. 105f.). Der vierte Zyklus - 1905 bis 1925 - bringt nach dem 1. Weltkrieg eine z.T. erhebliche Überfüllung im Arztberuf mit sich. Der fünfte Zyklus endet etwa 1940.

Abb. 1: Die Studierenden der Medizin an den deutschen Universitäten seit 1830*



* Nachkriegszahlen nur für die Bundesrepublik Deutschland
 Quellen: Beske 1960, Statistisches Bundesamt, Titze 1987

nachdem die Ärzteschaft durch die großenteils bereitwillige Integration in das "Dritte Reich" und die Vertreibung jüdischer Ärzte aus ihren Ämtern in vielfältiger Weise vom Nationalsozialismus profitiert hatte (van den Bussche 1989). Ende der 40er Jahre hat es erneut in größerem Umfang ärztliche Arbeitslosigkeit gegeben. Vor allem unter den jüngeren, in den Kriegsjahren ausgebildeten Ärzten sowie unter den aus den östlichen Gebieten abgewanderten und vertriebenen Ärzte war dies der Fall. Diese Arbeitslosigkeit verlor sich erst mit dem Wirtschaftsaufschwung der 50er Jahre. Seither stehen wir vor einem historisch neuen Phänomen; die sechste Welle hätte erwartungsgemäß um 1970 ihren Wendepunkt erreichen und abfallen müssen. Tatsächlich ist dieser Wendepunkt erkennbar, kurz danach tritt jedoch ein steiler, bislang nicht gekannter Anstieg auf, der erst in jüngster Zeit abflaut.

3.2 Änderungen der staatlichen Prüfungs-/Approbationsordnungen

In den letzten 175 Jahren hat es mehrfach umfangreiche, tiefgreifende Veränderungen der staatlichen Studien- und Prüfungsordnungen in der Medizin gegeben. Sieht man von der Zeit des Nationalsozialismus ab - als die Zahl der Medizinstudenten zur Kriegsvorbereitung bewußt auf einem hohen Niveau gehalten bzw. noch erhöht wurde - hat es in der Hochphase eines jeden Zyklus ein Argumentationsmuster gegeben, das dem von 1797/98 im Grundsatz ähnlich war. Für das Ende des 19. Jahrhunderts ist dies von Huerkamp (1985) detailliert nachgezeichnet worden. Die Kombination "Drosselung des Zugangs" und "schärfere Prüfungen", verbunden mit erhöhten Studienanforderungen und einer verlängerten Studienzeit, sollte jeweils Abhilfe schaffen. Dies gilt auch für viele der zahlreichen Änderungen der Bestallungs-

und Approbationsordnungen im 20. Jahrhundert. Umgekehrt waren Zeiten eines politisch oder auch öffentlich definierten Ärztemangels verbunden mit einer Verkürzung der Studienzeiten und z.T. auch mit einer Verringerung der Prüfungsanforderungen (1939 und 1970).

Ist ein Zusammenhang zwischen dem Zeitpunkt der Änderung der Prüfungsordnungen und dem Absinken der Studentenzahlen nachweisbar? Betrachtet man die größeren Veränderungen der staatlichen Prüfungs-/Approbationsordnungen (siehe Tab. 1), so ist aus der Entwicklung der Studentenzahlen in den Jahren vor und nach der geänderten Ausbildungsordnung nicht erkennbar, daß den staatlichen Steuerungsmaßnahmen in Preußen und im Deutschen Reich Erfolg beschieden war. Nach 1825 steigen die Studentenzahlen weiter an, gleichfalls nach 1871, 1883, 1924/27 und 1932. Dem kurzfristigen Absinken nach 1901 und 1918/19 folgt bald ein umso deutlicher Anstieg. Für die Bundesrepublik herrscht, völlig unabhängig von Änderungen der Ausbildungsordnung, ein kontinuierlicher, teils steiler Anstieg der Studentenzahl vor, ausgenommen die Jahre um 1970, als die Zahl geringfügig sinkt, um danach um so beeindruckender hochzuschleunigen. Änderungen in der Gestaltung des Studiums (Verlängerung oder Verkürzung der Studienzeit, neue Studieninhalte) und der Prüfungen (zusätzliche Fächer, Teilung von Prüfungsabschnitten, neue Prüfungsformen) haben offenbar keinen Einfluß auf die Steuerung der Studentenströme. Die Wiederkehr von Überfüllung und Mangel ist von bemerkenswerter Eigendynamik, Zweifel an der politischen Steuerbarkeit der Prozesse sind nur zu berechtigt (Titze 1984, S. 109).

4. Schlußbetrachtungen

In jeder Überfüllungsphase gab es selbstverständlich Bemühungen von staat-

Tab. 1: Änderungen der Prüfungs-/Approbationsordnungen, Zahl der Medizinstudenten und Ärzte in Deutschland seit 1825

| Jahr | Änderungen der Prüfungs-/Bestallungs-/Approbationsordnungen | Zahl der Medizinstudenten | Anteil Hochschulstudenten | Berufstätige Ärzte | Einwohner pro Arzt | | |
|---------------------------|---|---------------------------|---------------------------|--------------------|--------------------|---------|-------|
| 1825 ¹⁾ | Verlängerung des Studiums von 3 auf 4 Jahre; Verschärfung der Prüfungsbestimmungen; Einführung des Tentamen philosophicum; | 1820 | 629 | 20,0 | 1820 ⁵⁾ | 4 423 | 2 877 |
| | | 1825 | 697 | 13,5 | 1837 | 4 736 | 2 972 |
| | | 1835 | 877 | 17,6 | 1861 | 6 024 | 3 067 |
| 1861 | Ersetzung des Philosophicum durch das Physicum Neuordnung von Studium und Prüfungen; Wegfall d. Promotion als Voraussetzung d. Zulassung zum Staatsexamen; Staatsexamen nicht mehr nur bei Berliner Prüfungskommission allein, sondern vor örtlichen Kommissionen | 1860 | 2 108 | 17,7 | 1867 | 6 128 | 3 209 |
| 1869/ 71 ²⁾ | | 1870 | 3 140 | 22,2 | 1876 ⁶⁾ | 13 728 | 3 112 |
| | | 1880 | 4 017 | 19,1 | | | |
| 1883 | | 1883 | 6 118 | 24,4 | 1885 | 15 764 | 2 980 |
| | Verlängerung des Studiums von 8 auf 9 Semester; zusätzliche Prüfungsfächer bei Vorprüfung u. Staatsexamen; Streichung d. mündl. Schlußprüf. b. Staatsexamen; endgült. Wegfall des Praktischen Jahres f. d. süddeutschen Universitäten | 1890 | 8 724 | 30,2 | 1891 | 19 630 | 2 540 |
| | | 1900 | 7 415 | 21,9 | 1900 | 27 374 | 2 060 |
| 1901 | | 1905 | 5 827 | 14,3 | 1905 | 31 041 | 1 950 |
| | Verlängerung d. Studiums auf 10 Sem.; Einführung zusätzlicher Kurse, Praktika u. Pflichtvorlesungen in Vorklinik u. Klinik; Verlängerung d. Ausbildungszeit durch Einführung d. Prakt. Jahres im Anschluß a. d. Studium | 1910 | 10 327 | 19,5 | 1909 | 30 558 | 2 080 |
| 1918/19 | | 1920 | 19 122 | 22,1 | | | |
| 1924 | | 1925 | 7 758 | 13,0 | 1924 | 40 139 | 1 570 |
| 1927 | Verlängerung des Studiums auf 11 Semester | 1930 | 18 088 | 18,2 | 1930 | 47 527 | 1 370 |
| 1932 | | 1935 | 19 974 | 35,0 | 1935 | 47 624 | 1 400 |
| 1939 | Teilung d. Vorprüfung in einen naturwissenschaftl. u. anat.-physiolog. Abschnitt Binf. eines 6-monat. (später 4-monat.) Krankenpflegedienstes u. einer 6-monat. Famulatur; zahlreiche neue Kurse, Praktika und Pflichtvorlesungen; Aufhebung der geteilten Vorprüfung; Verkürzung d. Studiums auf 10 Sem. (1938); Abschaffung d. Prakt. Jahres | 1940 ³⁾ | 18 414 | 51,0 | 1939 | 47 832 | 1 450 |
| | | 1950/51 | 13 505 | 12,1 | 1950 | 68 135 | 735 |
| 1953 ⁴⁾ | | 1953/54 | 10 720 | 9,3 | 1953 | 69 411 | 730 |
| | Verkürzung v. Krankenpflegedienst (8 Mo.) u. Famulatur (3 Mon.); Wiedereinf. d. geteilt. Vorprüfung; 2 J. Medizinalassistentenzeit nach d. Studium | 1955/56 | 12 503 | 9,9 | 1956 | 74 942 | 711 |
| | | 1960/61 | 26 026 | 10,5 | 1960 | 82 678 | 675 |
| 1970 | | 1965/66 | 33 688 | 10,9 | 1965 | 92 414 | 642 |
| | Aufhebung d. geteilt. Vorprüf.; Verkürzung d. Famulatur auf 2 Mon. (1978 Verläng. auf 4 Mon.); Verkürzung d. Studiums auf 6 Jahre; Wiedereinf. d. Prakt. Jahres als Teil d. Studiums; mehrere neue Kurse u. Praktika; neues Prüf.system (Dreiteilung d. ärztl. Prüf., fast ausschl. Multiple-Choice-Prüfungen) | 1970/71 | 33 099 | 7,9 | 1970 ⁷⁾ | 99 440 | 614 |
| | | 1975/76 | 43 260 | 6,2 | 1975 | 118 000 | 522 |
| | | 1980/81 | 68 773 | 8,2 | 1980 | 139 452 | 442 |
| 1985 | Einführung zusätzl. mündl. Prüfungen; Einführung des Arztes im Praktikum im Anschluß an das Studium (Dauer: 18 Monate) | 1985/86 | 84 063 | 8,1 | 1985 | 160 902 | 379 |
| | | 1988/89 | 86 812 | 7,6 | 1988 | 177 001 | 346 |

1) Preußen 2) Deutsches Reich 3) Mittelwert der Trimester 1 - 3 des Jahres 1940 4) Bundesrepublik 5) Zahlen für Preußen incl. Mundärzten
6) Zahlen für Deutsches Reich und Bundesrepublik (bis 1965) aus Koller 7) Zahlen ab 1970 Bundesärztekammer 1989 Quellen: Beske 1960, Bundesärztekammer 1989, Pühr 1989, Huerkamp 1985, Koller 1970, Sachverständigenrat 1989, Statistisches Bundesamt, Titze 1987, Wenig 1969

licher Seite, die Entwicklungen in den Griff zu bekommen (van den Bussche 1989, Huerkamp 1985, Titze 1984). Läßt man die Versuche bildungspolitischer und -administrativer Steuerung der Studentenzahlen in der Medizin Revue passieren, so beeindruckt sie durch ihre Erfolglosigkeit. Entweder bewirken sie gar nichts oder sie setzen so spät ein, daß sie allenfalls einen ohnehin wirksamen Trend verstärken.

Seit 1988 sind erneut - nach rund 10jähriger Debatte - gravierende Änderungen wirksam ("Arzt im Praktikum"), weitere werden vorbereitet. Den medizinischen Fachbereichen und Fakultäten soll jetzt sogar vorgeschrieben werden,

wieviele Studenten jeweils am einzelnen Patienten unterrichtet werden dürfen (BMJFFG 1989). In die Vorklinik sollen drei zusätzliche Pflichtseminare und zwei zusätzliche Pflichtpraktika aufgenommen werden, erstere hauptsächlich mit Kapazitätsmindernden Absichten. Wiederum wird versucht, durch Eingriffe in die Struktur der ärztlichen Ausbildung das Instrumentarium zur Senkung der Studentenzahlen zu schaffen. Auch diesmal ist unverkennbar, daß das Interesse der Studienbewerber am Medizinstudium bereits seit Jahren massiv sinkt, die Studentenzahlen pendeln sich - allerdings auf einem sehr hohen Niveau - allmählich ein. Wahrscheinlich würde ohne administrative

Eingriffe in den kommenden Jahren aufgrund der zunehmenden ärztlichen Arbeitslosigkeit die Studentenzahl ohnehin stark absinken.

Angeichts der historischen Erfahrungen muß mehr Augenmaß und Vorsicht bei jeder weiteren Änderung der Approbationsordnung verlangt werden. Es mag unpopulär sein, dies zu fordern, aber die drängenden Probleme der ärztlichen Arbeitslosigkeit sollten ohne dauernde hektische und unausgewogene Eingriffe in die Gestaltung des Medizinstudiums gelöst werden. Es ist sehr zu hoffen, daß auf der Grundlage der Vorschläge des Murrhardter Kreises die beim Wissenschaftsrat und beim Bundesgesundheitsministerium gebildeten Sachverständigenkommissionen Konzepte für eine inhaltliche und strukturelle Modernisierung unseres Medizinstudiums erarbeiten, die dann auch politisch umgesetzt werden.

Anmerkungen

1. Hildebrandt persönlich scheint sich trotz seiner frühen Warnungen gesundheitlich im Unterricht übernommen zu haben. Er "starb in Folge der mit seiner ausgedehnten Lehrthätigkeit verbundenen Anstrengungen schon in dem relativ frühen Alter von 52 Jahren" (Hirsch 1931, S. 220).
2. Es handelt sich allerdings nicht um die erste Diskussion über die "Ärztenschwemme" im deutschen Raum. Dieppen (1959) verweist auf Wünsche "nach einem numerus clausus, die auch schon im 15. und 17. Jahrhundert gelegentlich laut wurden" (S.82).
3. 1725 bereits hatte der preußische Staat durch das "Allgemeine und neu eingeschärfte Medizinal-Edikt und Verordnung vom 27. September" den medizinischen Fakultäten das Recht zur Erteilung der Approbation genommen. Nicht zuletzt die laxen Prüfungspraxis sowie die Käuflichkeit der Dissertationen hatten zu diesem staatlichen Eingriff geführt. Die hohen Promotionsgebühren waren für die kärglich besoldeten Professoren - die vor allem in kleinen Universitäten Studenten in Pension nahmen, ja sogar Schankwirtschaften betrieben, zumal ihnen oft die Privatpraxis nicht offenstand bzw. die Universitätsprofessoren den praktizierenden Ärzten nicht vorgezogen wurden (vgl. Baas 1896, S.337) - eine wesentliche Einkommensquelle geworden, auf die nur ungern verzichtet wurde. Es kam auch noch gegen Ende des 18. Jahrhunderts durchaus vor, daß Personen promoviert wurden, die niemals eine Universität betreten hatten: "Die Fakultät in Halle mußte sich 1774 vorhalten lassen, es seien von Kriminaldepartement Obduktionsatteste eingegangen, die 'von Fahrtschmieden' ausgestellt zu sein schienen - es habe sich aber erwiesen, daß die Fakultät diese Leute "mit dem privilegio des Mordens ausgerüstet habe". Ausdrücklich verteidigte die Hallesche Fakultät noch 1788 ihr Verfahren, die Kandidaten nicht zur Selbstanfertigung der Dissertationen anzuhalten - sie könnten sonst anderswo hingehen! 1795 wurde den preußischen Fakultäten schließlich angedroht, sie mußten die Gebühren wieder herausgeben, wenn sie weiter so freigiebig mit der Doktorwürde umgingen" (Eulner 1970, S.185). Puschmann (1889, S.363) verweist darauf, daß die Dissertationen "von gelehrten Lieferanten, welche die Anfertigung derartiger Arbeiten gewerbmässig betrieben, zu bestimmten Preisen gekauft werden" konnten (vgl. dazu auch Pi-

scher 1876, S.87ff., Baas 1896, S.337 und Wenig 1969, S.40ff.).

