

## **Ärztliche Ausbildung als Herausforderung**

Abschiedsvorlesung von Dietrich Habeck (Münster) am 2.2.1990

Spectabilis,  
meine sehr verehrten Damen und Herren,  
liebe Kolleginnen und Kollegen,

Abschiedsvorlesungen bieten meistens eine Rückschau und einen Ausblick auf das vertretene Gebiet. Bei mir war es der Bereich der ärztlichen Ausbildung, der mich im Laufe der letzten zwanzig Jahre zunehmend herausgefordert hat. Es begann um 1971 mit der Wahl zum Vorsitzenden des LSA-Ausschusses (Ausschuß für Lehre und Studentische Angelegenheiten) im seinerzeitigen Fachbereich Klinische Medizin unserer Fakultät. Damals gab es zwar einen Studienplan mit Empfehlungen, in welchem Ausbildungssemester bestimmte Vorlesungen und Kurse besucht werden sollten. Eine Analyse der Veranstaltungszeiten ergab jedoch verschiedene zeitliche Überschneidungen als Ausdruck einer mangelnden Koordination zwischen den Lehrenden. Das Ziel, die organisatorischen Vorbedingungen für die Teilnahme an allen vorgesehenen Unterrichtsveranstaltungen zu schaffen durch eine Abstimmung mit den Veranstaltern, bildete meine erste Aktivität.

Eine größere Herausforderung bedeutete dann die organisatorische Umsetzung der 1970 in Kraft getretenen Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO). Diese gab unter anderem praktische Übungen in kleinen Gruppen vor. Um hierfür die Voraussetzungen zu bieten, unterteilte ich jedes Ausbildungssemester in konstant bleibende Gruppen und begann mit der Entwicklung von Stundenplänen, in welchen das Ausbildungspotential

möglichst gleichmäßig auf die Gruppen verteilt wurde. Dieses organisatorische Angebot wurde allerdings nur teilweise von den zuständigen Lehrenden wahrgenommen. Ein Teil der praktischen Übungen verblieb in Form der traditionellen Hauptvorlesung im Hörsaal, womit sich schon früh - trotz damals noch geringerer Studentenzahlen - ein Scheitern dieser Intention der ÄAppO abzeichnete, was schließlich mit der Einführung des AiP eingestanden wurde. Doch kehren wir wieder zum Beginn der Umsetzungsbemühungen der ÄAppO in die frühen 70er Jahre zurück. Damals führte ich im Kursus der Allgemeinen klinischen Untersuchungen (KAKU) den Teilbereich Anamnese als eigenständige Veranstaltung ein, da ich das Fehlen einer gezielten Anleitung zum Erheben von Anamnesen zu Beginn der klinischen Ausbildung als einen besonderen Mangel empfand. - Seinerzeit gab es viele Probleme und unterschiedliche Lösungsansätze zur Umsetzung der ÄAppO. Was lag da für einen an Ausbildungsfragen interessierten und zugleich naiven Dozenten näher, als Gleichgesinnte aus anderen Fakultäten zu einem Meinungsaustausch nach Münster einzuladen. Dies führte jedoch zu meiner ersten Konfrontation mit etablierten Institutionen, und zwar mit dem Medizinischen Fakultätentag, dessen Zuständigkeit für Ausbildungsfragen ich erst auf diese Art kennenlernte. Fortan konnte ich dann jedoch meine Vorstellungen in den Medizinischen Fakultätentag einbringen, und zwar insbesondere nach Gründung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung, der Deutschen Sektion der Association for Medical Education in Europe, deren Vorsitz mir 1981 übertragen wurde.

