

Stellenwert der Lehre in der Mediziner Ausbildung

von J. Grifka, Bochum

1. Problematik

Die "Qualität der Lehre" ist mittlerweile zu einem Schlagwort in der politischen Diskussion geworden. Sie wird in der Regel als Postulat herausgestellt, was einen Qualitätsmangel impliziert. Plakativ aufgemachte Publikationen der Laienpresse wollen gar den pauschalen Eindruck eines bodenlosen Niveauverlustes der universitären Ausbildung vermitteln. Mit diesem Beitrag sollen die heutigen Verhältnisse im einzelnen beleuchtet, die geschichtliche Entwicklung rekapituliert und zukünftige, mögliche Änderungen diskutiert werden.

Seit Einführung der Approbationsordnung hat der Stellenwert der Lehre eine deutliche Änderung erfahren. Außer der gesetzlichen Reglementierung und Einschränkung der Universitäten hinsichtlich der Studiengestaltung sind die Gründe insbesondere die immens gestiegene Studentenzahl und ein Prüfungswesen mit bundeseinheitlichen Multiple Choice-Fragen, die auf Randbereiche des Stoffgebietes zielen und mitunter schon allein aufgrund ihrer Frageformulierung eine Schwierigkeit darstellen. Durch die Approbationsordnung wurden Freiräume bei der Gestaltung der Lehre eingegrenzt, das persönliche Verhältnis zwischen Lehrenden und Lernenden aufgrund massiv gestiegener Studentenzahlen zur Anonymität verschoben und anstelle einer Rückkopplung und Kontrolle des Erlernen durch die Lehrenden ein Prüfungssystem eingeführt, das vorwiegend auf kognitives Wissen und nicht auf praktische Prüfungsinhalte abstellt. Damit wurde ein spezielles, von der Lehre gelöstes Lernverhalten induziert.

In diesem Kontext hat, neben Institutionen und Verbänden, vor allem die studentische Veranstaltungskritik das Interesse auf die Bedeutung der Lehre fokussiert. An die angekündigte, erneute Novellierung des Medizinstudiums, wie diese vom Bundesministerium für Gesundheit vorangetrieben wird, werden angesichts der derzeitigen Verhältnisse besondere Erwartun-

gen und Hoffnungen geknüpft. Das Bundesministerium für Gesundheit hat bis zum 15.08.1993 zur Stellungnahme zu einer "Kurzfassung des Berichts der Sachverständigenkommission zu Fragen der Neuordnung des Medizinstudiums" aufgerufen. Die vorliegende Ausarbeitung hinterfragt auch, inwiefern bei den zur Diskussion stehenden möglichen Änderungen ein Effekt der Verbesserung der Lehre in der Mediziner Ausbildung abzusehen ist.

2. Historische Übersicht

Nachdem in frühchristlicher Zeit vor allem magische Vorstellungen mit der "Heilkunde" verbunden waren, reichen erste Berichte über einen Arzt als Schreibkundigen und Behandler auf das Jahr 2000 v. Chr. zurück, die von dem Schaffen Imhoteps in Ägypten berichten. Über die Folgezeit sind medizinische Papyri mit ärztlichen Texten erhalten, die eine v.a. empirisch-aufgebaute Medizin mit feststehenden Diagnose- und Rezeptanweisungen dokumentieren (1).

Als Begründer des Arztstandes gilt Asklepios (wahrscheinlich 13. Jh. v. Chr.). Ihm wurden zwar noch göttliche Attribute zuerkannt, doch war er bereits auf eine Naturphilosophie ausgerichtet, die die Stellung des Menschen und die Grundlagen von Krankheiten kritisch hinterfragt. Es finden sich Malereien und Reliefs, in denen der Arzt Asklepios als Behandler mit Instrumenten oder beim Aderlaß zu sehen ist. Ebenso wird er bereits als lesender Gelehrter dargestellt (2).

In die späthellenistische Zeit fallen die bekannten Arztschulen in Knidos und Kos. Mit der Gründung dieser beiden Schulen wird das medizinische Wissen nicht mehr innerhalb der Familien, vom Vater zum Sohn oder an Auserwählte überliefert, die auch als Wandernde oder Umherziehende ihre Künste anbieten, sondern ist institutionalisiert. Damit wird das medizinische Wissen auch für andere zugänglich. Anstelle rein mündlicher Überlieferungen werden auch Schriften zur Grundlage für Lehre und Lernen. Typischerweise werden Einzelfälle beschrieben und dann Verallgemeinerungen versucht (3). Hippokrates (460-375 v. Chr.) verdanken

wir aus seiner Tätigkeit in Kos mit seinem "Corpus hippocraticum" eine Lehranleitung, mit solchen kasuistischen Beobachtungen von Krankheitsverläufen und Symptomen unter Berücksichtigung verschiedener äußerer Einflüsse und der Beschreibung zweckmäßiger Heilmaßnahmen. Die hohe ethische Anschauung von der Würde und Verpflichtung des ärztlichen Berufsstandes findet im Hippokratischen Eid ihren Niederschlag.