4. zit. nach Fischer 1933, Bd.2, S.54; zu den wegweisenden Konzepten Franks sowie zur Verwirklichung seiner Ideen und Vorschläge für die Verbesserung des medizinischen Unterrichts vergleiche Lesky 1955.
5. Das preußische Medizinaledikt von 1725 blieb im wesentlichen bis zum Ende des 18. Jahrhunderts gültig, 1798 erfuhr es durch die "Verordnung, wie es künftig mit der Prüfung angehender Ärzte, Wundärzte und Apotheker gehalten werden soll", eine Präzisierung der einzelnen Prüfungsabschnitte sowie die Einfügung eines klinisch-praktischen Kurses in das Examen. Hatten die Medizinstudenten die Fakultätsexamina bestanden, mußten sie das Staatsexamen in Berlin vor der Ober-Examinations-Kommission ablegen. Diese Prüfung bestand aus drei Teilen, dem anatomischen Kursus, dem klinischen Kursus und der öffentlichen Prüfung, wobei allein der Cursus clinicus, der auch die selbständige Behandlung von Kranken beinhaltete, vier Wochen dauerte und in der Charité stattfand. Damit wurde erstmals ein praktischer Prüfungsteil in die gesetzlichen Bestimmungen aufgenommen. Das gesamte Examen sollte 8 bis 10 Wochen dauern, eine Zeit, die allerdings häufig überschritten wurde. In der Aufnahme des Cursus clinicus in die Prüfungsbestimmungen spiegelte sich die wachsende Bedeutung des klinischen Unterrichts - der Ausbildung am Krankenbett im Hospital - für die ärztliche Ausbildung. Der klinische Unterricht, dem Boerhaave in Leyden zwischen 1715 und 1730 zum Durchbruch verholfen hatte, war von vielen seiner begeisterten Schüler in andere europäische Universitäten getragen worden. Als erste deutsche Universität erhielt Wien 1753 durch van Swieten, den Leibarzt Maria Theresias, eine Klinik für den studentischen Unterricht, es folgten Erlangen im Jahre 1779, Göttingen 1781, Kiel 1788, Jena und Tübingen im letzten Jahrzehnt des 18. Jahrhunderts" (Heischkel 1939, S.1268). Gegen Ende des 18. Jahrhunderts konnten Universitäten, die weder ein akademisches Hospital - mit allerdings nur wenig Betten - besaßen noch eine "Krankenbesuchsanstalt" in Form einer studentischen Begleitung des akademischen Lehrers bei Hausbesuchen anboten, "bereits als rückständig gelten" (Eulner 1970, S.185).

Literatur

- Baas, J.H. 1896: Die geschichtliche Entwicklung des ärztlichen Standes und der medicinischen Wissenschaften. Berlin.
- Beske, F. 1960: Der ärztliche Nachwuchs. Die Medizinstudierenden von 1947 - 1959. Köln, Berlin
- Böttiger, C.A. 1797: Wie kann der zunehmenden Menge von Medicinern auf Universitäten abgeholfen werden. In: Kaiserlich privilegirter Reichs-Anzeiger, Bd. 1, Sp. 989-991
- Bundesärztekammer 1989: Tätigkeitsbericht '89. Köln
- Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit 1989: Entwurf einer Siebenten Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte (Stand: 6. Juni 1989). Bonn
- Bussche, H. van den 1989: Im Dienste der "Volksgemeinschaft". Studienreform im Nationalsozialismus am Beispiel der ärztlichen Ausbildung. Berlin, Hamburg
- Clade, H. 1989: Gemeinsame Anstrengungen zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit. In: Deutsches Ärzteblatt 86, S. C-946-950
- Dieppen, P. 1959: Geschichte der Medizin. II. Band, 1. Hälfte. Berlin

Eulenburg, F. 1904: Die Frequenz der deutschen Universitäten von ihrer Gründung bis zur Gegenwart. Leipzig

Eulner, H.-H. 1968: Historische Aspekte zu aktuellen Fragen des Medizinstudiums. In: Medizinhistorisches Journal 3, S. 180-194

Eulner, H.H. 1970: Die Entwicklung der medizinischen Spezialfächer an den Universitäten des deutschen Sprachgebietes. Stuttgart

Fischer, A. 1933: Geschichte des deutschen Gesundheitswesens. 2 Bände. Berlin

Fischer, G. 1876: Chirurgie vor 100 Jahren. Leipzig

Frank, J.P. 1817: System einer vollständigen medicinischen Polizey. Sechster Band. 1. Teil. Von der Heilkunst und den medicinischen Lehranstalten im Allgemeinen. Wien.

Führ, Chr. 1989: Schulen und Hochschulen in der Bundesrepublik Deutschland. Köln, Wien

Heischkel, E. 1939: Die Entwicklung des medizinischen Unterrichts. In: Med. Welt, 13, S. 1238-1241, 1267-1269

Heusinger, D.J.H.G. 1798: Ein Wort über die zunehmende Menge der Mediciner auf unsern Universitäten. In: Allg. Jahrbuch der Universitäten, Gymnasien, Lyceen und anderer gelehrten Bildungsanstalten in und außer Teutschland, Heft 1, S. 32-37

Hildebrandt, F. 1797: Ein Wort über die zunehmende Menge der Mediciner auf unsern Academien. In: Kaiserlich privilegirter Reichs-Anzeiger, Bd. 1, Sp. 797-799

Hirsch, A. 1931: Biographisches Lexikon der hervorragenden Ärzte aller Zeiten und Völker. 2. Aufl., Bd. 3, Berlin, Wien 1931

Huerkamp, C. 1985: Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert. Göttingen

Jaraus, K.H. 1981: Die neuhumanistische Universität und die bürgerliche Gesellschaft 1800 - 1870. In: Probst, C. (Hrsg.): Darstellungen und Quellen zur Geschichte der deutschen Einheitsbewegung 11. Bd., Heidelberg 1981, S. 11-57

Koller, S. u. Mitarb. 1970: Zahl, Struktur und Nachwuchsbedarf der Ärzte. Bonn

Lesky, E. 1955: Johann Peter Frank als Organisator des medizinischen Unterrichts. In: Sudhoffs Archiv für Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften 39, S. 1-29

Paulsen, F. 1921: Geschichte des gelehrten Unterrichts. Berlin

Puschmann, Th. 1989: Geschichte des medizinischen Unterrichts von den ältesten Zeiten bis zur Gegenwart. Leipzig

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1989: Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung. Jahresgutachten 1989. Baden-Baden

Titze, H. 1984: Die zyklische Überproduktion von Akademikern im 19. und 20. Jahrhundert. Geschichte und Gesellschaft 10, S. 92-121

Titze, H. u. Mitarb. 1987: Datenhandbuch zur deutschen Bildungsgeschichte. Band I: Hochschulen. 1. Teil: Das Hochschulstudium in Preußen und Deutschland 1820 - 1944. Göttingen

Wenig, H.G. 1969: Medizinische Ausbildung im 19. Jahrhundert. Med. Diss. Bonn

Dr. Reinhard Lohöler
Didaktik der Medizin
Fachbereich Humanmedizin
Theodor-Stern-Kai 7
D 6000 Frankfurt a. M. 70

MÖGLICHE VERÄNDERUNG DER STUDIENANFÄNGERZAHLEN IN DER MEDIZIN ¹

Udo Schagen, Berlin

Zusammenfassung:

Praktisch alle Vorschläge zur Studienreform, die von ärztlichen Verbänden oder von den Hochschulen zur Diskussion gestellt werden, gehen davon aus, daß eine Verwirklichung dieser Vorschläge nur bei gleichzeitiger Reduzierung der Ausbildungsplatzzahlen möglich ist. Eine solche Reduzierung ist aufgrund der durch das Grundgesetz garantierten freien Wahl des Ausbildungsplatzes rechtlich und praktisch außerordentlich schwierig. Die Problematik der jüngsten gesetzgeberischen Versuche wird dargestellt und darauf verwiesen, daß für die klinischen Semester auch bei einer - aus Sicht des Verfassers eher unwahrscheinlichen - Einhaltung der zeitlichen Vorgaben mit einer Reduzierung der Studentenzahl frühestens Mitte der neunziger Jahre gerechnet werden kann. Vorschläge zur Studienreform sollten, wollen sie ernst genommen werden, von der Realität der derzeitigen Studentenzahlen ausgehen.

Summary:

Possible changes in the number of admitted medical students in the Federal Republic of Germany

Because of basic principles within the west-german constitution guaranteeing the free choice of education to everybody even with an existing political will within the government and the public administration it is very complicated to reduce the number of admitted students for undergraduate medical education. Doctors organizations and medical faculties in general think that there are no possibilities to realize reforms of medical education without reducing the student numbers. The author shows that even if at all it will be possible reducing of student numbers will take time at least until the midst of the nineties. If medical faculties do not want to abandon the required reforms of medical education they have to take into account the existing student numbers.

Im folgenden werden einige Überlegungen zur politisch intendierten Senkung der Ausbildungsplatz-Zahlen in der Medizin zur Diskussion gestellt.

Absicht dieser Überlegungen ist, zu einer realistischen Einschätzung der Studienbedingungen in den nächsten Jahren beizutragen.

Rechnerisches und tatsächliches Lehrangebot der Fakultäten

Zu Beginn soll daran erinnert werden, welche Voraussetzungen in die Bildung der die Zulassungszahlen für die Humanmedizin bestimmenden gültigen Curricularnormwerte in der Kapazitätsverordnung (KapVO) eingegangen sind. An fast allen Hochschulen wurden die Zulassungszahlen aufgrund der rechnerischen Kapazität der Lehreinheit Vorklinik allein festgesetzt. Eine Korrektur findet bisher nirgendwo statt. Dies festzuhalten ist deshalb von Bedeutung, weil aus diesem Grund auch kaum durch die Gerichte überprüfte Berechnungen für die Lehreinheit Klinik vorliegen. Insofern fällt es besonders schwer, diesbezügliche Prognosen zu stellen, da die "Weichheit" der Parameter für die Klinik mit Sicherheit noch höher zu veranschlagen ist als für diejenigen der Vorklinik.

Für die Bildung der Curricularnormwerte war von einer durchschnittlichen Lehrverpflichtung der Hochschullehrer von 8 und der Wissenschaftlichen Mitarbeiter von 4 Semesterwochenstunden für vorbereitungsintensive Lehrveranstaltungen ausgegangen worden. Da der größere Anteil der vorkli-

nischen Lehrveranstaltungen aber aus Praktika besteht, die als weniger vorbereitungsintensiv eingruppiert wurden, ist in Wirklichkeit von einer Lehrverpflichtung von 16 Semesterwochenstunden für Hochschullehrer und 8 Semesterwochenstunden für wissenschaftliche Mitarbeiter ausgegangen worden. Es gibt sicherlich viele Gründe, denen hier nicht nachgegangen werden kann, warum einer regelmäßigen Lehrverpflichtung von 16 Semesterwochenstunden von vielen Hochschullehrern nicht nachgekommen wird. Aus meiner Sicht liegt aber in dieser Diskrepanz - Berechnung der Zulassungszahlen auf der genannten Voraussetzung, tatsächliches Lehrangebot aber weit darunter liegend - der Hauptgrund für das Mißverhältnis von Studenten zu Dozenten, kurz gesagt der allgemein für die praktische Ausbildung zu hohen Gruppengrößen. Dazu kommt noch die Tatsache, daß die mit mindestens 10. häufig 20 % zu veranschlagende Zahl im Durchschnitt unbesetzter Stellen ebenfalls in die Berechnung eingeht.

Zugelassen wird damit seit Jahren aufgrund eines Berechnungsmodus, der zu einer Lehrkapazität kommt, die nach meiner Schätzung in einer Größenordnung von ca. 30 % lediglich als fiktiv zu betrachten ist!

Einer der im Zentrum der Kritik an der ärztlichen Ausbildung stehenden Punkte, die hohe Studentenzahl in Relation zu den tatsächlich lehrenden Dozenten, kann daher weder durch eine allgemeine Senkung der Studentenzahlen noch durch eine

Streichung von Stellen erledigt werden, da beides allein oder auch beides zusammen die Relation nicht beeinflusst.

Umsetzung politischer Überlegungen zur Reduzierung der Ausbildungsplatzzahlen

Vom Bundesarbeitsminister über die Parlamentarier bis zu den Medizinreferenten in den Gesundheitsministerien reden derzeit alle über die Senkung der Zahlen für Medizinerbildungsplätze. Praktisch sollten diese Vorstellungen in folgenden Schritten umgesetzt werden:

1. Die KapVO sollte hinsichtlich der Berechnung für die Lehrkapazität Klinik dadurch verändert werden, daß die Zuschläge für die Einbeziehung poliklinischer Ausbildungskapazitäten reduziert werden.
2. Die Lehrkapazität Vorklinik sollte dann der neuen - reduzierten - Lehrkapazität Klinik durch Reduzierung der Stellen angepaßt werden.

In diesem Verfahren lagen aber von vornherein eine Reihe von Unwägbarkeiten:

- Voraussetzung ist, daß die Überprüfung der Berechnungen für die Klinik durch die Gerichte nicht zu anderen Ergebnissen führen. Hierzu liegen aber kaum Erfahrungen vor.

- Voraussetzung ist ebenfalls, daß die Reduzierung der vorklinischen Stellen tatsächlich zu einer Senkung der Aufnahmezahlen führt.