Eine bleibende Herausforderung bildete für mich der von der ÄAppO zwar angestrebte, in der Realität jedoch wenig verwirklichte Praxisbezug des Medizinstudiums durch die bereits erwähnte Ausbildung in Kleingruppen. Eine Möglichkeit für Lösungsansätze dieser Problematik war dann der 1980-1985 von der Bund-Länder-Kommission getragene und von mir geleitete "Modellversuch zur Intensivierung des Praxisbezuges der ärztlichen Ausbildung", der zur Entwicklung unseres sog. Münsteraner Modells führte. Ausländische Erfahrungen, insbesondere in Bern, Lille und Southampton, sowie das von Herrn Kollegen Beller bei uns eingeführte Blockpraktikum für Frauenheilkunde und Geburtshilfe gaben die Grundlage für die Einrichtung der Ergänzenden Stationspraktika mit Einbindung der Studierenden in chirurgische, internistische und psychiatrische Abteilungen nichtuniversitärer Krankenhäuser. Leitgedanken waren bzw. sind dabei: 1. das 1 : 1 Prinzip, also 1 Studierender je Station, 2. die weitgehende Integration in die Krankenversorgung und 3. der Erfahrungsaustausch mit den Krankenhausärzten unter anderem anhand der studentischen Rückmeldungen, um dadurch eine zunehmende Qualitätsverbesserung zu erreichen. Zur Vorbereitung auf diese Krankenhaustätigkeit werden den Studierenden im 1. klinischen Semester Übungsmöglichkeiten zur Anamneseerhebung und Gesprächsführung mit Simulationspatienten sowie zur Auskultation des Herzens angeboten; letzteres unter Nutzung des von Herrn Kollegen Bender 1980 fertiggestellten Thoraxtrainers sowie eines audiovisuellen Selbstlernprogrammes, welches Herr Kollege Renschler in Bonn entwickelt hat. Die Ausstattung der 1982 in unserem Lehrgebäude eingerichteten Mediothek mit inzwischen etwa 200 Selbstlernprogrammen machte einen weiteren Arbeitsbereich des Modellversuchs aus. Nicht näher eingehen konnte ich in diesem geraff-

ten Überblick der wichtigsten Bereiche des Modellversuches auf den Prozeß ihrer schrittweisen Entwicklung, etwa den Beginn mit einer kleineren Gruppe von Modellversuchsstudenten, die Umsetzungsstrategien, die Phasen der Erprobung und zunehmenden Ausweitung sowie die dabei gewonnenen Erfahrungen, welche für den Aufbau von neuen Ausbildungsmodellen oder Parallelstudiengängen von entscheidender Bedeutung sind. Auch die Probleme, welche sich 1985 mit dem Auslaufen des Modellversuches ergaben, und die schließlich in eine Zusammenlegung des ehemaligen Modellversuches mit dem LSA-Sekretariat unter Bildung des Institutes für Ausbildung und Studienangelegenheiten einmündeten, sollen hier nicht im einzelnen dargestellt werden. Wichtig ist jedoch ein Hinweis auf die jüngste Entwicklung, nämlich auf die im SS 89 erfolgte institutionelle Einbindung der Allgemeinmedizin in unser Institut. Diese neue Konstellation erblicken wir als eine Herausforderung zur Entwicklung einer studienbegleitenden Lehre der Allgemeinmedizin.

Eine besondere Herausforderung und zugleich Auseinandersetzung mit eigenen Reformvorstellungen bedeutete dann die Mitarbeit in dem von der Robert Bosch Stiftung geförderten Murrhardter Kreis. Dieser Arbeitskreis setzte sich sehr eingehend mit dem Arztbild der Zukunft auseinander und leitete daraus die wichtigsten Konsequenzen für die künftige Medizinerbildung ab. Danach treten neben die bisherigen naturwissenschaftlich orientierten Krankheitskonzepte mit stark monokausalen Forschungs-, Erklärungs- und Behandlungsmodellen nun Krankheitskonzepte, in denen die sozialen und psychischen Faktoren eine wesentliche Rolle spielen als Ursachen und Wirkungen von Krankheit im Rahmen eines multifaktoriellen Geschehens. Diese Entwicklung sowie die ständig fortschreitende Differenzierung der

wissenschaftlichen Fächer und Veränderungen in der Arzt-Patient-Beziehung können nicht ohne Folge für die Lehre bleiben: die heutigen und die neuen Fächer müssen untereinander neu gewichtet und methodische Ansätze zur Integration von Wissen entwickelt werden. So lassen sich stark verkürzt einige Aussagen des Murrhardter Kreises skizzieren.

