

Zur Situation der ärztlichen Ausbildung in der Bundesrepublik Deutschland

Sabine Kliesch, Münster

Unsere medizinische Ausbildung zum Arzt unterliegt zahlreichen Gesetzesänderungen, ohne daß jedoch eine durchgreifende Verbesserung oder gar reformerische Ansätze in den letzten Jahren verwirklicht wurden. Verbände, Parteien, Organisationen, Hochschullehrer und Studenten befinden sich in einem ständigen Interessenkonflikt, der bislang keine kongruenten Vorstellungen über notwendige Verbesserungen zuließ.

Das verschulte vorklinische Studium zeichnet sich derzeit durch eine starke naturwissenschaftliche Ausrichtung aus. Das Berufsbild "Arzt" läßt sich bislang nur vage während der ersten vier Semester an der Hochschule konturieren. Die klinische Ausbildung in den sich anschließenden 6 klinischen Semestern leidet ebenfalls unter einer sehr theoretischen Ausrichtung, die zusätzlich durch eine quantitativ sehr ungünstige Relation von Studenten, Dozenten und Patienten in praktischen Übungen, Kursen und Praktika belastet wird. Die große Anzahl von Ausbildungsfächern, die völlig ungewichtet nebeneinander im Lehrplan stehen, führen zu einer oberflächlichen Bildungsflut. Viele Lehrinhalte könnten aus dem Grundlagenstudium entfernt und in die Facharztweiterbildung integriert werden. Hinzukommt die Vielzahl unmotivierter Ausbilder und die zunehmend passive Haltung der Studierenden im Unterricht. Es bleibt offen, ob dies nur an den äußeren Umständen oder der Ausbildungsordnung liegt. Das letzte Studienjahr, das praktische Jahr, wird von vielen Studenten als Chance begriffen, theoretisches Wissen und praktisches Können aufeinander abzustimmen. Demgegenüber steht jedoch eine dem Zufall

überlassene Ausbildung während des praktischen Jahres (PJ), die zusätzlich durch den Einsatz des PJ-Studenten als billige Arbeitskraft belastet wird. Dem Ausbildungsauftrag der Universitätskliniken und der Lehrkrankenhäuser wird nur allzu häufig nicht ausreichend Rechnung getragen. Ein Thema für sich stellen die Prüfungen dar, die Unzulänglichkeiten und Zufälligkeiten in sich bergen, die dem verantwortungsvollen Ausbildungsziel nicht gerecht werden und eine Rückkopplung zwischen Ausbilder und Auszubildendem fast unmöglich machen. Doch ich darf an dieser Stelle auf meinen Vortrag zu den mündlichen Prüfungen während der Arbeitssitzung 1988 verweisen.

Aus studentischer Sicht leiten sich die Ansätze zur Verbesserung der medizinischen Ausbildung logisch aus den hier nur skizzierten Defiziten des derzeitigen Studiums ab. Es ist naheliegend, daß auch hier wieder Erfahrungen speziell aus Münster und das Habeck Modell einfließen, da dieses nachhaltig die Ausbildung an der Medizinischen Fakultät Münster beeinflusst.

Um die hohe Motivation der Studierenden zu Beginn des Studiums nicht ungenutzt verlorengelassen zu lassen, halten wir eine patientenorientierte Verzahnung von Vorklinik und Klinik für unbedingt notwendig. Eine Betonung der klinisch relevanten Grundlagen sollte zuungunsten der naturwissenschaftlichen Hilfsdisziplinen die Ausbildung zum Arzt erkennen lassen. Inwieweit die Pflichtseminare der letzten 7. Änderung der Approbationsordnung zusätzlich zum bestehenden Stundenplan und unter Beibehaltung der bishe-

rigen Prüfungsordnung diesem Ziel näher kommen können, wird sich in der Zukunft zeigen müssen. Für unabdingbar halten wir die adäquate Vorbereitung des Studierenden auf den Patientenkontakt zu Beginn des klinischen Studienabschnittes. Auch hier wird vielerorts die hohe Lernmotivation nach bestandener Ärztlicher Vorprüfung nicht genutzt. Mit relativ einfachen und für die Fakultät finanziell akzeptablen Möglichkeiten wird diese Vorbereitung zumindest in Münster auf freiwilliger Basis und mit sehr viel Engagement von Seiten der Veranstalter gewährleistet. Als Beispiel sollen hier der Kursus zur ärztlichen Gesprächsführung mit "Simulationspatienten" sowie der "Thoraxtrainer" genannt werden. Ein Charakteristikum beider Kurse ist die hohe Zahl der Teilnehmer sowie der Einsatz von (ehrenamtlichen) Tutoren aus höheren klinischen Semestern.