Hierzu folgende Berliner Erfahrung:

Im März 1982 hat das Kuratorium der Freien Universität Berlin² wegen der Finanzsituation eine zweiprozentige Streichung bei den Stellen für alle Fachbereiche beschließen müssen. Die notwendige Streichung von Stellen aus Haushaltsgründen gilt allgemein als härtestes rechtliches Kriterium (und wird sogar bei den Öffentlichen Dienst betreffenden Arbeitsgerichtsprozessen als Kündigungsgrund akzeptiert). Wohlgedemerk, das Kuratorium der FU hat nicht etwa in der Medizin im Hinblick auf die bereits 1982 mit gleicher Vehemenz beklagten hohen Ausbildungsplatz-Zahlen eine überproportionale Stellenreduzierung für die Vorklinik beschlossen, sondern lediglich die Kürzung für den Globalhaushalt auch an die Vorklinik weitergegeben. Die Berechnung der Universität führte nun zu einer niedrigeren Zulassungszahl, die natürlich vor Gericht angefochten wurde. Wichtig ist nun die Begründung, mit der dieser Reduzierung auch in der zweiten Instanz, dem Oberverwaltungsgericht, die Grundlage genommen wurde³: "... Davon abgesehen hat das Verwaltungsgericht zutreffend darauf hingewiesen, daß die vom Kuratorium zur Beschränkung der Ausgaben der Antragsgegnerin im Haushaltsjahr 1982 beschlossene Stellensperre mit dem verfassungsrechtlichen Gebot der erschöpfenden Kapazitätsauslastung nicht im Einklang steht und deshalb kapazitätsrechtlich unbeachtlich ist. Das Bundesverfassungsgericht hat wiederholt hervorgehoben, daß

an Einschränkungen des auf Artikel 12 Abs. 1 in Verbindung mit Artikel 3 Abs. 1 GG beruhenden Zulassungsrechts der Bewerber strenge Anforderungen zu stellen sind. Sie sind nur dann statthaft, wenn sie zum Schutz der Funktionsfähigkeit der Universitäten in Wahrnehmung ihrer Aufgaben in Forschung, Lehre und Studium und nur in den Grenzen des unbedingt Erforderlichen unter erschöpfender Nutzung der vorhandenen mit öffentlichen Mitteln geschaffenen Ausbildungskapazitäten angeordnet werden Diese Voraussetzungen erfüllt die vom Kuratorium der Antragsgegnerin beschlossene Stellensperre nicht, die bei der Kapazitätsberechnung zu einer drastischen ... Verringerung des Lehrangebots führt." (S. 4/5)

"... Jede Veränderung der Stellenausstattung durch Streichungen oder Besetzungssperren, die sich auf die Ausbildungskapazität der betroffenen Lehrereinheit auswirkt, muß daher das Ergebnis einer sorgfältigen Planung und einer auf die einzelne Stelle (Hervorhebung durch d. V.) bezogenen Abwägung sein, bei der sowohl die Aufgaben der Hochschule in Forschung, Lehre und Studium als auch die Rechte der Studienbewerber in zulassungsbeschränkten Fächern zu berücksichtigen sind. Eine Abwägung unter diesen Gesichtspunkten ist dem Kuratoriumsbeschluß offensichtlich nicht vorausgegangen. Das zeigt schon die Tatsache, daß das Kuratorium die Stellensperre für den gesamten Bereich der Universität verfügt hat, ohne dabei auch nur ansatzweise zwischen Numerus-clausus-Fächern und anderen Studiengängen zu unterscheiden ..." (S. 5)

Das OVG verlangt also, daß Stellenreduzierungen in der Vorklinik "das Ergebnis einer sorgfältigen Planung und einer auf die einzelne Stelle bezogenen Abwägung sein" sollen. Zu Ende gedacht hieße dies, daß bei jeder einzelnen, aus Haushaltsgründen zur Streichung anstehenden Stelle nachgewiesen werden müßte, warum dies in der Medizin und in der Vorklinik und warum nicht in jedem beliebigen Nicht-Numerus-clausus-Fach erfolgen sollte. Die Abwägung hätte also darzustellen, daß eine Streichung etwa in der Alt-Orientalistik, bei den Juristen, der Soziologie weniger zumutbar sei als in der Vorklinik. Eine solche Abwägung ist aber, wie auf der Hand liegt, in einer großen Universität mit vielen Hundert Wissenschaftler-Stellen und -zig Studiengängen, grundsätzlich nicht praktikabel.

Diese Situation hat nun an der FU zu Folgendem geführt:

Das Kuratorium und der Wissenschaftssenator halten an der Stellenstreichung aus Gründen der Gleichbehandlung aller Fächer fest. Die Gerichte zwingen die FU, die gestrichenen und gesperrten Stellen bei der Berechnung trotzdem zu berücksichtigen. Die Aufnahmekapazität hat sich seit 1982 nicht reduziert.

Zusätzlich zu der vorhin genannten, aus "uni-

versitätsinternen" Gründen (Nicht-Wahrnehmung der Lehrverpflichtung, Zeitverzug bei der Wiederbesetzung von Stellen) bestehenden nur "fiktiven Lehrkapazität" gibt es unverändert seit 1982 eine weitere "fiktive Lehrkapazität", die von den Gerichten trotz überhaupt nicht mehr zur Verfügung stehender Stellen der Universität aufgezogen wird. Sie liegt inzwischen bei weiteren ca. 15 % der gesamten Zulassungszahl.

Resümee

Was bedeutet dies nun für eine Prognose hinsichtlich der propagierten Reduzierung sowohl von Medizinerbildungsplätzen als auch des auf den Arbeitsmarkt drängenden Nachwuchses:

- a) In den Jahren 1988 und 1989 blieb die Zulassungszahl unverändert. Bei einer durchschnittlichen Studiendauer von knapp 7 Jahren werden wir also bis mindestens 1996 unveränderte Abgängerzahlen und bei der praktisch-klinischen Ausbildung der letzten Studienjahre kaum veränderte Student : Patient- und Patient : Dozent-Relationen haben.
- b) Ob eine veränderte KapVO so rechtzeitig vorliegen wird, daß sie schon den Berechnungen für Herbst 1989 zugrunde liegen kann, war fraglich.⁴
- c) Aber erst dann könnte eine Stellenreduzierung in der Vorklinik mit einer nicht ausreichenden klinischen Ausbildungskapazität begründet werden. Da in aller Regel nicht diejenigen Stellen frei werden, auf die in Abwägung aller Aufgaben der Hochschule am ehesten verzichtet werden könnte, und die Gerichte natürlich Streichungsabsichten schon gar nicht berücksichtigen, waren realistischere auch für das Jahr 1990 noch gleiche Aufnahmekapazitäten anzunehmen.
- d) Danach erst würde von den Gerichten überprüft werden, ob Reduzierungen in der Lehrinheit Vorklinik, wie das Berliner Oberverwaltungsgericht formuliert hat, "das Ergebnis einer sorgfältigen Planung und einer auf die einzelne Stelle bezogenen Abwägung" waren. Daß hierbei auf den Arbeitsmarkt bezogene oder andere gesundheitspolitische Erwägungen von den Gerichten akzeptiert werden könnten, ist im Hinblick auf den hohen verfassungsrechtlichen Rang der freien Berufs- und Ausbildungsplatzwahl ausgeschlossen.

Die Vorstellung dieser Überlegungen dient nicht dem Zweck, die allgemeine Klage über die Misere des medizinischen Unterrichts zu verstärken. Sie soll dazu beitragen, daß Vorschläge zur Verbesserung der Studiensituation von einer realistischeren Einschätzung der Rahmenbedingungen ausgehen. Die Mitglieder der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung sind in besonderer Weise verpflichtet, den in den Fakultäten bestehenden Illusionen hinsichtlich der von Politikern verkündeten angeblich alsbaldigen Reduzierung der Studienanfängerzahlen entgegenzutreten.

Wenn wir für weitere mindestens 10 Jahre mit den bisherigen Studentenzahlen rechnen müssen, müssen alle Überlegungen zur Studienreform und zu Strukturveränderungen der Lehre, die ernstgenommen werden wollen, dies zur Grundlage haben.

- ¹ Es handelt sich um die leicht überarbeitete Fassung eines Beitrags für die 18. Arbeitssitzung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung am 17. 12. 88 in Köln. Die im Hinblick auf die inzwischen eingetretene Entwicklung zu den Novellierungsvorhaben der Verordnung über die Kapazitätsermittlung, die Curricularnormwerte und die Festsetzung von Zulassungszahlen (Kapazitätsverordnung) und der Approbationsordnung für Ärzte erforderlichen Ergänzungen mit Stand vom 25. 7. 89 wurden eingearbeitet.
- ² Die Freie Universität Berlin - FUB - ist als Körperschaft des öffentlichen Rechts organisiert, das Kuratorium ist ihr höchstes Organ, das über die Verteilung des staatlichen Globalzuschusses zum Haushalt befindet.
- ³ Unanfechtbarer Beschluß vom 3. März 1983 des 7. Senats, OVG Berlin, Gesch. Z.: OVG 7S 474.82, VG 12 A 1858.82
- ⁴ Zum Zeitpunkt des Referats im Dezember 1988 konnte mit einigem Optimismus noch von einer möglichen Verabschiedung des damals vorliegenden Entwurfs - Verzicht auf die Berechnung der Kapazität einer besonderen Lehrinheit Vorklinik, Begrenzung der Kapazität im wesentlichen an den für die Ausbildung verfügbaren 20 % der tagesbelegten Betten - im Herbst 1989 ausgegangen werden. Mittlerweile wurde die Beschlußfassung auf die Ebene der Kultusministerkonferenz selbst gehoben; da hier aber Einstimmigkeit erforderlich gewesen wäre, dies aber nicht zu erreichen war, ist eine Beschlußfassung inzwischen mehr als unwahrscheinlich. - Der mit Stand vom 6. Juni 1989 vorliegende "Entwurf einer siebten Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte" des BMJFFG soll nun offenbar einen anderen Weg zur Reduzierung der Zulassungszahlen eröffnen: durch die exakte Festlegung des Stundenanteils und der maximalen Teilnehmerzahlen für den klinisch-praktischen Unterricht sowie die zusätzliche Einführung von neuen Pflicht-Praktika und Seminaren (§ 2 und Anlagen 1 und 3 des Entwurfs) soll die Grundlage für eine Veränderung des Curricularnormwerts geschaffen werden. Der Zeithorizont für diesen Weg stellt sich folgendermaßen dar: unter der Voraussetzung der Verabschiedung einer entsprechenden 7. Novelle der ApprOÄ im Herbst 1989 könnte die KapVO im Frühjahr 1990 so novelliert werden, daß eine Reduzierung daraufhin Neuberechneter Zulassungszahlen zum Wintersemester 1990/91 denkbar wäre; erst 1997 wäre dann eine Reduzierung der Abgängerzahlen zu erwarten. Alle bisher dargestellten Unwägbarkeiten hinsichtlich der Überprüfung der neuen Zulassungszahlen träfen aber unverändert zu.

Dr. Udo Schagen
Forschungsstelle Zeitgeschichte
Institut für Geschichte der Medizin
der Freien Universität Berlin
Klingsorstr. 119
1000 Berlin 45

ERSTER ENTWURF FÜR EIN MEDIZINSTUDIUM MIT FÜNFJÄHRIGEM CURRICULUM UND 5500 UNTERRICHTSSTUNDEN

Dietrich Habeck, Münster i. W.

Zusammenfassung

Zur aktuellen Diskussion über eine mögliche Verkürzung der Dauer des Medizinstudiums von 6 auf 5 Jahre wird ein erster Entwurf für ein Curriculum mit 5.500 Stunden vorgelegt. Die wichtigsten Leitlinien sind: 1. Gewichtung bestimmter Ausbildungsschwerpunkte, 2. fachübergreifende Integration von Unterrichtsinhalten, 3. Auflockerung der Trennung zwischen vorklinischen und klinischen Ausbildungsabschnitten, 4. Förderung aktiver Lernprozesse und Problemlösefähigkeiten, 5. Wahlpflichtveranstaltungen bei Erhaltung eines einheitlichen medizinischen Studienganges mit gleicher Grundausbildung für alle Studenten.

First Draft for a Study of Medicine with a Five Years' Curriculum of 5500 hours of teaching

Summary

On the occasion of the current discussion about the possibility of shortening the medical studies from 6 to 5 years, a curriculum with 5500 hours is presented as a first draft. The most important guidelines are: 1. to attach significance to certain educational main fields, 2. to integrate teaching subjects into different teaching fields in order to overlap several departments, 3. to break up the barrier between the pre-clinical and the clinical phase of professional training, 4. to promote active learning processes and to encourage the development of abilities to solve problems, 5. to install obligatory electives while preserving an uniform course of medical studies and to provide all students with the same basical training.

Das vom Bundesarbeitsminister propagierte 5 plus 3 Modell bereicherte die langjährige Diskussion zur Reform der ärztlichen Ausbildung um einen weiteren Aspekt. Danach soll zur Umsetzung der EG-Richtlinie Allgemeinmedizin das Medizinstudium von 6 auf 5 Jahre verkürzt werden, um innerhalb einer Gesamtzeit von 8 Jahren als politischer Vorgabe eine 3-jährige allgemeinärztliche Weiterbildung sicherzustellen. Unabhängig von diesem aktuellen Anlaß hatten im vergangenen Jahr auch der Murrhardter Kreis und der Wissenschaftsrat eine Verkürzung des Medizinstudiums empfohlen. Dieses Thema wurde dann sowohl während der Delegiertenkonferenz der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) im April 1989 als auch beim Medizinischen Fakultätentag (MFT) im Mai 1989 diskutiert, wobei als unerläßliche Voraussetzungen vor einer Überprüfung dieser Frage herausgestellt wurden: 1. eine Verminderung der jährlichen Studienanfängerzahl im Fach Medizin auf 6000, 2. eine Festschreibung der gegenwärtigen personellen

und sächlichen Ausstattung der medizinischen Fakultäten und 3. ein genügend großer Zeitraum für eine langfristige Umsetzung.

Im April dieses Jahres bat mich Herr Leitender Ministerialrat Dr. W. Erdmann vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen um Überlegungen, ob überhaupt und gegebenenfalls in welcher Form ein 5-jähriges Curriculum des Medizinstudiums unter Erhalt des Praktischen Jahres strukturiert werden könnte. Das Ergebnis dieser Überlegungen, in welche insbesondere Forderungen oder Vorschläge des Bundesrates (2), der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (3), des Murrhardter Kreises (8), des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (11) und des Wissenschaftsrates (13) eingegangen sind, wird nachstehend in einem ersten Entwurf zur Diskussion gestellt.

Die fünf wichtigsten Leitgedanken bei diesem 5-jährigen Curriculum betreffen:

- Gewichtung von Ausbildungsschwerpunkten, die an dem Ausbildungsziel eines weiterbildungsfähigen Arztes orientiert sind,
- themenbezogene fachübergreifende Abstimmung bzw. Integration von Unterrichtsinhalten zur Verdeutlichung der Zusammenhänge und Vermeidung von unnötigen Wiederholungen (die ausgewiesene Stundenzahl je Fach oder Unterrichtsgegenstand, wie z.B. Onkologie oder Geriatrie, soll dabei nur einen Anhalt für den jeweiligen Anteil geben),
- Auflockerung der Trennung zwischen vorklinischen und klinischen Ausbildungsabschnitten unter anderem durch frühe Patientenkontakte und Vorziehen verschiedener Ausbildungsinhalte in die ersten Studiensemester,
- Förderung aktiver Lernprozesse und der Problemlösefähigkeiten durch eine Reihe von Seminarveranstaltungen neben den praktischen Übungen bzw. klinischen Praktika,
- Einführung von Wahlpflichtveranstaltungen (in notgedrungen beschränktem Umfang) zur Vertiefung persönlicher Interessengebiete bei Erhaltung eines einheitlichen medizinischen Studienganges mit gleicher Grundausbildung für alle Studenten.