Eine letzte Herausforderung schließlich ergab sich für mich im Rahmen der 5 + 3 versus 6 + 2 Diskussion durch die Bitte um Untersuchung der Frage, ob und gegebenenfalls wie ein fünfjähriges Medizinstudium mit 5500 Unterrichtsstunden unter Erhaltung des Praktischen Jahres möglich ist. Diese Fragestellung war für mich von besonderem Reiz dadurch, daß wir im Murrhardter Kreis das Beispielcurriculum eines fünfjährigen Medizinstudiums nur für die ersten beiden Studienjahre konkret ausformulieren konnten. Der dann von mir vor einem halben Jahr zur Diskussion gestellte erste Entwurf erreicht das Ziel eines fünfjährigen Studiums mit 5500 Stunden um den Preis einer bei uns nicht üblichen Auslastung der Vorlesungszeiten mit 33 - 34 Semesterwochenstunden. Die Reformansätze in diesem ersten Entwurf betreffen die Gewichtung von Ausbildungsschwerpunkten, eine fächerübergreifende Integration von Unterrichtsinhalten, die Vorverlagerung der Gesprächsführung und Patientenuntersuchung sowie nicht patientenbezogener Fächer in die beiden ersten Studienjahre, klinische Blockpraktika und die Einführung von Wahlpflichtveranstaltungen.

Dieser erste Entwurf eines Curriculums stieß teilweise auf Akzeptanz, aber auch auf entschiedene Ablehnung. Pauschaler Widerspruch betraf die Verkürzung des Studiums auf fünf Jahre, teilweise verbunden mit dem Vorwurf, mit diesem Curriculumentwurf politische Handlanger-

dienste geleistet zu haben. Von den Reformvorschlägen wurde vor allem die Reduzierung des Stundenanteils einzelner Fächer kritisiert. Diese Kritik möchte ich, abgesehen von einigen berechtigten Vorwürfen, vorwiegend auf ein traditionelles fachbezogenes und somatisch orientiertes Verständnis der ärztlichen Ausbildung zurückführen, zumal die übrigen Reformansätze bei einer Fakultätsumfrage kaum zu Stellungnahmen führten. Insgesamt hat mir dieser Curriculumentwurf zwar manche Antipathie, aber auch wichtige Hinweise und Erkenntnisse eingebracht

Meine bisherigen Ausführungen galten verschiedenen Situationen und Etappen, in denen ich persönlich ärztliche Ausbildung als Herausforderung erlebte. Das Thema ist jedoch umfassender. Ärztliche Ausbildung sollte eine Herausforderung für alle daran Beteiligten bedeuten, für die Lehrenden ebenso wie für die Lernenden, aber auch für die Patienten und nicht zuletzt für die medizinischen Fakultäten und für den Gesetzgeber.

An die Lehrenden richtet sich diese Herausforderung vor allem hinsichtlich des häufig zu geringen Engagements für die Lehre und des weithin fehlenden Interesses für Ausbildungsfragen. Dieser Vorwurf gründet sich nicht zuletzt auf die hierzu überaus positiven Auslandserfahrungen unserer Studierenden, insbesondere in angelsächsischen Ländern. Einer Begründung dieses Defizits durch unsere zu große Studentenzahl steht die Tatsache gegenüber, daß auch bei uns einige Professoren und Dozenten für die Lehre höchst motiviert sind. Für viele Wissenschaftliche Mitarbeiter und jüngere Privatdozenten trifft zwar zu, daß sie durch die Krankenversorgung und die für eine akademische Karriere unerläßliche Forschung voll ausgelastet, wenn nicht bereits überfordert sind. Aber sowohl bei ihnen als auch bei verschiedenen