Die Erfahrung im Umgang mit Kranken und das Erkennen von Krankheitsymptomen unter Kenntnis des theoretischen Wissenstoffes sollte ein wesentlicher Bestandteil der ärztlichen Ausbildung sein - ist es aber leider nicht. Als Argumente für das bestehende Ausbildungsdefizit werden zu hohe Studentenzahlen und zu geringe Fallzahlen genannt. Der erste Punkt läßt sich nicht willkürlich und von heute auf morgen beeinflussen. (Abgesehen davon: eine Reduktion der Studentenzahlen löst die komplexen Probleme in unserer Ausbildung nicht. Die Frage der Lehrmotivation bleibt damit immer noch bestehen.) Der zweite Punkt, die Fall- und damit die Patientenzahlen lassen sich jedoch - wie das Münsteraner Modell nachhaltig zeigt - positiv in unserem Sinne beeinflussen. Das Problem der Lehrmotivation stellt vielschichtige Anforderungen an die in der Lehre eingesetzten Ärzte und Hochschullehrer. Es ist ein Phänomen, das zusätzliche Seminare erfahrener und in der Aus-

bildung engagierter Hochschullehrer grundsätzlich gut besucht werden, und zwar nicht nur im Hinblick auf zukünftige Examina. Meist handelt es sich um Seminare zur Differentialdiagnostik oder zur Besprechung vorgestellter klinischer Fälle. Diese Hochschullehrer motivieren durch ihr eigenes Engagement die Studierenden zur aktiven Teilnahme. Doch wie motiviert man Hochschullehrer?

Solange der Stellenwert der Lehre im Rahmen der Qualifikation an der Hochschule nicht verbessert und damit auch ein Anreiz für Engagement in der Lehre geschaffen wird, wird auch eine Änderung der Studentenzahlen ungenutzt verstreichen, die Defizite bestehen bleiben. Lehre darf nicht als lästig und als Ballast für den Jüngsten in der Qualifikationsleiter abgestempelt werden. Ansehen und Qualifikationsnachweise der Lehrenden bedürfen der positiven Korrektur - z.B. durch eine ständige Evaluation des Ausbildungsangebotes und den Leistungsvergleich innerhalb und zwischen den Ausbildungsstätten. In Münster haben wir beispielsweise alle zwei Semester auf der Basis einer Fragebogenauswertung für die Vorklinik und die Klinik "Lehrer des Jahres" ausgezeichnet - wir haben bewußt auf die Vergabe der "sauren Zitrone" verzichtet, um einen positiven Anreiz zu geben. Ausbildungsforschung wird in Zukunft mehr Gewicht erhalten müssen. Gezieltes Training von zukünftigen Hochschullehrern dürfte damit zur selbstverständlichen Notwendigkeit werden.

Insgesamt erscheint es sinnvoll, während der medizinischen Ausbildung die Möglichkeit zum problemorientierten Lernen zu verbessern und das Interesse an der Vertiefung theoretisch erworbenen Wissens durch praxisnahe Patientenkontakte insbesondere auch bei den

Hochschullehrern zu wecken. Unter Einbeziehung studentischer Tutoren (z.B. als stud. Hilfskraft, Tutorenprogramme, Tutorentaining) könnte eine Form der Lernspirale problemlos auch in die bestehende Ausbildungsordnung eingeführt werden, die eine Bereicherung des Unterrichts darstellt. Mit Hilfe innovativer und bewährter Modelle wäre auch bereits jetzt, im Rahmen der Approbationsordnung, eine deutliche Verbesserung der studentischen Ausbildung möglich. Dies entbindet jedoch nicht von der Reformierung dieses Studiums. Ein verstärktes Interesse an der Ausbildung und die Verantwor-

tung der Hochschulen könnten bei den bestehenden Möglichkeiten durchaus die Voraussetzungen schaffen, um die Notwendigkeit einer grundlegenden Reform der Ausbildungsordnung gegenüber Politikern und Verbänden glaubwürdig und nachdrücklich deutlich zu machen.

cand. med. Sabine Kliesch
Stadtlohnweg 33/60
D 4400 Münster