Im einzelnen soll zu dem vorklinischen (besser: ersten) Studienabschnitt auf die folgenden neuen Elemente besonders hingewiesen werden:

1. Einführung einer einwöchigen Orientierungseinheit zum Medizinstudium und der Ausbildungsstätte sowie einer Einführung in die Informationstechnologie und das Bibliothekswesen,
2. Ausrichtung der naturwissenschaftlichen Fächer auf für die Medizin relevante Grundlagen bzw. Bezüge. Ein (früher auch von mir vertretener) Verzicht auf die Naturwissenschaften ist angesichts der gegenwärtigen Voraussetzungen und Bedeutung eines Grundverständnisses für naturwissenschaftliche Gesetzmäßigkeiten bei einer wissenschaftlichen Ausbildung zum Arzt nicht möglich, wie SCHMID-SCHÖNBEIN (12) kürzlich herausgestellt hat,
3. Einführung einer Berufsfelderkundung zu Beginn des Studiums, um durch Exkursionen und Hospitationen einen Überblick über Einrichtungen des Gesundheitswesens zu vermitteln, wie es von W. KAHLKE und M. JUNIKE (5) für Hamburg beschrieben wurde,

4. Erweiterung der "Medizinischen Terminologie" durch eine umfassendere Einführung in "Medizinische Grundbegriffe" und deren Bedeutung bei ärztlichem Denken und Handeln,
 5. Erlernen kommunikativer Fähigkeiten in den Veranstaltungen Arzt-Patient-Beziehung, welche die Studenten zugleich mit dem Krankheitserleben seitens des Patienten und mit den wichtigsten Symptomen vertraut machen, wobei nach den Erfahrungen des Münsteraner Modellversuchs (4) einleitend ein Üben mit Simulationspatienten zweckmäßig ist,
 6. Kursus der allgemeinen körperlichen Untersuchungen (KAKU) als Anatomie am Lebenden (6,9) bzw. Physiologie am Lebenden,
 7. Abstimmung bzw. fachübergreifende Integration der Anatomie, Physiologie und Physiologischen Chemie sowie der soeben unter 4. und 5. genannten Veranstaltungen auf die in den jeweiligen Semestern behandelten Organsysteme mit Ausblicken auf wichtige pathologische Veränderungen,
 8. Vermittlung der Grundlagen der Gynäkologie und des Geburtsvorganges in Verbindung mit den Stoffgebieten weibliche Geschlechtsorgane und Endokrinium,
 9. Einführung in die Psychopathologie im 4. Ausbildungssemester (mit den Schwerpunktthemen Nervensystem und Sinnesorgane) als Vorstufe für die Ausbildung in Psychiatrie und Psychosomatischer Medizin im folgenden Semester,
 10. Vorverlagerung der "Medizinischen Mikrobiologie und Immunologie", der Humangenetik, der Biomathematik und teilweise der "Klinischen Chemie und Hämatologie" (letztere in Veranstaltungen der Physiologischen Chemie) aus den klinischen Semestern,
 11. Darstellung von Krankheitskonzepten und Behandlungsstrategien in der vorverlagerten Geschichte der Medizin unter Berücksichtigung von "erfahrungsheilkundlichen" Methoden, wie z.B. der Homöopathie oder Irisdiagnostik,
 12. Gezielte Berücksichtigung ökonomischer Aspekte des Gesundheitswesens und epidemiologischer Methoden im Ausbildungsangebot.
- Hinsichtlich der folgenden klinischen Semester (zweiter Ausbildungsabschnitt) soll besonders herausgestellt werden:
1. Gewichtung der Inneren Medizin, Chirurgie,

Psychiatrie und Psychosomatischen Medizin sowie Allgemeinmedizin als klinische Schwerpunktfächer, die im Sinne der Lernspirale durch mehrfaches Durchlaufen vertieft werden,

2. Reduzierung der meisten Spezialfächer auf die für den weiterbildungsfähigen Arzt relevanten Kenntnisse, wobei Grundkenntnisse und die wichtigsten Untersuchungsmethoden bereits während der ersten 4 Semester vermittelt werden und die Vertiefung einiger Spezialfächer durch Wahlpflichtpraktika im 6., 7. und 8. Semester sowie im 5. Studienjahr (Praktisches Jahr) erfolgt,

3. Verknüpfung von klinischer Theorie und Praxis vor dem Praktischen Jahr durch Stationspraktika in Form von ganztägigen Blockpraktika auf Krankenstationen der Universitätskliniken und evtl. anderer Krankenhäuser (4) mit begleitenden Rückmeldungen und Evaluation im Sinne der von RENSCHLER (10) beschriebenen "Fallmethode",

4. Training der ärztlichen Problemlösefähigkeiten während der zuletzt genannten Stationspraktika, klinischen Seminare und fachübergreifenden Veranstaltung: Differentialdiagnostik, therapeutische, ethische und juristische Probleme bei ausgewählten klinischen und ambulanten (insbesondere allgemeinmedizinischen) Patienten im 8. Semester,

5. Vermittlung der wichtigsten nichtkurativen ärztlichen Aufgaben im Bereich des sozialen Umfeldes, der Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung, Prävention, Rehabilitation, Sportmedizin und Balneologie durch einen Veranstaltungsblock im 8. Semester.

Insgesamt handelt es sich mit Ausnahme des 8. Ausbildungssemesters um ein sehr kompaktes und gestrafftes Curriculum, um der Forderung von mindestens 3 580 Stunden innerhalb von 8 Semestern bzw. mindestens 5 500 Stunden unter Einschluß des Praktischen Jahres in 5 Ausbildungsjahren gerecht zu werden. Für die Studenten würde das Curriculum mit 33 bis 35 SWS eine bisher bei uns ungewohnte Belastung bedeuten, die z.B. mit der Studien-Situation in den USA vergleichbar ist. Dabei würde allerdings (bezogen auf die Verhältnisse in Nordrhein-Westfalen) die derzeitige Vorlesungsdauer von 16 Wochen für Wintersemester (abzüglich 1 Woche für Ferientage) und von 12 Wochen für Sommersemester (ohne Fehltag!) fortgeschrieben.

Somit müßten lediglich die Sommersemester um die Anzahl der Feiertage verlängert werden, was evtl. durch eine Einbeziehung der bislang vorlesungsfreien Pfingstwoche erfolgen könnte. Die übrigen vorlesungsfreien Zeiten würden also etwa zur Durchführung von Famulaturen, Eigenstudium und anderen Tätigkeiten erhalten bleiben. Dennoch ist wohl zu erwarten, daß die Anzahl derjenigen Studenten zunehmen würde, die ihr Medizinstudium nicht in der Mindestzeit absolvieren.

Die Verteilung der Unterrichtsstunden auf die einzelnen Semester ergibt sich aus der nachstehenden Zusammenstellung:

| | | | |
|--------------------|---------------|---|------------------|
| 1. Semester (WS): | 495 Stunden | } | 1.782 Stunden |
| 2. Semester (SS): | 396 Stunden | | |
| 3. Semester (WS): | 495 Stunden | | |
| 4. Semester (SS): | 396 Stunden | | |
| 5. Semester (WS): | 540 Stunden | } | 1.815 Stunden |
| 6. Semester (SS): | 432 Stunden | | |
| 7. Semester (WS): | 528 Stunden | | |
| 8. Semester (SS): | 315 Stunden | | |
| <hr/> | | | |
| 1. bis 8. Semester | 3.597 Stunden | | |
| Praktisches Jahr | | | |
| 3x16 Wochen | | | |
| à 40 Stunden | 1.920 Stunden | | |
| <hr/> | | | |
| Zusammen | 5.517 Stunden | | |

In einer abschließenden Tabelle sind zum Vergleich die Stunden je Fach bzw. Gegenstand nach dem für die Kapazitätsermittlungen maßgeblichen Beispielstudienplan der ZVS mit den Stunden des 5-jährigen Curriculumentwurfs gegenübergestellt.

Abgesehen von den oben genannten Voraussetzungen (Studentenzahl, personelle und sächliche Ressourcen sowie genügend Patienten für die Ausbildung) würde das häufig fächerübergreifend vorgeschlagene Curriculum zahlreiche Abstimmungen und Absprachen zwischen den Lehrenden erfordern. Zu ihrer Unterstützung wird an den medizinischen Fakultäten die Einrichtung von Institutionen zur Organisation und Koordination der Ausbildungsveranstaltungen empfohlen, die außerdem für die Durchführung der als notwendig angesehenen

1. Semester als WS 16 Wochen abzgl. 1 Woche Feiertage, verbleiben 15 Wochen darin 1 Woche Orientierungseinheit

Schwerpunktt Themen: Bewegungsapparat und Haut (in Anatomie, Histologie, KAKU u. Arzt-Patient-Beziehung)

| Veranstaltungen | Vorlesungen | Praktika | Seminare |
|--|-------------|------------|------------------|
| Orientierungseinheit*) | 18 | 10 | 5 |
| Grundlagen Biophysik (einschl. bildgebender Verfahren) | 28 | 28 | |
| Grundlagen Biochemie | 28 | 28 | |
| Grundlagen Biologie | 28 | 28 | |
| Anatomie mikroskopisch | 28 | 28 | |
| makroskopisch | 56 | | 28 (Demonstrat.) |
| Kurs allg. körperl. Untersuchungsmethoden (KAKU) | | 28 | |
| Arzt-Patient-Beziehung (Gesprächsführung, Krankheitserleben) | 14 | 28 | |
| Medizinische Grundbegriffe | 14 | | 14 |
| Medizinische Soziologie u. Berufsfelder des Gesundheitswesens (mit Exkursionen u. Hospitationen) | 6 | 10 | 12 |
| Wahlpflichtseminar, z.B. Physik, Chemie, Vergl. Anatomie, anthropologische oder psychosoziale Themen | | | 28 |
| zusammen 495 Stunden | 220 | 188 | 87 |

- *) Orientierungseinheit a) Überblick Medizinstudium (Curriculumstruktur, AAppO, Ausbildungsziele, biomedizinische u. psychosoziale Aspekte, wissenschaftl. Denken; Lernen, Lehren, Prüfen), Vorl. 10, Sem. 5
 b) Struktur u. Einrichtungen der Universität u. Fakultät, Vorl. 3
 c) Einführung Informationstechnologie u. Bibliothekswesen, Vorl. 5, Prakt. 10

Mögliche Verteilung 33 SWS in 15 Wochen = 495 Stunden

| | | | | |
|--------------------|---------------------------|----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Biophysik | Biophysik | Medizinische Grundbegriffe | Biochemie mikroskop. Anatomie | Biochemie mikroskop. Anatomie |
| Biologie | Biologie | Arzt-Patient-Beziehung | Anatomie KAKU | Anatomie |
| Anatomie | Anatomie | | | Kurs Mikroskop. Anatomie I |
| Praktikum Biologie | Anatomische Demonstration | | | |

| | | | |
|---------------------|---------------------|--|--------------------|
| Praktikum Biophysik | Praktikum Biochemie | Med. Soziologie und Berufsfelder des Gesundheitswesens | Wahlpflichtseminar |
|---------------------|---------------------|--|--------------------|

2. Semester als SS 12 Wochen, die vollständig benötigt

Schwerpunktt Themen: Herz, Kreislauf, Lunge, Niere (in Anatomie, Physiologie, Physiolog. Chemie, Histologie, KAKU u. Arzt-Patient-Beziehung) und Hämatologie

| Veranstaltungen | Vorlesungen | Praktika | Seminare |
|---|--|------------|------------|
| Anatomie | themenbezogen abgestimmt oder integriert | 48 | 12 |
| Physiologie einschl. Sportphysiologie | | 48 | 36 |
| Physiolog. Chemie | | 24 | 12 |
| Kurs allg. körperl. Untersuchung-(KAKU) | | 24 | |
| Arzt-Patient-Beziehung | 12 | 24 | |
| Medizinische Psychologie | 12 | | 12 |
| Hämatologie | 12 | 12 | |
| Humangenetik | 12 | | |
| Entwicklungsgeschichte | 12 | | |
| Biomathematik | | | 24 |
| Wahlpflicht-Seminar | | | 24 |
| zusammen 396 Stunden | 180 | 108 | 108 |

Mögliche Verteilung

33 SWS in 12 Wochen = 396 Stunden

| | | | | |
|---------------------------|-------------------|--------------------------|--------------------------------------|--|
| Anatomie | Anatomie | Medizinische Psychologie | Anatomie | Anatomie |
| Physiologie | Physiologie | Psychologie | Physiologie | Physiologie |
| Physiolog. Chemie | Physiolog. Chemie | Arzt-Patient-Beziehung | Humangenetik | Entwicklungsgeschichte |
| Anatomische Demonstration | Biomathematik | | Hämatologie (Vorlesung u. Praktikum) | Sem. Physiolog. Chemie Kurs Mikroskop. Anatomie II |

| | | | |
|-------------------------|---|------|--------------------|
| Praktikum Physiologie I | Praktikum Physiologie I Seminar Physiologie | KAKU | Wahlpflichtseminar |
|-------------------------|---|------|--------------------|

3. Semester

als WS 16 Wochen abzgl. 1 Woche Feiertage, somit verbleiben 15 Ausbildungswochen

Schwerpunktt Themen:

Verdauungsorgane, Endokrinium, Geschlechtsorgane, Geburtsablauf (in Anatomie, Physiologie, Physiolog. Chemie, Histologie, gynäkolog. Propädeutik, KAKU u. Arzt-Patient-Beziehung), und Medizinische Mikrobiologie und Immunologie

| Veranstaltungen | | Vorlesungen | Praktika | Seminare |
|---|---------------------------------|-------------|----------|--------------------------|
| Anatomie | } themenbezogen | 45 | 105 | } 90 Makro- 15 Mikro- |
| Physiolog. Chemie | | 60 | 60 | |
| Physiologie | | 30 | | |
| gynäkolog. Propädeutik | } abgestimmt oder integriert | 30 | | |
| Kurs allg. körperl. Untersuchungen (KAKU) | | | 30 | |
| Arzt-Patient-Beziehung | | 15 | 30 | |
| Medizinische Mikrobiologie u. Immunologie | | 30 | 30 | |
| Wahlpflichtseminar | | | | 30 |
| zusammen 495 Stunden | | 210 | 255 | 30 |

Mögliche Verteilung

33 SWS in 15 Wochen = 495 Stunden

| | | | | |
|------------------------------|------------------------------|-------------------|------------------------------|------------------------------------|
| Anatomie | Anatomie | Gynäkolog. | Anatomie | Kurs Mikroskop. Anatomie III |
| Physiolog. Chemie | Physiolog. Chemie | Propädeutik | Physiolog. Chemie | Physiolog. Chemie |
| Physiologie | Physiologie | Arzt- | Mikrobiologie u. Immunologie | Mikrobiologie u. Immunologie |
| Kurs Makroskopische Anatomie | Kurs Makroskopische Anatomie | Patient-Beziehung | Kurs Makroskopische Anatomie | Kurs Mikrobiologie und Immunologie |

| | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|------|--------------------|
| Praktikum Physiolog. Chemie I | Praktikum Physiolog. Chemie I | KAKU | Wahlpflichtseminar |
|-------------------------------|-------------------------------|------|--------------------|

4. Semester

als SS 12 Wochen, die vollständig benötigt

Schwerpunktt Themen:

Nervensystem und Sinnesorgane (in Anatomie, Physiologie, Physiolog. Chemie, Makroskop. u. Mikroskop. Anatomie, KAKU und Arzt-Patient-Beziehung)

| Veranstaltungen | | Vorlesungen | Praktika | Seminare | |
|---|--|-------------|----------|------------------------|----|
| Anatomie | } themenbezogen abgestimmt oder integriert | 48 | 36 | } 24 Makro 12 Mikro | |
| Physiologie | | 48 | 48 | | 12 |
| Physiolog. Chemie | | 24 | 12 | | 12 |
| Kurs allg. körperl. Untersuchung (KAKU) | | | 24 | | |
| Arzt-Patient-Beziehung | | 12 | 24 | | |
| Einführung Psychopathologie | | 24 | | | |
| Krankheitskonzepte in der Geschichte der Medizin (einschl. Außenseitermethoden) | | 12 | | 12 | |
| Ökonomie im Gesundheitswesen | | 12 | | | |
| Epidemiologische Methoden | | 12 | | | |
| Wahlpflichtseminar | | | | 24 | |
| zusammen: 396 Stunden | | 192 | 144 | 60 | |