Professoren ist es eine Frage der Grundeinstellung zur Lehre, welche ihr Verhalten im Umgang mit den Studierenden bestimmt. Mitunter gewann ich jedoch den Eindruck einer - wenn auch nicht offen ausgesprochenen - Einstellung, wonach die Arbeit ohne die Studenten doch viel einfacher wäre oder aber, daß die Studenten im Universitätsbetrieb oft einen Störfaktor darstellen. Ich denke dabei auch an den Hochschullehrer, der angeblich keine Doktoranden annimmt, weil Medizinstudenten zu dumm seien, um bei ihm promovieren zu können. Neben den mehr oder minder anonym durchgeführten Vorlesungen, die hierzulande noch weithin als das Hauptinstrument der ärztlichen Ausbildung angesehen werden, sollte sich gerade in unserer Massenuniversität jeder Lehrende zur persönlichen Begegnung mit Lernenden herausgefordert fühlen. Die bereits im Eid des Hippokrates ausgesprochene Verpflichtung zur Weitergabe der ärztlichen Kunst an den Nachwuchs wird übrigens von manchen Ärztinnen und Ärzten in nichtuniversitären Krankenhäusern oder in eigener Praxis engagierter wahrgenommen als innerhalb unserer Fakultät.

Neben diesem Problem der Motivation zur Lehre möchte ich außerdem das strukturelle Problem der teilweise mangelnden Abstimmung der Unterrichtsveranstaltungen und der Ausbildungsinhalte zwischen den Lehrenden ansprechen. Ein Beispiel dafür ist der Assistenzarzt, der 20 Minuten zu spät zu einer Veranstaltung erscheint, weil er erst kurz vorher darüber informiert wurde, und der dann verständlicherweise unwillig ein Thema abhandelt, ein Thema, welches möglicherweise ein anderer Kollege bereits eine Woche vorher unterrichtet hatte. Die für die Krankenversorgung als selbstverständlich angesehene Verantwortlichkeit ist offenbar im Bereich der Lehre noch weithin unterentwickelt. Auch die oft zitierte "Freiheit der Lehre" bietet meines Erachtens keinen Frei-

raum für eine willkürliche Auswahl der Lehrinhalte in den Pflichtveranstaltungen. Der Münchner Staats- und Verwaltungsrechtler Prof. Gallwas geht sogar noch einen Schritt weiter mit der Aussage: "Der einzelne Hochschullehrer ist außerstande, durch die Auswahl seines Vorlesungstoffes und durch die Wahl seiner Unterrichtsform den Horizont künftiger Tätigkeit vorwegzunehmen. Er überschaut in der Regel die Bedürfnisse der beruflichen Praxis einschließlich der Veränderungen der Berufswelt nicht derart in ihrer Gesamtheit, daß er im Alleingang Inhalt und Form der Lehre in seinem Fach entsprechend ausrichten könnte."

Für die Studierenden bedeutet unser derzeitiges Medizinstudium eine doppelte Herausforderung: Einerseits soll ihnen die Ausbildung ärztliche Befähigungen und Fertigkeiten vermitteln, andererseits müssen sie die oft auf nur kurzzeitige Wissensaneignung ausgerichteten Multiple-Choice-Prüfungen bestehen. Ärzte sind zwar auf ein umfassendes Wissen angewiesen. Entscheidend ist jedoch dessen Strukturierung, um es in oft komplexen Situationen bzw. zum Lösen von Problemen anwenden zu können. Für die Aneignung eines derartig strukturierten Wissens hat sich ein aktives praxisbezogenes Lernen sehr viel wirksamer erwiesen als ein unökonomisches Einpaucken von zumeist wieder schnell vergessenen Wissensfakten. Wichtig ist bei diesem praxisbezogenen Lernen seine Förderung durch die zumeist größere emotionale Beteiligung bzw. Motivation. - Stark motivierend ist außerdem die Übertragung von Verantwortung für bestimmte Aufgaben. Hier wird den Studierenden meines Erachtens noch oft zu wenig zugetraut. Beispiele dafür, was Studierende in eigener Initiative leisten können, sind die in Selbsthilfe an verschiedenen Fakultäten entstandenen Anamnesegruppen, der

hier in Münster eingeführte "Tag der Lehre", die von Studierenden durchgeführten örtlichen und internationalen Arbeitstreffen - wie etwa anlässlich der letzten Jahrestagung der Association for Medical Education in Europe im September letzten Jahres hier in Münster - ihre Mitwirkung in zahlreichen Gremien, die kürzlich von Gießener Studierenden durchgeführte Fragebogenaktion zu den dortigen Unterrichtsveranstaltungen, ihre Informationsschriften, wie z.B. der hiesige PJ-Report, sowie schließlich das von Studierenden entwickelte Berliner Modell für ein Medizinstudium.