Mögliche Verteilung

33 SWS in 12 Wochen = 396 Stunden

| | | | | |
|-------------------|-------------------|------------------------|--|--------------------------------|
| Anatomie | Anatomie | Einf. Psychopathologie | Anatomie | Anatomie |
| Physiologie | Physiologie | | Physiologie | Physiologie |
| Physiolog. Chemie | Physiolog. Chemie | Arzt- | Ökonomie | Epidemiolog. Methoden |
| Praktikum | Praktikum | Patient-Beziehung | Krankheitskonzepte in der Geschichte der Medizin | Praktikum Physiolog. Chemie II |
| Physiologie II | Physiologie II | | | Seminar Physiolog. Chemie |

| | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|------|--------------------|
| Kurs Makroskop. Anatomie II | Kurs Mikroskop. Anatomie IV | KAKU | Wahlpflichtseminar |
| | Seminar Physiologie | | |

5. Semester als WS 16 Wochen, abzgl. 1 Woche Feiertage, somit verbleiben 15 Ausbildungswochen

Schwerpunkthemen: Grundlagen der Pathologie, Pharmakologie und Toxikologie sowie der klinischen Fächer Innere Medizin, Chirurgie, Psychiatrie und Psychosomatische Medizin

| Veranstaltungen | Vorlesungen | Praktika | Seminare |
|---|-------------|------------|-----------|
| Allgemeine Pathologie | 48 | 36 | |
| Allgemeine Pharmakologie u. Toxikologie | 48 | 24 | |
| Pathophysiologie u. -biochemie ausgewählter Organsysteme | | | 24 |
| Innere Medizin I | 48 | | |
| Chirurgie I | 48 | | |
| Psychiatrie I | 24 | | |
| Psychosomatische Medizin I | 24 | | |
| Kurs der allgemeinen klinischen Untersuchungen an stationären u. ambulanten Patienten | | 36 | |
| Klinische Chemie (aufbauend auf der Physiolog. Chemie u. Hämatologie) | 12 | 24 | |
| Wahlpflicht-Seminar | | | 24 |
| Chirurgisches Stationspraktikum (3 Wochen) | | 120 | |
| zusammen 540 Stunden | 252 | 240 | 48 |

Mögliche Verteilung 35 SWS in 12 Wochen 540 Stunden
120 Stunden (3 Wo) Stat.praktikum

| | | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Allg. Pathologie | Allg. Pathologie | Allg. Pathologie | Allg. Pathologie | Klin. Chemie |
| Innere Med. I | Innere Med. I | Psychiatrie I | Innere Med. I | Innere Med. I |
| Chirurgie I | Chirurgie I | Psychosomat. Medizin I | Chirurgie I | Chirurgie I |
| Allg. Pharmak. u. Toxikologie | Allg. Pharmak. u. Toxikologie | Kursus Allg. Pharmak. u. Toxikologie | Allg. Pharmak. u. Toxikologie | Allg. Pharmak. u. Toxikologie |
| Pathophysiolog. u. -biochemie | Pathophysiolog. u. -biochemie | | Psychiatrie I | Psychosomat. Medizin I |

| | | | |
|-------------------------|---------------------------|------|---------------------|
| Kursus Klinische Chemie | Kursus Allgem. Pathologie | KAKU | Wahlpflicht-seminar |
|-------------------------|---------------------------|------|---------------------|

6. Semester als SS 12 Wochen, die vollständig benötigt

Schwerpunkthemen: Ökologisches Stoffgebiet (Hygiene, Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Impfwesen, öffentl. Gesundheitswesen und Rechtsmedizin), Prinzipien der Allgemeinmedizin und ausgewählte Krankheiten bzw. Prinzipien der verschiedenen Spezialgebiete (einschl. Strahlenschutzkurs)

| Veranstaltungen | Vorlesungen | Praktika | Seminare |
|--|-------------|------------|-----------|
| Ökologisches Stoffgebiet 3 Wochen à 33 Stunden = 99 Stunden | 30 | 24 | 45 |
| Prinzipien der Allgemeinmedizin 1 Woche mit 33 Stunden | 10 | 8 | 15 |
| Spezialgebiete: | | | |
| Radiologie mit Strahlenschutzkurs | 10 | 12 | 10 |
| Neurologie | 15 | | 4 |
| Augenheilkunde | 10 | | 4 |
| HNO-Heilkunde | 10 | | 4 |
| Orthopädie | 15 | | 4 |
| Urologie | 10 | | 4 |
| Dermatologie und Venerologie | 15 | | 4 |
| ZMK-Heilkunde | 5 | | 4 |
| Wahlpflicht-Stationspraktikum in einem Spezialgebiet (1 Woche) | | | 40 |
| Internistisches Stationspraktikum (3 Wochen) | | | 120 |
| Zusammen 432 Stunden | 130 | 204 | 98 |

Mögliche Verteilung der 432 Stunden

| | | | |
|--|--|---|---|
| 3 Wochen Ökologisches Stoffgebiet 33 Wochenstunden | 4 Wochen Spezialgebiete einschließlich Radiologie 35 Wochenstunden | 1 Woche Prinzipien der Allgemeinmedizin 33 Wochenstunden 1 Woche Wahlpflicht-Stat.praktikum 40 Wochenstunden | 3 Wochen Stationspraktikum Innere Medizin 40 Wochenstunden |
|--|--|---|---|

7. Semester als WS 16 Wochen abzgl. 1 Woche Feiertage, somit verbleiben 15 Ausbildungswochen

Schwerpunkthemen: Vertiefung und Ergänzung der Inneren Medizin, Chirurgie, Psychiatrie und Psychosomatischen Medizin sowie Frauenheilkunde und Pädiatrie

| Veranstaltungen | Vorlesungen | Praktika | Seminare |
|--|-------------|------------|------------|
| Spezielle Pathologie | 24 | 24 | |
| Innere Medizin II | 24 | | 12 |
| Chirurgie | 24 | | 12 |
| Anästhesiologie und Intensivmedizin | 12 | 12 | |
| Akute Notfälle u. Erste ärztliche Hilfe | 12 | 24 | |
| Psychiatrie II | 12 | | 12 |
| Psychosomatische Medizin II | 12 | | 12 |
| Geriatric | 12 | | 12 |
| Onkologie | 12 | | 12 |
| Frauenheilkunde | 24 | 12 | 12 |
| Kinderheilkunde | 36 | 12 | 12 |
| Wahlpflicht-Seminar oder -Praktikum | | | 24 |
| Psychiatrisches Stationspraktikum (2 Wochen) | | 80 | |
| Allgemeinmedizinisches Praktikum (1 Woche) | | 40 | |
| zusammen 528 Stunden | 204 | 204 | 120 |

Mögliche Verteilung 34 SWS in 12 Wochen 528 Stunden
120 Stunden (3 Wochen) Stat.prakt.

| | | | | |
|--------------------------------|-----------------|--|------------------------------------|---------------------------|
| Chirurgie II | Chirurgie II | Psychiatrie II | Anästhesiologie u. Intensivmedizin | Akute Notfälle |
| Innere Med. II | Innere Med. II | Psychosom. Med. II | Frauenheilkunde | Frauenheilkunde |
| Spez. Patholog. | Spez. Patholog. | Kinderheilkunde | Kinderheilkunde | Kinderheilkunde |
| Sem. Innere Medizin | Onkologie | Sem. Psychiatrie | Sem. Frauenheilkunde | Praktikum Frauenheilkunde |
| Sem. Chirurgie | Geriatric | Sem. Psychosom. Medizin | Sem. Kinderheilkunde | Praktikum Kinderheilkunde |
| Praktikum Spezielle Pathologie | Sem. Onkologie | Praktikum Akute Notfälle u. Erste ärztl. Hilfe | Wahlpflichtseminar | |
| | Sem. Geriatric | | | |
| | | Prakt. Anästhesiol. u. Intensivmedizin | | |

8. Semester als SS 12 Wochen

Schwerpunkthemen: Nichtkurative ärztliche Aufgaben, spezielle Pharmakologie, Bearbeitung übergreifender Patientenprobleme, Repetitorien

| Veranstaltungen | Vorlesungen | Praktika | Seminare |
|--|-------------|------------|------------|
| Ärztliche Aufgaben im Bereich des sozialen Umfeldes, der Gesundheitsförderung u. Gesundheitserziehung, Prävention, Rehabilitation, Sportmedizin u. Balneologie mit besonderer Berücksichtigung übergreifender Gesichtspunkte | 20 | | 40 |
| Spezielle Pharmakologie mit Rezeptierkurs | 20 | | 10 |
| Differentialdiagnostik, therapeutische, ethische u. juristische Probleme bei ausgewählten klinischen u. ambulanten (insbes. allg.medizinischen) Patienten 3 Wochen mit 4 Stunden täglich | | | 60 |
| Stationspraktikum in einem klinisch-praktischen Wahlfach 3 Wochen mit 8 Stunden täglich | | 120 | |
| Repetitorien wahlweise 3 Wochen mit 3 Stunden täglich | | | 45 |
| zusammen 315 Stunden | 40 | 120 | 155 |

Mögliche Verteilung der 315 Stunden

| | | | |
|--|---|--|--|
| 3 Wochen Nicht kurative ärztliche Aufgaben Spezielle Pharmakologie und Rezeptierkurs 30 Wochenstunden | 3 Wochen Differentialdiagnostische u. a. Probleme bei ausgewählten klinischen und ambulanten Patienten 20 Wochenstunden | 3 Wochen Wahlpflichtstationspraktikum in einem klinisch-praktischen Spezialfach 40 Wochenstunden | 3 Wochen Repetitorien 15 Wochenstunden |
|--|---|--|--|

Gegenüberstellung der Unterrichtsveranstaltungen nach dem Beispielstudienplan der ZVS nach § 24 (3) KapVO mit dem Entwurf eines fünfjährigen Curriculums 30. 6.1989

a) Vorklinische Semester

| Fach im ZVS Beispielstudienplan | Vorl. | Prakt. | Semin. | Gesamt | Gesamt | Vorl. | Prakt. | Semin. | Fach(anteil) im Entwurf des 5-jähr. Curriculums |
|---|-------|--------|--------|--------|--------|-------|--------|--------|--|
| Physik | | 56 | | 56 | 56 | 28 | 28 | | Grundlagen Biophysik |
| Chemie | | 56 | | 56 | 56 | 28 | 28 | | Grundlagen Biochemie |
| Biologie | | 56 | | 56 | 56 | 28 | 28 | | Grundlagen Biologie |
| Anatomie a) mikroskopisch | | 56 | | | | | 67 | | Anatomie a) mikroskopisch |
| b) makroskopisch | 280 | 112 | | 448 | 470 | 237 | 114 | 52 | b) makroskopisch |
| Physiologie | 168 | 98 | | 266 | 222 | 126 | 84 | 12 | Physiologie einschl. Sportphysiologie |
| Biochemie | 168 | 98 | | 266 | 216 | 108 | 84 | 24 | Physiologische Chemie |
| | | | | | 24 | 12 | 12 | | Hämatologie |
| | | | | | 30 | 30 | | | Gynäkolog. Propädeutik(als angewandte Anatomie und Physiologische Chemie) |
| | | | | | 106 | | 106 | | Kursus allg. körperl. Untersuchungen (KAKU) als angewandte Anatomie und Physiologie |
| | | | | | 159 | 53 | 106 | | Arzt-Patient-Beziehung als angewandte Med.Psychologie |
| Medizinische Psychologie | 28 | | 42 | 70 | 48 | 36 | | 12 | Medizinische Psychologie u. Einführung Psychopathologie |
| Medizinische Soziologie | 28 | | 28 | 56 | 52 | 30 | 10 | 12 | Medizinische Soziologie u. Berufsfelderkundung, Epidemiolog. Methoden/Ökonomie im Gesundheitswesen |
| Medizinische Terminologie | | | 14 | 14 | 28 | 14 | | 14 | Medizinische Grundbegriffe |
| | | | | | 24 | 12 | | 12 | Krankheitskonzepte i.d.Geschichte der Medizin |
| Biomathematik (1. klin. Stud.abschnitt) | | | 28 | 28 | 24 | | | 24 | Biomathematik |
| Mikrobiologie (1. klin. Stud.abschnitt) | (70 | 56 | | 126) | 60 | 30 | 30 | | Medizinische Mikrobiologie u. Immunologie |
| Humangenetik (1. klin. Stud.abschnitt) | (28 | | | 28) | 12 | 12 | | | Einführung Humangenetik |
| | | | | | 33 | 18 | 10 | 5 | Orientierungseinheit |
| | | | | | 106 | | | 106 | Wahlpflichtseminare |
| zusammen | 672 | 532 | 84 | 1.288 | 1.782 | 802 | 707 | 273 | zusammen |

b) Klinische Semester

| Fach im ZVS Beispielstudienplan | Vorl. | Prakt. | Semin. | Gesamt | Gesamt | Vorl. | Prakt. | Semin. | Fach(anteil) im Entwurf des 5-jähr. Curriculums |
|--|------------------------|--------|--------|--------|--------|-------|--------|--------|---|
| Pathologie | 154 | 112 | | 266 | 132 | 72 | 60 | | Pathologie |
| | | | | | 24 | | | 24 | Pathophysiologie u. Pathobiochemie |
| Klinische Chemie | 28 | 42 | | 70 | 36 | 12 | 24 | | Klinische Chemie (Ergänzung zur Physiolog. Chemie) |
| Pharmakologie | 70 | 56 | | 126 | 102 | 68 | 24 | 10 | Pharmakologie und Toxikologie |
| Ökologie (einschl. Gerichtsmedizin) | 56 | 56 | | 112 | 99 | 30 | 24 | 45 | Ökologie einschl. Rechtsmedizin |
| | | | | | 60 | 20 | | 40 | Nichtkurative ärztliche Aufgaben |
| Allgem. Klinischer Untersuchungskurs | 28 | 84 | | 112 | 36 | | 36 | | Kurs allg. klinischer Untersuchungen (Fortsetzung!) |
| Innere Medizin | 154 | 56 | | 210 | 204 | 72 | 120 | 12 | Innere Medizin |
| Chirurgie einschl. Neurochirurgie u. Urologie | 168 | 84 | | 252 | 204 | 72 | 120 | 12 | Chirurgie einschl. Neurochirurgie, ohne Urologie |
| Psychiatrie | 56 | 42 | | 98 | 128 | 36 | 80 | 12 | Psychiatrie |
| Psychosomatik | 14 | | 28 | 42 | 48 | 36 | | 12 | Psychosomatische Medizin |
| | | | | | 73 | 10 | 48 | 15 | Allgemeinmedizin |
| Erste Hilfe | | 28 | | 28 | 36 | 12 | 24 | | Akute Notfälle und Erste ärztliche Hilfe |
| | | | | | 24 | 12 | 12 | | Anästhesiologie u. Intensivmedizin |
| Radiologie | 14 | 14 | | 28 | 32 | 10 | 12 | 10 | Radiologie und Strahlenschutz |
| Gynäkologie | 98 | 28 | | 126 | 48 | 24 | 12 | 12 | Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Fortsetzung!) |
| Pädiatrie | 98 | 56 | | 154 | 60 | 36 | 12 | 12 | Kinderheilkunde |
| Neurologie | 28 | 28 | | 56 | 19 | 15 | | 4 | Neurologie |
| Augenheilkunde | 28 | 28 | | 56 | 14 | 10 | | 4 | Augenheilkunde |
| HNO-Heilkunde | 28 | 28 | | 56 | 14 | 10 | | 4 | HNO-Heilkunde |
| Orthopädie | 28 | 28 | | 56 | 19 | 15 | | 4 | Orthopädie |
| Dermatologie | 28 | 28 | | 56 | 19 | 15 | | 4 | Dermatologie und Venerologie |
| | | | | | 14 | 10 | | 4 | Urologie |
| | | | | | 9 | 5 | | 4 | ZMK-Heilkunde |
| | | | | | 24 | 12 | | 12 | Geriatric |
| | | | | | 24 | 12 | | 12 | Onkologie |
| Integriertes klinisches Seminar | 112 | | | 112 | 60 | | | 60 | Differentialdiagn. b. ausgewählten Patienten |
| | | | | | 48 | | | 48 | Wahlpflichtseminare |
| Biomathematik Mikrobiologie Humangenetik | siehe 1.-4. Sem. | 98 | 56 | 28 | 182 | 160 | 160 | | Wahlpflichtpraktika |
| | | | | | 45 | | | 45 | Repetitorien |
| zusammen 5. - 10. Semester | 1.288 | 854 | 56 | 2.198 | 1.815 | 626 | 768 | 421 | zusammen 5. - 8. Semester |
| Übertrag 1. - 4. Semester | 672 | 532 | 84 | 1.288 | 1.782 | 802 | 707 | 273 | Übertrag 1. - 4. Semester |
| insgesamt: | 1.960 | 1.386 | 140 | 3.486 | 3.597 | 1.428 | 1.475 | 694 | insgesamt |

Evaluation des Unterrichtsangebotes sowie für die fakultätsinternen Prüfungen zuständig wären.