Möglichkeiten zur Übertragung von Verantwortung bilden nicht nur die Vorbereitung von Referaten oder Analysen von bestimmten Sachverhalten oder Problemen sondern auch die Betreuung von Menschen im sozialen Umfeld, z.B. in Altenheimen, und die Durchführung bestimmter ärztlicher Tätigkeiten. Ein anderer Weg zur Übertragung von Verantwortung würde in der Einrichtung von mehr Stellen für studentische Tutoren bestehen. Abgesehen von der bei uns noch zu wenig genutzten Möglichkeit des recht effizienten Peer Learning wäre durch eine solche Einbindung der Studierenden in Ausbildungsaufgaben bei der künftigen Ärztegeneration auch eine größere Motivation zur Lehre zu erwarten.

Herausgefordert durch die ärztliche Ausbildung sind weiterhin die für die Lehre herangezogenen Patienten. Als negative Reaktion meiden manche Patienten die Universitätskliniken, und einige Krankenhäuser machen sogar Reklame damit, daß bei ihnen keine Studierenden tätig sind. Als Beispiel für eine positive Erfahrung soll das in den 70er Jahren von Herrn Kollegen Losse und seinen Mitarbeitern in der hiesigen Medizinischen Poliklinik entwickelte Ausbildungsmodell angeführt werden: Bei der Erstuntersuchung durch Studen-

ten schätzen die Patienten die ausführliche Anamneseerhebung mit der Möglichkeit, sich genügend aussprechen zu können. Wohl in jeder Klinik gibt es Patienten, die sich gerne wiederholt für Ausbildungszwecke zur Verfügung stellen. Insgesamt sind meines Erachtens zwei Voraussetzungen für eine Einbeziehung von Patienten in den Unterricht wichtig: 1. eine menschlich angemessene Einbindung der Patienten in die Ausbildung, die eine Überforderung etwa durch zu häufige Untersuchungen oder Demonstration eines bestimmten Befundes ausschließt. Besonders geeignet sind aufgrund unserer Modellversuchserfahrungen in dieser Hinsicht Stationspraktika mit nur 1 - 2 Studierenden je Station. Diese begleiten einige Patienten von der Aufnahme bis zur Entlassung, so daß die Kranken nicht als Befundträger bei nur kurzzeitigen Kontakten mit Studierenden fungieren. Die 2. Voraussetzung bildet eine adäquate Vorbereitung der Studierenden auf den Umgang mit Patienten. Hier haben sich bei uns zum ersten Üben der Gesprächsführung und Anamneseerhebung Simulationspatienten als gut geeignet erwiesen, insbesondere weil sie Fehler und Ungeschicklichkeiten durch Rückmeldung korrigieren und den Schwierigkeitsgrad variieren können; außerdem werden sie ernster genommen als ein Rollenspiel. Eine gute Vorbereitung auf die körperliche Patientenuntersuchung besteht - abgesehen von der Nutzung von Phantomen - darin, daß die Studierenden durch gegenseitiges Üben der Untersuchungstechniken auch selbst erleben oder erleiden, was sie später Patienten zumuten.

Eine große Herausforderung durch die ärztliche Ausbildung ergibt sich für die medizinischen Fakultäten. Hierzu sollen einige Aussagen des schon erwähnten Mitgliedes des Murrhardter Kreises, Herrn Prof. Gallwas, zitiert werden: "Da nicht alle verfügbaren medizinischen Kenntnisse;

Fertigkeiten und Fähigkeiten im Ausbildungsgang der Medizinischen Fakultäten angeboten, vermittelt und gelernt werden können, ist eine Auswahl zu treffen. Dazu sind Kriterien erforderlich. Sie aufzufinden, ist eine der wichtigsten und zugleich eine der schwierigsten Aufgaben der Medizinischen Fakultäten." "Ohne hinreichend bestimmtes Ausbildungsziel wird der Ausbildungsgang zu einer Abfolge von Zufälligkeiten, der auch nur Zufallsergebnisse liefert." "Bundesärzterordnung und Approbationsordnung sollen und können den Fakultäten die Aufgabe nicht abnehmen, das Ausbildungsziel selbst zu definieren." "Der Verordnungsgeber ist kraft Gesetzes auf die Regelung der Mindestanforderungen an das medizinische Studium und auf die Bestimmung des Näheren über die ärztliche Prüfung beschränkt. Demgemäß ist das Ausbildungsziel der Approbationsordnung schon von Gesetzes wegen nur ein ergänzungsbedürftiges Teilziel." "Die Kompetenz der Fakultäten, das Ausbildungsziel zu definieren und in der Organisation der Lehre und des Studiums umzusetzen, bedarf ihrerseits entsprechender Organisation." Dabei "willbedacht sein, ob die gängige Organisation der Medizinischen Fakultäten, in der sich notwendigerweise ein bestimmtes Verständnis von Medizin widerspiegelt, flexibel genug ist, um das in der Lehre umzusetzen, was sich an Erfordernissen aus der Ausrichtung der Ausbildung und den Bedürfnissen der beruflichen Praxis und deren Veränderung ergibt. Wenn Behandlungsbedürfnisse interdisziplinär werden und sogar zur Ergänzung des naturwissenschaftlichen Ansatzes zwingen, kann die Lehre der Behandlungsstrategien schwerlich jeweils nach Fächern und Teilgebieten sektioniert und isoliert erfolgen. Berufsorientierte Lehre ist auf Querschnittskompetenzen und kooperierende Wahrnehmung von Kompetenzen in der Ausbildung angewiesen. Die Bildung von Kommissionen für

Fragen des medizinischen Studiums und die Schaffung eines Studiendekans reichen dazu nicht aus." "Außerdem haben die Medizinischen Fakultäten die ständige Aufgabe, im Zusammenwirken mit den zuständigen staatlichen Stellen Inhalte und Form des Studiums im Hinblick auf die Entwicklungen in der Wissenschaft, im Hinblick auf die Bedürfnisse der beruflichen Praxis und die notwendigen Veränderungen in der Berufswelt zu überprüfen und weiterzuentwickeln."

Hierbei denke ich vor allem an eine institutionelle Einbindung der Allgemeinmedizin in alle medizinischen Fakultäten und an eine stärkere Gewichtung psychosozialer Aspekte bei der Ausbildung zum Arzt. Außerdem weist Gallwas darauf hin, "daß zwischen Forschung, Krankenversorgung und Lehre ein Attraktivitätsgefälle besteht, das nicht nur den Inhalt und die Form der Lehre zum Stiefkind der Wissenschaft hat werden lassen, sondern das ganze weite Feld einer zielorientierten Organisation des Studiums brachliegen läßt." Dieser letzte zitierte Satz wirft die Frage auf, wie der derzeit geringe Stellenwert der Lehre vergrößert werden kann. Ein erster Ansatz würde in der Berücksichtigung der Lehrbefähigung und des Engagements für Ausbildungsfragen bei Berufungen und bei der Auswahl des wissenschaftlichen Nachwuchses bestehen. Dies setzt unter anderem ein Teacher Training voraus. Ein anderer Vorschlag ist die Abtrennung der Haushaltsmittel für Lehre aus dem bislang gemeinsamen Titel für Forschung und Lehre, um damit Innovationen auf dem Gebiet der Ausbildung zu fördern, wie z.B. die bereits erwähnte Einrichtung von mehr studentischen Tutorenstellen. Weiterhin sollten jüngeren Kolleginnen und Kollegen Studien- oder Forschungsaufenthalte in sog. Reformfakultäten zum Kennenlernen von Ausbildungsinnovationen ermöglicht werden. Notwendig erscheint mir außerdem die vorübergehende Freistellung einzel-

ner Mitarbeiter von anderen ärztlichen Aufgaben zugunsten der Lehre. Nicht zuletzt wären auch Belohnungen durch Preise oder andere Auszeichnungen für besondere Ausbildungsaktivitäten ein Weg zur Verbesserung des Stellenwertes der Lehre. Ausgezeichnet werden sollten allerdings auch besonders qualifizierte Unterrichtsveranstaltungen oder Ausbildungsprogramme.