Empfohlen werden neben tatsächlichen Erfolgskontrollen bei den verschiedenen Kursen oder Praktika nur drei Prüfungen, und zwar als fakultätsinterne Prüfungen nach dem 4. und 8. Semester und als eine abschließende staatliche Prüfung nach dem Praktischen Jahr. Anschließend sollte unter Verzicht auf die Zwitterphase des AiP und angesichts der notwendigen Weiterbildung vor einer kassenärztlichen Tätigkeit die volle ärztliche Approbation erteilt werden.

Literatur

1. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF): Delegiertenkonferenz am 15.4.1989 in Frankfurt am Main
2. Bundesrat der Bundesrepublik Deutschland: Drucksache 372/86 (Beschluß)
3. Gesellschaft für Medizinische Ausbildung: Empfehlungen für eine Verbesserung der ärztlichen Ausbildung. Medizinische Ausbildung 5 (1988) 2 - 9
4. Habeck, D., Breucker, G. und Paetz, K.: Zusammenfassende Darstellung des Münsteraner Modellversuchs und Schlußfolgerungen. Medizinische Ausbildung 3 (1986) 41 - 58
5. Kahlke, W. und Junike, M.: Sinnvolle Orientierungen im vorklinischen Studienabschnitt, in: Schüffel, W. (Hrsg.): Sich gesund fühlen im Jahre 2000. Springer: Berlin, Heidelberg, New York, London, Tokyo 1988
6. Lippert, H.: Anatomieunterricht als klinische Propädeutik. Medizinische Ausbildung 3 (1986) 63 - 65
7. Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland einschließlich Berlin-West (MFT): Ordentlicher Fakultätentag 1989 am 26. und 27.5.1989 in Berlin
8. Murrhardter Kreis (Arbeitskreis Mediziner-ausbildung der Robert Bosch-Stiftung): Das Arztbild der Zukunft. Analysen zukünftiger Anforderungen, Konsequenzen für die Ausbildung, Wege zur Reform. Vorläufiger Abschlußbericht, Robert Bosch-Stiftung, Stuttgart 1989
9. Papst, R., Westermann, J. und Lippert, H.: Integration of clinical problems in teaching gross Anatomy: Living Anatomy, X-Ray Anatomy, patient presentations, and film depicting clinical problems. The Anatomical Record 215 (1986) 92 -94
10. Renschler, H. E.: Die Praxisphase im Medizinstudium. Die geschichtliche Entwicklung der klinischen Ausbildung mit der Fallmethode. Springer, Berlin, Heidelberg 1987
11. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Jahresgutachten 1989. Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung. Nomos, Baden-Baden 1989
12. Schmid-Schönbein, H.: Naturwissenschaftliche Fächer in der Medizin-Ausbildung. Referat beim Medizinischen Fakultätentag 1989
13. Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur Verbesserung der Ausbildungsqualität in der Medizin, Köln 1988

Prof. Dr. med. Dietrich Habeck
Institut für Ausbildung und Studienangelegenheiten
der Medizinischen Fakultät
der Universität Münster
Domagkstraße 3
D 4400 Münster

VERÖFFENTLICHUNGEN

NEUERSCHEINUNGEN (Teil 3)

Reinhard Lohölter, Frankfurt/Main

Der dritte Teil der Übersicht über die Neuerscheinungen zur ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung umfaßt schwerpunktmäßig die seit Ende 1988 erschienenen Arbeiten. Ich möchte mich bei Herrn Dr. Göbel (Berlin) für die hervorragende Literaturdokumentation aus der Datenbank der Forschungsstelle Zeitgeschichte im Institut für Geschichte der Medizin der FU Berlin bedanken. Erneut darf ich darum bitten, bislang noch nicht erwähnte Literatur mitzuteilen.

Bücher

Becker, P.: Prüfungsrecht. Eine konstruktive Kritik seiner Rituale. Baden-Baden 1988

Bochnik, H.J., K. Demisch, C. Gärtner-Huth: Sprechende Allgemeinmedizin. Personale Orientierung und psychiatrische Praxis. Köln 1989

Bochnik, H.J., C. Gärtner-Huth, W. Richtberg: Der einzelne Fall und die Regel. Medizin als Heilkunde und als Heilkunst. Köln 1988

Bundesärztekammer: Tätigkeitsbericht '89. Köln 1989

Bussche, R. van den: Im Dienste der "Volksgemeinschaft". Studienreform im Nationalsozialismus am Beispiel der ärztlichen Ausbildung. Berlin, Hamburg 1989

Führ, Chr.: Schulen und Hochschulen in der Bundesrepublik Deutschland. Köln, Wien 1989

Geiß, B., H. Rudolph: Bildplatten im Hochschulbereich. Göttingen 1987

Gross, P.: Medical English. Zweisprachige Texte zur Vorbereitung auf die klinische Auslandstätigkeit. Stuttgart, New York 1989

Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen: Sammlung von Gegenständen, auf die sich der schriftliche Teil der ärztlichen Vorprüfung bezieht. Weinheim 1988

Lewis, R., G. Spitzing: Perfekte Video Praxis. München 1988

Schüffel, W. (Hrsg.): Sich gesund fühlen im Jahre 2000. Berlin, Heidelberg 1988

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung. Jahresgutachten 1989. Baden-Baden 1989

Sleiner, St.: Ludwig Choulant und seine "Anleitung zu dem Studium der Medizin" (1829). Zürich 1987

Zeitschriften-/Buchbeiträge

Ackerknecht, E.H.: Friedrich Theodor Althoff (1839 - 1908) und die deutschen Universitäten um 1900. In: Schweiz. Med. Wschr. 1988, 118, S. 812 - 813

Arnold, M.: Entwicklungstendenzen in der Medizin bis zum Jahr 2000. In: Mohr, J., Chr. Schubert (Hrsg.): Arzt 2000. Berlin, Heidelberg 1988, S. 16-27

Arnold, M.: Anatomie im Zwielficht? In: Dtsch. Ärztebl. 1989, 86, S. C-209-210

Battaglia, M.: Medizinische Fakultät Bern. Verleihung des Ehrentitels "Teacher of the Year" 1988. In: Meducs 1988, 1, S. 43-45

Bollag, U.: Die Bedeutung des Sentinel-Meldesystems für Lehre und Forschung in der Praxis. In: Meducs 1988, 1, S. 39-42

Bollag, U.: Das Wahlstudienjahr - aktueller Stand und wünschenswerte Veränderungen. In: Meducs 1988, 1, S. 12-15

Bollag, U.: Neue Wege in der Ausbildung am Schweizerischen Tropeninstitut - das Pädiatrieprogramm von den Lernzielen bis zur Evaluation. In: Meducs 1988, 1, S. 90-95

Bregulla-Beyer, S.: Der Ausbau von Anamnesegruppen in Heidelberg 1979 - 1982: ein Beispiel studentischer Eigeninitiative in der Ausbildung. In: Schüffel, W. (Hrsg.): Sich gesund fühlen im Jahre 2000. Berlin, Heidelberg 1988, S. 136-139

Brocke, B.v.: Von der Wissenschaftsverwaltung zur Wissenschaftspolitik. Friedrich Althoff (19.2.1839 - 20.10.1908). In: Berichte zur Wissenschaftsgeschichte 1988, 11, S. 1 - 26

Bussche, H. van den, F. Pfäfflin, C. Mai: Die Medizinische Fakultät und das Universitätskrankenhaus Eppendorf. In: Krause, E. et al. (Hrsg.): Hochschulalltag im Dritten Reich - Die Hamburger Universität 1933 bis 1945. Berlin, Hamburg 1989

Cloetta, B., H. Gerber: Wie Berner Studierende den Einführungskurs in den klinischen Block-Unterricht (EKBU) erleben. In: Meducs 1988, 1, S. 60-66

Deppeler, R.: Überlegungen eines Laien zum heutigen Medizinstudium. In: Meducs 1988, 1, S. 28-32

Drukker, J.: Das "Maastrichter Unterrichtssystem". In: Mohr, J., Chr. Schubert (Hrsg.): Arzt 2000. Berlin, Heidelberg 1988, S. 69-75

Fieg, W.: Ausbildung für Ausbilder. In: Demokrat. Gesundh.Wesen 1989, 10, H.4, S. 26

Wschr. 1989, 131, Nr. 15, S. 22/24
Wienecke, F.: Bilder in der Medizin. In:
Photomed 1989, 2, S. 93-98

Dissertationen

Raven, U.F.: Professionelle Sozialisation und Moralentwicklung. Bedingungen und Möglichkeiten ethisch-moralischer Bildung von Medizinern. Diss. Univ. Freiburg i. Ü. (Schweiz) 1988

Sonst. Veröffentlichungen, graue Papiere

Ärztekammer Schleswig-Holstein: AiP in Schleswig-Holstein. Eine Informationsbroschüre der Ärztekammer. Eigenverlag, Bad Segeberg 1989

AG "Studienreform": Diskussionspapier zur Studienreform in der Medizin. Hannover 1989

Akademie für Ethik in der Medizin: Ethik in der ärztlichen Ausbildung. Eine Empfehlung für die Weiterentwicklung des Unterrichtsangebotes zu Fragen der Ethik in der Medizin. Eigenverlag, Freiburg i. Br. 1988

Arbeitskreis "Arbeitslose Ärzte"; ABM-ÄrztInnen: Arbeitslose Ärzte. Denkschrift, vorgelegt dem 92. Deutschen Ärzteslag 1989 in Berlin. Eigenverlag, Berlin/West 1989

Arnold, M.: "Arzt 2000". Zur Begründung einer grundsätzlicheren Reform der ärztlichen Ausbildung. Typoskript 1988

Badura, B., B. Häussler, E. Huber, R. Stein, R. Wischer: Memorandum zur Gründung einer Berliner Hochschule für Gesundheit: Bedarf, Ziele, Aufgaben, Finanzierung. Typoskript, Berlin 1988

Baluch, G., A. Kruse-Kreirath: Mediziner- und Medizinerinnenausbildung in der Sackgasse? Ergebnisse einer bundesweiten Befragung ärztlicher Direktoren zum AiP. Eigenverlag, Münster 1988

Büchner, F.: Umfrage zum 3. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung - Benotung des schriftlichen und mündlichen Teils des 3. Abschnitts der Ärztlichen Prüfung. Typoskript

Blum, F., E. Fay, A. Hensgen et al.: Test für medizinische Studiengänge (TMS). Studien zur Evaluation. Eigenverlag, Bonn 1988

Bundesregierung: Stand der Vorbereitung, Durchführung und Finanzierung der "Arzt-im-Praktikum"-Phase. II. Antwort der Bundesregierung auf die kleine Anfrage der Abgeordneten Frau Wilms-Kegel und der Fraktion Die Grünen. Bonn 1988

Fachschaft Medizin Marburg: Curare. Studienreform ins Wasser gefallen! In: Curare 12 (Mai 1989)

Fienbork, Chr.: Ärztliche Vorprüfung März 1988. Typoskript

Fink, U., M. Tolksdorf: Kleine Anfrage Nr. 5276 des Abgeordneten Prof. Dr. Michael Tolksdorf (F.D.P.) vom 23.10.1988 über "Bundsratsinitiative zur Änderung der medizinischen Vorprüfung" - Antwort des Senats vom 10.11.1988. Ber-

lin 1988

Fritsch, A.: Der Ärzte-Führerschein. Das "Institut für Medizinische und Pharmazeutische Prüfungsfragen" und der Multiple-choice-Test. Eigenverlag, Berlin 1988

Göpel, E., A. Schneider: Orientierungskurs Gesundheitswissenschaften. Studienheft 1: Studiengang und Arbeitsformen. Oberstufen-Kolleg Bielefeld. Bielefeld 1988

Göpel, E.: Orientierungskurs Gesundheitswissenschaften. Studienheft 2: Eine eigene Lebensgeschichte. Oberstufen-Kolleg Bielefeld. Bielefeld 1988

Güldner, M.: Statistische Erhebung: Medizinstudent/innen aus Entwicklungsländern in der Bundesrepublik Deutschland im Herbst/Winter 1988/89. Heidelberg 1989 (Hrsg.: Institut für Tropenhygiene und öffentliches Gesundheitswesen der Universität Heidelberg)

Habeck, D.: Medical education in the Federal Republic of Germany and activities of the Gesellschaft für medizinische Ausbildung (German section of the AMEE). Eigenverlag, Münster 1988

Habeck, D.: Meinungen von Münsteraner Studenten zu sog. Außenseitermethoden - Patientenmeinungen zu einzelnen Bereichen der ärztlichen Ausbildung - Patientenmeinungen zu einzelnen Bereichen der Ausbildung zum Zahnarzt. Münster 1989, Typoskript

Hartmann, F.: Für welche Aufgaben und auf welche Weise sollen Ärzte in Zukunft ausgebildet und erzogen werden? Typoskript 1988

Hartmann, F.: Der Teil und das Ganze im Blickfeld des Arztes. Robert-Bosch-Stiftung, Stuttgart 1988

Hinricher, L.: Die Angleichung der Mediziner- und Medizinerinnenausbildung an die EG-Richtlinie Allgemeinmedizin. Typoskript

Hubensdorf, M.: Das Studium der Emigration am Beispiel der medizinischen Fakultäten der Universitäten Wien und Berlin. Typoskript

Inhalts-AG: Studienreform: "Berliner Modell". Arbeitspapier der Inhalts-AG der Medizinerinnen und Mediziner an der Freien Universität Berlin. In: Demokrat. Ges.Wes. 1989, 11, H. 3, S. 22-23