Aber hier bestehen noch große Defizite in den Fakultäten, weil die Lehre bei uns noch gar nicht evaluiert wird. In vielen medizinischen Bereichen ist heute von Qualitätssicherung die Rede bzw. wird diese auch praktiziert. Meine Frage ist, wie lange wir noch auf eine Qualitätssicherung der Lehre verzichten können. In der Entwicklung von Evaluationsinstrumenten für die Lernenden, für die Lehrenden und für die Lehre erblicke ich neben dem bereits erwähnten Aufbau einer studienbegleitenden Lehre der Allgemeinmedizin die derzeit wichtigsten Aufgaben für unser Institut. Dieser Zielsetzung steht allerdings die unzureichende personelle Situation im Institut entgegen, insbesondere nach dem Abzug von 1/2 Sachbearbeiterin. Mit den verbliebenen 2 halben Sachbearbeiterinnenstellen und 2 studentischen Hilfskräften ist eine organisatorische Betreuung von etwa 2000 Studierenden bei gleichzeitig anwachsenden Aufgaben, z.B. durch die mündlichen Prüfungen oder durch die mit Auslandsstudien und der Erasmus-Bürokratie verbundenen Anforderungen, nicht durchführbar. Hier ist in unserem Institut ein Ausgleich durch unbezahlte Überstunden ebenso wenig länger zumutbar wie eine Kompensation fehlender Bürokapazität durch wissenschaftliche Mitarbeiter. Diese Problematik bildet eine aktuelle Herausforderung an unsere Fakultät, was ich hier mit allem Nachdruck herausstellen muß.

Herausgefordert ist durch die ärztliche Ausbil-

dung schließlich der Gesetzgeber. Verglichen mit der Situation in ausländischen Staaten, insbesondere auch im EG-Bereich, besitzen unsere Fakultäten zu wenig Autonomie für die eigene Gestaltung des Studiums und der Prüfungen. Zwar werden mögliche Freiräume der ÄAppO bislang noch nicht voll ausgeschöpft, wie uns wiederholt vorgeworfen wird. Insgesamt bestehen jedoch zu viele Reglementierungen und Barrieren für eine eigenständige Curriculumentwicklung mit unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen, um so einen Wettbewerb zwischen den Fakultäten anzuregen. In diesem Sinne ist auch der zuvor erwähnte eigene fünfjährige Curriculumentwurf nur als ein Beispiel unter verschiedenen möglichen Lösungen anzusehen. Nach meiner Ansicht sind auch nicht vier Staatsprüfungen notwendig, sondern nach ein oder zwei fakultätsinternen Prüfungen sollte eine Staatsprüfung als Qualifikationsnachweis für eine ärztliche Berufsbefähigung genügen. Schließlich ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, daß die ÄAppO von 1970 mit eingreifenden Veränderungen des Medizinstudiums seinerzeit ohne eine vorangehende Erprobung und gezielte Vorbereitung den medizinischen Fakultäten übergestülpt wurde. Um jedoch neue Ausbildungsformen und Reformansätze schrittweise entwickeln und erproben zu können, ist für unsere Fakultäten die seit langem geforderte Experimentierklausel unerlässlich. Dazu sei noch eine letzte Äußerung von Gallwas zitiert: "Aus hochschulrechtlichen Gründen kann man den Medizinischen Fakultäten im übrigen eine Öffnungsklausel in der Approbationsordnung zur Erprobung von Reformmodellen nicht versagen, so lange nur ein Standard des wirklich Unverzichtbaren gewährleistet bleibt. Berufsrecht geht nicht vor Hochschulrecht, vielmehr sind die Zielvorstellungen beider Rechtsgebiete aufeinander abzustimmen."

Meine sehr verehrten Kolleginnen und Kollegen! Damit möchte ich diesen kurzen Ausblick mit Hinweisen, wie die Herausforderung durch die ärztliche Ausbildung nach meiner Meinung in Zukunft gemeistert werden könnte, beenden. Meine Ausführungen sind ein Ergebnis der eigenen Auseinandersetzung mit dieser Herausforderung, durch welche die letzten beiden Jahrzehnte meines Lebens bestimmt wurden. Einige Ereignisse auf diesem Weg hatte ich eingangs im Rückblick skizziert. Rückblickend kann ich heute bekennen, daß ich für alles, was ich in diesen beiden Jahrzehnten erleben und bewirken konnte, dankbar bin. Herr Kollege Toellner erklärte kürzlich anlässlich des Symposiums zu seinem 60. Geburtstag: Alter ist kein Verdienst, sondern eine Gnade. In diesem Sinne blicke ich nicht nur auf die beiden letzten Jahrzehnte, sondern auf mein ganzes bisheriges Leben in Dankbarkeit zurück: Auf mein Elternhaus und die Schulzeit in Hinterpommern, auf die fünfjährige Soldatenzeit und französische Kriegsgefangenschaft, auf das Medizinstudium hier in Münster, in Düsseldorf und in Freiburg und das damit verknüpfte Verbindungsleben im Wingolf, auf meine ärztliche Prägung und Tätigkeit in der hiesigen Nervenlinik bis hin zur Habilitation und schließlich auf den persönlichen familiären Bereich meines Lebens.

Unter allen Menschen, mit denen ich verbunden war und bin, möchte ich jetzt an erster Stelle meiner lieben Frau und unseren drei Kindern danken, die viele Opfer für meine beruflichen Aktivitäten auf sich genommen haben. Stellvertretend für meine akademischen Lehrer nenne ich den Anatomen Hellmut Becher, den Pathologen Franz Büchner und den Psychiater Friedrich Mauz, denen ich neben fachlichen Kenntnissen die Ehrfurcht vor dem Menschen verdanke. Dank schulde ich allen früheren und jetzigen Mitarbeitern in der Nervenlinik, im seinerzeitigen Mo-

dellverbund Psychiatrie, im Dekanat und LSA--Sekretariat, im Modellversuch und insbesondere im Institut für Ausbildung und Studienangelegenheiten. Nur ihrem großen Engagement und überplanmäßigen Einsatz ist die bisherige Funktionsfähigkeit des IfAS zu verdanken, was ich hier noch einmal besonders herausstellen möchte. Mein Dank richtet sich an alle Mitglieder unserer Fakultät, die meine Aktivitäten unterstützt oder darüber mit mir fair gestritten haben, und hier möchte ich namentlich nennen Herrn Kollegen Kemper als gelegentlichen Kontrahenten und zugleich Förderer meiner Ideen und Pläne. Ich danke den Vertretern unserer Verwaltung und der Ministerien für die häufig erfahrene Unterstützung. Danken möchte ich an dieser Stelle auch allen weiteren Mitgliedern unserer Universität und den Ärztinnen und Ärzten in den Akademischen Lehrkrankenhäusern für die gute persönliche Zusammenarbeit sowie in Kommissionen und anderen Gremien, ferner allen Kolleginnen und Kollegen in den nichtuniversitären Krankenhäusern für das Zustandekommen der Ergänzenden Stationspraktika. Ich danke den Mitgliedern unserer Gesellschaft für Medizinische Ausbildung, der Association for Medical Education in Europe, des Murrhardter Kreises sowie Herrn Kollegen Renschler, dem Direktor des Instituts für Didaktik der Medizin in Bonn und Herrn Kollegen Lohölter von der "Didaktik der Medizin" am Fachbereich Humanmedizin in Frankfurt/Main für die zahlreichen Anregungen zur Medizinerbildung. Mein ganz besonderer Dank gilt schließlich allen früheren und jetzigen Studierenden. Auch hier möchte ich, stellvertretend für alle, zwei Namen nennen, nämlich Frau Sabine Kliesch und Herrn Heiner Busch. Sie haben wie viele andere Kommilitoninnen und Kommilitonen ganz entscheidend zum Gelingen meiner Bemühungen beigetragen und ich hoffe und wünsche mir, daß

bei Ihnen als unserer künftigen Ärztegeneration  
ärztliche Ausbildung eine ständige Herausforde-  
rung bilden möge.

Prof. Dr. Dietrich Habeck  
Institut für Ausbildung und Studentische Angele-  
genheiten der Medizinischen Fakultät  
Domagkstr. 3  
W 4400 Münster