Interdisziplinäres Zentrum für Hochschuldidaktik in der Universität Hamburg: Hochschuldidaktik in Hamburg. Tätigkeitsbericht des IZHD 1982-1989. Eigenverlag, Hamburg 1989

Köneke, Chr.: Starthilfe für Medizinstudienplatzbewerber. Eine Testsimulation in Originallänge zum Test für medizinische Studiengänge. Broschüre, Herdecke 1989

Köneke, Chr.: 1. Starthilfe für Medizinstudienplatzbewerber. 2. TMS Test-Training. Herdecke 1989, Typoskript

Krajic, K., J. Leth, J.M. Pelikan: Medizinstudenten am Beginn des 8. Semesters - Studienverlauf und Studienerfahrungen in Wien und Graz. Sozialwissenschaftliche Untersuchungen zum reformierten

- Floto, Chr.: Mainz bleibt Mainz. In: Dtsch. Ärztebl. 1988, 85, S. C-500-501
- Forth, W.: Nachdenken über Pharmakologie: ihre Bedeutung für die Arzneitherapie heute. In: Dtsch. Ärztebl. 1989, 86, S. C-843-847
- Froesch, E.: Gedanken zur Medizinerbildung - Kritik und Reformvorschläge. In: Meducs 1988, 1, S. 25-27
- Froesch, E.: Die Probleme der universitären Ausbildung im Medizinstudium mit Blick auf die ärztliche Tätigkeit. In: Meducs 1988, 1, S. 83-84
- Gallwas, H.-U.: Rechtliche Rahmenbedingungen des künftigen Arztbildes. In: Mohr, J., Chr. Schubert (Hrsg.): Arzt 2000. Berlin, Heidelberg 1988, S. 76-82
- Göbel, E.: Dokumentation: Aus-, Weiter- und Fortbildung der Gesundheitsberufe. In: Schüffel, W. (Hrsg.): Sich gesund fühlen im Jahre 2000. Berlin 1988, S. 134-135
- Goerke, H.: Ist der Arzt noch Arzt? In: Münch. med. Wschr. 1989, 131, S. 294-299
- Gundlach, Chr.: "Problemgestuurd onderwijs" (Problemorientierter Unterricht): Studieren an der Universität Maastricht. In: Dr. Mabuse 1988, 12, S. 41-43
- Habeck, D.: Strukturen eines künftigen Curriculums. In: Mohr, J., Chr. Schubert (Hrsg.): Arzt 2000. Berlin, Heidelberg 1988, S. 115-125
- Heister, E., E. Seidler: Ethik in der ärztlichen Ausbildung an den Hochschulen der Bundesrepublik Deutschland. In: Ethik in der Medizin 1989, 1, S. 13 - 23
- Hoppe, J.-D.: Zur Diskussion um die Reform der Medizinerbildung in den vergangenen Jahren. In: Mohr, J., Chr. Schubert (Hrsg.): Arzt 2000. Berlin, Heidelberg 1988, S. 53-58
- Kahlke, W., M. Junike: Sinnvolle Orientierungen im vorklinischen Studienabschnitt. In: Schüffel, W. (Hrsg.): Sich gesund fühlen im Jahre 2000. Berlin 1988, S. 119-133
- Kanzow, U.: Streit um den AiP: Lamentieren ist kein Ausweg. In: Dtsch. Ärztebl. 1989, 86, S. C-661-662
- Kassenärztliche Bundesvereinigung: AiP in der Kassenpraxis - Was ist zu beachten? Die Rechtsauffassung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. In: Dtsch. Ärzteblatt 1988, 85, S. C-1361-1363
- Kern, W.: Fragen der medizinischen Ausbildung. Ist die Ausgliederung der Naturwissenschaften vertretbar? In: Münch. Med. Wschr. 1988, 130, S. 881-882
- Kleiber, D.: Burnout: Ein Thema für den Arzt? In: Psychomed. 1989, 1, S. 61-62
- König, P.: Assistenzarzt in England. In: Dtsch. Ärztebl. 1989, 86, S. C-210-211
- Lullies, D.: Haftungsrechtliche Aspekte zum Arzt im Praktikum. In: Berl. Ärztebl. 1988, 25, S. 524-526
- Maehle, A.-H.: Zielsetzungen und erste Anwendungsbereiche der medizinischen Photographie im 19. Jahrhundert. In: Photomed 1989, 2, S. 137-148
- Matthiessen, P.F.: Das Medizinstudium an der Universität Witten/Herdecke: Versuch einer Neugestaltung der ärztlichen Ausbildung. In: Mohr, J., Chr. Schubert (Hrsg.): Arzt 2000. Berlin, Heidelberg 1988, S. 102-114
- Mauth, K.: Erfahrungsbericht "Praktisches Jahr". In: Mohr, J., Chr. Schubert (Hrsg.): Arzt 2000. Berlin, Heidelberg 1988, S. 35-41
- Möhring, P., W. Schüffel: Gekonnt zwischen den Stühlen - studentische Tutoren aus der Sicht des Supervisors. In: Schüffel, W. (Hrsg.): Sich gesund fühlen im Jahre 2000. Berlin, Heidelberg 1988, S. 140-143
- Netzold, D.: Erfahrungsbericht "Medizinstudium". In: Mohr, J., Chr. Schubert (Hrsg.): Arzt 2000. Berlin, Heidelberg 1988, S. 28-34
- Nussbaumer, Chr.: Die Anamnesegruppe - eine studentische Erfahrung aus Zürich. In: Meducs 1988, 1, S. 72-74
- Ongaro, G.: Zürcher Studentengruppe "audiovisueller Selbstunterricht". In: Meducs 1988, 1, S. 16
- Pauli, H.: Erfahrungen mit der Studienreform an der Medizinischen Fakultät Bern: wie geht es weiter? In: Meducs 1988, 1, S. 52-59
- Petzold, E.: Darf der Unterricht für Psychosomatik und Psychotherapie eigentlich Spaß machen? In: Schüffel, W. (Hrsg.): Sich gesund fühlen im Jahre 2000. Berlin, Heidelberg 1988, S. 115-118
- Popovic, M.F.R.: Prüfungen in Gebieten und Teilgebieten nach §§ 10 bis 14 der Weiterbildungsordnung. In: Hessisches Ärzteblatt 1989, 50, S. 277-280
- Rieger, H.-J.: Die Rechtsstellung des Arztes im Praktikum. In: DMW 1988, 113, S. 1204-1207
- Roos, B.: Die Zukunft der Ärzte-Ausbildung in der Schweiz. In: Meducs 1988, 1, S. 4-6
- Roßmanith, S.: Zur Sensibilisierung des psychosomatischen Selbstverständnisses bei Medizinstudenten. In: Zeitschrift für Hochschuldidaktik 1989, 13, S. 181 - 188
- Schirmer, F.: Wahrnehmungsschulung in Anamnesegruppen. In: Schüffel, W. (Hrsg.): Sich gesund fühlen im Jahre 2000. Berlin, Heidelberg 1988, S. 145-147
- Seiler, A.: Bessere Ärzte durch eine neue ärztliche Prüfung? In: Dtsch. Ärztebl. 1989, 86, S. C-303-305
- Sieverding, M.: Das Problem der Frau Doktor - Medizin und Weiblichkeit. In: Psychomed 1989, 1, S. 49-54
- Stegmaier, A.: Das Frühjahrs-Physikum - Ein Skandal? In: Dtsch. Ärztebl. 1988, 85, S. C-1122-1123
- Stein, R.: "Berliner Hochschule für Gesundheit". Wie es dazu kam und warum wir uns beeilen müssen. In: Berl. Ärztebl. 1989, 26, S. 191-199
- Vetter, St.: Eine studentische Betrachtung zur Berner Vorklinik. In: Meducs 1988, 1, S. 17
- Weidner, K.: Der schöne, entbehrensreiche Weg der Heilkunde. In: Münch. med.

- Medizinstudium in Österreich. 2. Stufe
Studentenbefragung. Ludwig-Boltzmann-
Institut für Medizinsoziologie, Wien
1988
- Marburger Bund: Das Gesundheitswesen und
die ärztliche Aus- und Weiterbildung in
den USA. Neue Schriftenreihe des Marbur-
ger Bundes 1. Bergisch-Gladbach 1989
- Pauli, H.: Biopsychozoziales Medizinmo-
dell und Reform der ärztlichen Aus-
bildung: von der Tat zur Idee, von der
Idee zur Tat? Typoskript 1988
- Präsident der Freien Universität Berlin
(Hrsg.): Das Praktische Jahr in Berlin.
15., veränd. Aufl., Berlin 1988
- Präsidium des Deutschen Hochschulverban-
des: Europäische Hochschulsysteme im
Vergleich. Eigenverlag, Bonn 1989
- Schagen, U.: Vermerk über den derzeitigen
Stand der AO-Novellierungsdiskussion.
Berlin 1989, Typoskript
- Schneider, A.: Orientierungskurs Gesund-
heitswissenschaften. Studienheft 3: Mit
anderen Menschen. Oberstufen-Kolleg Biele-
feld, Bielefeld 1988
- Ständige Konferenz der Jungen Europäi-
schen Krankenhausärzte: Grundsatz-
klärung zur ärztlichen Weiterbildung.
München 1989, Typoskript
- Tiemann, S.: Welche Auswirkungen haben
Freizügigkeit und Niederlassungsfreiheit
innerhalb der EG auf die Qualität der
gesundheitlichen Versorgung, auf Aus-
bildung und Arbeit der verschiedenen Be-
rufgruppen im Gesundheitswesen? Typo-
skript 1989
- Wirsching, M.: Grundstrukturen des Arzt-
bildes aus der Sicht der Murrhardter
Kreises. Typoskript 1988
- Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur Ver-
besserung der Ausbildungsqualität in der
Medizin. Köln 1988

Dr. Reinhard Lohölter
Didaktik der Medizin
Fachbereich Humanmedizin
Theodor-Stern-Kai 7
D 6000 Frankfurt a. M. 70

MITTEILUNGEN

TAGUNGEN UND KONGRESSE 1989

Annual Conference of the Association for the Study of Medical Education (21. - 22. 9. 1989 in Glasgow)

Kontaktadresse: ASME, Level 10, Ninewells Hospital & Medical School, Dundee, DD1 9SY, Scotland, Großbritannien

6th. General Meeting of the Network of Community-Oriented Educational Institutions for Health Sciences (17. - 19. 9. 1989 in Kerkrade, Niederlande)

Kontaktadresse: Network Secretariat, Rijksuniversiteit Limburg, P.O. Box 616, 6200 MD Maastricht, Niederlande)

Scientific International Conference on Academic Institutions and Health Services as Partners in Health Care (20. - 22. 9. 1989 in Kerkrade, Niederlande)

Kontaktadresse: s.o.

100th Annual Meeting of the Association of American Medical Colleges (27.10. - 2.11.1989 in Washington, D.C.)

Kontaktadresse: AAMC Annual Meeting, One Dupont Circle, N.W., Suite 200, Washington, D.C. 20036, USA

Third International Conference on Continuing Medical Education - "CME: The Global Challenge" (14. - 18.12.1989 in Rancho Mirage, Kalifornien)

Kontaktadresse: Registration Secretary, Annenberg Center for Health Sciences at Eisenhower, 39000 Bob Hope Drive, Rancho Mirage, CA 92270-3298, USA

AUSSCHREIBUNGEN

Westfälische Wilhelms-Universität Münster

Der **Fachbereich 5 - Medizinische Fakultät** - der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster schreibt zum 1. April 1990 die Stelle eines/einer

Universitätsprofessors/Universitätsprofessorin (C 3)

am **Institut f. Ausbildungsforschung u. Studienangelegenheiten (IFAS)**

(Nachfolge Prof. Dr. D. Habeck)

aus. Die Bewerber/Bewerberinnen um die Stelle sollen approbierte Ärzte/Arztinnen, habilitiert oder vergleichbar qualifiziert und in der medizinischen Ausbildungsforschung ausgewiesen sein sowie entsprechende Lehrerfahrung nachweisen können. Dem/Der Stelleninhaber/in wird die Leitung des Instituts gemäß den Vorschriften des § 29 Wiss. HG NRW übertragen.

Bewerbungen unter Beifügung der üblichen Unterlagen sowie von Sonderdrucken wichtiger Arbeiten werden bis zum 9. 10. 1989 erbeten an den **Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Münster, Domagkstraße 3, D-4400 Münster.**

BALINT

CENTRO DI DOCUMENTAZIONE
DOKUMENTATIONSZENTRUM
DOCUMENTATION CENTRE
CENTRE DE DOCUMENTATION

CH-6612 ASCONA (Bilintsera)

Présidence honoraire:
Enid Balint, Londres

Coordination:
Prof. Dr. med. Boris Luban-Plozza
Piazza Pedrazzini, CH-6600 Locarno

RENCONTRES INTERNATIONALES DE FORMATION À LA RELATION

ENTRETIENS DE ASCONA

*sous l'égide des Sociétés française, autrichienne, italienne, japonaise et suisse
de médecine psychosomatique, du Collège allemand de médecine psychosomatique,
de la Fédération internationale Balint et du Secrétaire général du Conseil de l'Europe.*

BALINT-PREIS

FUER MEDIZINSTUDENTEN 1 9 9 0

Ascona-Gespräche

Zur Förderung einer beziehungsorientierten Ausbildung werden wieder Arbeiten von Medizinstudenten mit einem Preis ausgezeichnet, der von der Firma Pharmaton, Lugano, gestiftet wurde (insgesamt sFr. 6'000.--).

Das Asconeser Modell (WHO) verwirklicht wesentliche Grundelemente dieser Aerzteausbildung. Es zeigt einen Weg, die Arzt-Patient-Beziehung in die Gesamtdiagnose und Gesamttherapie einmünden zu lassen und sie im Einzelfall entsprechend zu nutzen.

Das Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM), die Gesellschaften für Psychosomatische Medizin von Frankreich, Oesterreich, Italien und der Schweiz, sowie die Internationale Balint-Verbindung, ernennen Beauftragte, die zusammen mit studentischen Vertretern das Preisrichterkollegium bilden.

Die Arbeiten werden nach folgenden Gesichtspunkten beurteilt:

1. Die vorgelegte Arbeit ist auf die persönlich erlebte Erfahrung innerhalb der Student-Patient-Beziehung und deren allfällige Entwicklung zentriert.
(Exposition)
2. Diese wird - allein oder in der Gruppe - im Rahmen des Beziehungsnetzes zwischen dem Studenten, dem Pflegepersonal, der Hierarchie und den verschiedenen Institutionen verarbeitet.
(Reflexion)
3. Sie zeigt die Reflexion des Studenten über seine Erfahrungen und ihren Einfluss auf sein berufliches Erleben und Handeln.
(Aktion)
4. Sie öffnet Wege, die hierfür notwendigen Freiräume in seiner Ausbildung zu schaffen. Der oft unterdrückte Zugang zu den eigenen Gefühlen und Phantasien wird dabei in die Auseinandersetzung mit der ärztlichen Verantwortung einbezogen.
(Progression)

Je 3 Exemplare der Arbeiten sind zu richten an:

- Prof. Dr. med. W. Pieringer, Vorstand Institut Medizinische Psychologie und Psychotherapie der Universität, Auenbruggerplatz 28, A-8036 Graz.
- Prof. Dr. med. W. Schüffel, Leiter Abt. für Psychosomatik der Universität, Baldingerstrasse, D-3500 Marburg.
- Prof. Dr. med. B. Luban-Plozza, Piazza Pedrazzini, CH-6600 Locarno.

Einsendeschluss: 31. Dezember 1989.

Die **Preisverleihung** findet am 28. April 1990 in Ascona statt.

Info.: **Dokumentationszentrum**
CH-6612 Ascona

BILD(UNG) UND MEDIZIN

ZUM TITELBILD: DER FORSCHER, BÜRGER UND LEHRER RUDOLF VIRCHOW (1821-1902)
"Die Hochschulen müssen aufhören, blosse Anstalten für das Brod- und Fachstudium zu sein ..."

Urban Wiesing, Münster i. W.

Zusammenfassung

Wie kaum ein anderer Arzt im 19. Jahrhundert erlangte Rudolf Virchow Ruhm und Anerkennung. Er gilt als "das Symbol deutscher Wissenschaft schlechthin" (Andree 1987). Dieser Aufsatz versucht drei Schwerpunkte aus Virchows umfangreicher Tätigkeit zu skizzieren: seine herausragenden medizinischen Beiträge, sein politisches und sozialmedizinisches Engagement und seine Anschauungen zum Universitätsstudium.

The Researcher, Citizen and Teacher Rudolf Virchow (1821-1902)

Summary

Like no other physician in the 19th century Rudolf Virchow acquired renown and acknowledgement. He stands for "the symbol of the German science absolute" (Andree 1987). This article tries to sketch three main points of Virchow's extensive activities: his outstanding medical contributions, his engagement in politics and social medicine and his opinions on university education.

Einleitung

Rudolf Ludwig Carl Virchow wurde am 13. Oktober 1821 in Schivelbein, einer kleinen Stadt in Pommern, geboren. Er studierte 1839-43 Medizin am militärischen "Königlich-medizinisch-chirurgischen Friedrich Wilhelm Institut" in Berlin, promovierte im Alter von 22 Jahren und wurde als Unterarzt (Assistent) in der Charité angestellt. 3 Jahre später wurde er zum Prosektor befördert. Er habilitierte sich 1847 und hielt in der Folgezeit Vorlesungen als Privat-Dozent über chirurgische und pathologische Anatomie.

Im Jahre 1847 gründete Virchow

zusammen mit Benno Reinhardt (1819-1852) das "Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medizin". Es spielte für die Entwicklung der wissenschaftlichen Medizin eine bedeutende Rolle und vermehrte die internationale Reputation der deutschen Medizin; viele wegweisende Studien zur pathologischen Anatomie wurden hier im Original veröffentlicht.

Sein weiterer wissenschaftlicher Werdegang in Berlin wurde durch die Obrigkeit wegen seines politischen Engagements zunächst unterbrochen. Die freie Forschung in der Wissenschaft charakterisierte Virchows Intentionen

ebenso wie das liberale Streben in der Politik. Er hatte die Wochenschrift "Die medizinische Reform" gegründet, die zwar nur zwischen dem 10. Juli 1848 und dem 29. Juni 1849 erschien, gleichwohl aber nachhaltige sozialmedizinische Wirkung ausübte. In den politischen Unruhen wurde diese Zeitschrift unterdrückt und Virchow, der durch seine liberale Gesinnung mit der Regierung in Konflikt geraten war, verlor seine Stelle als Prosektor und verließ Berlin. Am 6. April 1849 schrieb er an seinen Vater: "Heute vor 8 Tagen bekam ich nämlich durch die Charité Direktion die Nachricht, daß der Herr Minister [...] mich abgesetzt habe und zum 15. des Monats meine amtliche Funktionen, zum 1. Mai Wohnung etc. aufhöre. Die nächste Veranlassung waren die Wahlen, die weitere meine unaufhörliche und organisierte Opposition gegen die Regierung. [...] Die Dynastien ruinieren sich fast absichtlich. Das moralische Ansehen verlieren sie ganz; nur die Gewalt und die Organisation wird sie noch eine Zeitlang halten. Der König hat ja auch wiederholt gesagt: Gegen Demokraten helfen nur Soldaten!" (S. 78-79)

Inzwischen war Virchow durch seine Arbeiten über die Pathologie und als hervorragender Lehrer so bekannt geworden, daß er einen Ruf als Professor an die Universität Würzburg erhielt. Im Jahre 1856 wurde er unter den besten Bedingungen nach Berlin zurückberufen; er erhielt die Professur für pathologische Anatomie und man über-

trug ihm die Leitung des pathologischen Instituts an der Charité - dem ersten seiner Art in Deutschland. Er bekleidete diese Position bis an sein Lebensende. Sowohl in Würzburg als auch in Berlin unterrichtete er zahlreiche Schüler aus dem In- und Ausland.

Die Zellulärpathologie

Durch seine Initiative und seine wissenschaftlichen Ergebnisse gelang es ihm, die Pathologie als eigenständiges Fach an den Universitäten einzuführen und der Krankheitslehre durch die Zellulärpathologie neue Wege zu eröffnen. In seinem bedeutenden Buch "Die Cellularpathologie in ihrer Begründung auf physiologische und pathologische Gewebelehre" (1858) hatte Virchow jene Richtung eingeleitet, die bis heute das Denken der Medizin wesentlich beeinflusst. Die Zelle beschreibt Virchow als letzten faßbaren Lebensherd, als kleinste, sich selbst reproduzierende, selbständige Einheit des Organismus, als die Grundbedingung und der Mittelpunkt aller Lebenserscheinungen, von denen die Krankheit nur eine eigentümliche Modifikation ist. "Das pathologische Wesen ist die kranke Zelle, und die Krankheit hat keine andere Einheit als das Leben, von der sie nur eine besondere Art darstellt; nämlich die einheitliche lebende Zelle." (S. 143) Diese Lehre mündete in dem berühmten Satz, den Virchow in seinem »Archiv« schrieb:

"Ich formuliere die Lehre von der pathologischen Generation, von der Neoplasie im Sinne der Zellulärpathologie einfach: Omnis cellula a cellula." (S. 141)

Diese Auffassung beeinflusste in entscheidender Weise, wie Krankheiten zu erforschen, zu diagnostizieren, zu therapieren sind und dadurch, wie das Phänomen Krankheit insgesamt zu verstehen ist. "Seitdem wir erkannt haben, daß Krankheiten nichts für sich Bestehendes, in sich Abgeschlossenes, keine autonomen Organismen, keine in den Körper eingedrungene Wesen noch auf ihm wurzelnde Parasiten sind, sondern daß sie nur den Ablauf der Lebenserscheinungen unter veränderten Bedingungen darstellen - seit der Zeit muß natürlich Heilen den Begriff haben, die normalen Bedingungen des Lebens zu erhalten oder wiederherzustellen..." (S. 139)

Virchow gab der Medizin mit der Zellulärpathologie nicht nur ein neues Denkgebäude, er bereicherte sie auch mit vielen Einzelentdeckungen. In der Anatomie des Nervensystems beispielsweise mit der Erkenntnis, daß im gesamten Nervensystem eine feine Zwischensubstanz vorhanden ist, die er als Neuroglia bezeichnete; ferner, daß um die arteriellen Hirngefäße eine besondere Lymphscheide vorhanden ist, die als der Virchow-Robinsche Raum bezeichnet wird. In seinen entwicklungsgeschichtlichen Untersuchungen beschrieb Virchow, wie sich die Pla-

zenta bildet und der Schädelgrund entwickelt. Im Bereich der Pathologie erforschte er zentrale Gebiete, die fundamentalen Begriffe Leukämie, Leukozyten, Thrombose und Embolie stammen von Virchow. "...viele ist so sehr Allgemeingut geworden, daß es gar nicht mehr als seine Schöpfung anerkannt wird." (Ackerknecht 1966, S. 226) Ab dem Ende der sechziger Jahre widmete er sich vor allem anthropologischen und archäologischen Forschungen, die ihn zu Ausgrabungen bis nach Troja führten.

Sozialmedizinische Reformen

Virchows wissenschaftliche Forschungen wurden immer von einer regen Tätigkeit begleitet, die darauf abzielte, das öffentliche Gesundheitswesen zu reformieren; hierfür kämpfte er jahrelang, schließlich mit einigem Erfolg. 1848 wurde er nach Oberschlesien geschickt, um eine grassierende Fleck-Thyphus-Epidemie zu erforschen. Die Reise prägte als einschneidendes Ereignis sein weiteres sozialmedizinisches Engagement. Virchow beließ es in Oberschlesien nicht beim Sezieren von Leichen, sondern bemühte sich, den sozialmedizinischen Hintergrund dieser Epidemie zu verstehen. In seinen 1849 erschienenen "Mitteilungen über die in Oberschlesien herrschende Thyphus-Epidemie" kritisierte er scharf die hygienischen, sozialen und politischen Verhältnisse und schrieb der Berliner Regierung, der

Aristokratie, der Kirche und dem Bildungssystem die Verantwortung dafür zu.

Virchow war zeitlebens bestrebt, die Krankenpflege generell zu verbessern und zu humanisieren; insbesondere widmete er sich der Pflege der armen Bevölkerung, bei der er jede Diskriminierung ausräumen wollte. Die Misere der Krankenpflege seiner Zeit basierte nach Virchow aber auch auf einer unzureichenden Position der Ärzte. "Die bisherige einrichtung der Armenkrankenpflege [...] schloß zwei Ungerechtigkeiten in sich: eine gegen die Kranken, die andere gegen die Ärzte. Die Armen zwang man, sich von einem von oben her bestimmten Arzt behandeln zu lassen, denn es blieb ihnen nur die Wahl, unbehandelt zu bleiben oder sich an den der Autorität genehmen Arzt zu wenden. Die Ärzte zwang man durch eine maßlose Konkurrenz, eine Stellung anzunehmen, welche ihnen den ihrer Anstrengungen würdigen Lohn vorenthielt." (S. 117)

In gleichem Maße wie bei den mittellosen Kranken versuchte Virchow, die Verhältnisse der Ärzte zu verbessern, was seine Popularität unter den Kollegen besonders erklärt. Zur schlechten Stellung des Ärztstandes bemerkte er: "Und wer kann sich darüber wundern, daß die Demokratie und der Sozialismus nirgend mehr Anhänger fand als unter den Ärzten? Daß überall auf der äußersten Linken, zum Teil an der Spitze der Bewegung,

Ärzte stehen?" (S. 117)

Von daher stellte Virchow die Arzt-Patient-Beziehung in den Mittelpunkt seiner Bestrebungen, das Medizinalwesen zu humanisieren. Die Medizin selbst faßte er als die soziale Wissenschaft par excellence auf. "Die Medizin ist eine soziale Wissenschaft, und die Politik ist weiter nichts als Medizin im Großen." (S. 117) Dieses Zitat verdeutlicht die Nähe seiner medizinischen Reformbestrebungen zur Politik. Nach 1859 erstarkte die liberale Bewegung in Preußen, und Virchow wurde 1861 Mitglied des Berliner Stadtverordneten-Collegiums. 1862 wurde er für den Wahlkreis Saarbrücken in das Preussische Abgeordnetenhaus, und zwischen 1880 und 1893 zum Mitglied des Deutschen Reichstages gewählt. Er gründete und leitete lange Zeit die »Liberale Deutsche Fortschrittspartei«. Sein politisches Engagement gipfelte u. a. in der offenen Opposition zu Otto von Bismark (1815-1898) in den sechziger Jahren während des sogenannten »Verfassungskonfliktes«, eines jahrelangen Streites um das Budgetrecht.

Die universitäre Bildung

Die medizinische Reform erstreckte sich für Virchow auch auf das Studium der Medizin; er setzte sich für eine Aufnahme an die Universität nach Leistung und nicht nach (finanziellen) Privilegien ein; für die Professoren

forderte er ein Gehalt, mit dem sie - materiell unabhängig und ohne zusätzliche Vorlesungen - ihre universitären Aufgaben erfüllen konnten. Auch thematisch plädierte er für Veränderungen: die Wissenschaft dürfe den Standpunkt des Humanismus niemals verlassen, müsse sich gleichwohl ihres sozialen Bezuges bewußt werden und diese Elemente in ihre Ausbildung integrieren. "Die Hochschulen müssen aufhören, bloße Anstalten für das Brod- und Fachstudium zu sein, auf denen man allenfalls noch nebenbei einige für den menschlichen Geist überhaupt wichtige Gegenstände kennenlernt; sie müssen wiederum das sein, was ihr Name sagt, Herde der allgemeinen menschlichen Bildung, Anstalten des höchsten Unterrichts. Der höchste Unterricht ist aber derjenige, welche das ganze geistige und ethische Bewußtsein der Zeit in den Lernenden entwickelt; die springenden Punkte des fort und fort neuwerdenden Völkerlebens zeigt, den wandelnden Schwerpunkt in der auf- und abschwingenden Bewegung der Menschheit verfolgen lehrt. Was kann demnach in der jetzigen Zeit die Aufgabe des Universitätsunterrichts sein? Die demokratische Universität wird den Humanismus, die realistische Philosophie, wie sie sich bei denkenden Beobachtern immer klarer gestalten muß, überliefern." (zitiert nach Winter, S. 38)

Virchow gehörte wie die meisten Vertreter seiner Zeit zu den absoluten Verfechtern des wissenschaftlichen

Fortschritts. Für ihn und seine Generation hatte die Wissenschaft fast religiösen Charakter angenommen. "Ich scheue mich nicht zu sagen, es ist die Wissenschaft für uns Religion geworden, und in dieser wahrhaft religiösen Treue der Naturwissenschaft haben sich auch die Naturforscher mehr und mehr gerüstet für die Treue gegen das Gesetz, die wir hoffentlich stets bewahren werden." (S. 247). Der wissenschaftliche Fortschritt bestand für Virchow nicht nur in materiell-technischen Errungenschaften, sondern er erhoffte sich von ihm auch, die Arbeit zu humanisieren, die Bildung zu erweitern und die Moral zu festigen. Rudolf Virchow starb als der "am meisten geachtete Mediziner seiner Zeit, als eine Art »Papst« der Medizin" (Ackerknecht 1977, S. 146) im Alter von 81 Jahren am 5. Sept. 1902 im böhmischen Badeort Teplitz.

Alle Virchow-Zitate, soweit nicht anders gekennzeichnet, stammen aus folgender Edition:

Boenheim, Felix (Hrsg.); Virchow, Werk und Wirkung. Rütten und Loening Verlag, Berlin 1957

Literatur:

Ackerknecht, Erwin; Rudolf Virchow, Arzt - Politiker - Anthropologe. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1957

ders.; Rudolf Virchow, In: Die berühmten Ärzte, Hrsg. von René Dumesnil und Hans Schadewaldt, Aubis Verlag Deubner, Köln 1966

ders.; Geschichte der Medizin, Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1977

Andree, Christian; Rudolf Virchow, In: Berlinische Lebensbilder, Mediziner, Hrsg. von Wilhelm Treue und Rolf Winau, Colloquium Verlag, Berlin 1987

Winter, Kurt; Rudolf Virchow, Teubner Verlagsgesellschaft, Leipzig 1977

Dr. med. Urban Wiesing
Institut für Theorie und Geschichte der Medizin
der Universität Münster
Waldeyerstraße 27
D 4400 Münster