Schon im 3. vorchristlichen Jahrhundert traten mehrere Schulen miteinander in Konkurrenz. Das Interesse war nicht nur auf die Krankenbehandlung gerichtet, sondern ebenso auf die Anatomie und besonders die Physiologie.

Im Mittelalter wurden die Mönche zum Hüter der medizinischen Tradition, indem sie zunächst in Montecassino, Salerno oder Montpellier antike Schriften, wie die Lehrsätze des Hippokrates, übersetzten und abschrieben und Kranke pflegten (4). Salerno war schon im 10. Jahrhundert als medizinische Schule bekannt. Nach dem Vorbild der dort geregelten Ausbildung erließ der Normannenkönig Roger von Sizilien 1040 eine Verordnung, nach der nur geprüfte und approbierte Ärzte in seinem Reich praktizieren durften. Kaiser Friederich der II. erließ 1231 - 1234 eine detaillierte Studienordnung und trennte Arzt vom Apothekerberuf. Die Schule von Salerno vergab zu dieser Zeit den Magistertitel. Nach dem Vorbild dieser Schule sind eine Reihe von Universitäten entstanden (Bologna 1119; Paris 1215; Padua 1222; Neapel 1224; und im deutschsprachigen Raum Prag 1348; Wien 1365; Heidelberg 1386) (1).

Im 13. Jahrhundert kam dann auch der hochangesehene Dokortitel auf, der seinen Träger dem niederen Adel gleichstellte und überall in Europa anerkannt wurde. Der Doktor hatte auch das Recht, an der Universität Vorlesungen zu halten. Äußerlich war er durch einen besonderen Talar, den Doktorhut und den Doktorring erkennbar.

Über die Medizinische Fakultät der Universität Paris wird berichtet, daß alle Professoren und Doktoren gehalten waren, sich als Lehrer zu betätigen. Für die Dauer von zwei Jahren unterrichteten sie jeweils sämtliche Fächer. Die Studienabsolventen hatten über zwei Jahre praktische Erfahrungen zu sammeln, indem sie miteinander argumentierten und in Hospitälern arbeiteten. Dann wurden sie von der Fakultät zum praktischen Examen zugelassen. Die medizinische Prüfung wurde von den ältesten Doktoren der Fakultät abgehalten (2).

Während sich die Anatomie zuvor darauf beschränkte, anatomische Beschreibungen, z.T. aus vorchristlicher Zeit, nachzuvollziehen, wurde mit Andreas Vesalius (1514-1564) ein neues Zeitalter der Anatomie begrün-

det. Mit seinem als 29jährigem veröffentlichten Werk "De humani corporis fabrica" beschreibt er detailliert die Anatomie des Menschen. Seinem Zeitalter entsprechend versteht er den Menschen als Maschine. Es ist kennzeichnend für die Renaissance, daß sich die induktive Weltanschauung durchsetzte. Entsprechend der Forderung "observatio et experimentum" veränderte sich auch die Lehre. Statt der Rezitation galenischer Traktate oder Vorlesungen aus dem Corpus hippocraticum rückte nun allmählich die eigene Anschauung vom Menschen und der Behandlung von Krankheiten in den Vordergrund.

Über die nächsten Jahrhunderte erfuhr die Medizin einen wesentlichen Aufschwung durch die Gründung verschiedener Fachgebiete.

3. Gesetzliche Vorgaben

3.1 Vor Gründung der Bundesrepublik

Die gesetzlichen Regelungen zur Medizinerbildung zeigen in ihrem chronologischem Ablauf spezifische Veränderungen, die nicht nur vom Zeitgeist geprägt sind, sondern an Parallelen in der neueren Gesetzgebung denken lassen.

Angesichts einer stetig steigenden Zahl von Medizinstudenten wurde mit der Reichsgewerbeordnung 1869 eine reichseinheitliche Regelung der Ausbildung zum Arzt niedergelegt und bestimmt, daß der Bundesrat "Vorschriften über den Nachweis der Befähigung" erläßt (5, 6). Als Begründung für diese gesetzliche Regelung der Arztausbildung wird auch angeführt, daß von ärztlicher Seite beklagt worden sei, daß die naturwissenschaftliche Ausbildung der Studienanfänger unzureichend sei und einer stärkeren Berücksichtigung bedürfe. Zugleich wurde festgelegt, daß es für die Niederlassung als Arzt der Approbation bedurfte. Diese erlaubte die Niederlassung an beliebigem Ort im Deutschen Reich.

Es dauerte noch bis 1883 bis aufgrund dieser Regelung eine erste reichseinheitliche Prüfungsordnung erlassen wurde. Das preußische Kultus- und Kriegsministerium sowie das Reichsgesundheitsamt hatten hierzu eine Kommission aus 16 Medizinern und 6 Regierungskommissaren berufen. Die Prüfungsordnung bestimmte, daß das Studium 9 Semester dauerte und nach einem Staatsexamen unmittelbar die Approbation erteilt wurde (s. Tab. 1).

Auch während der Geltungsdauer der Reichsgewerbeordnung kam es noch zu einem Anstieg der Studentenzahlen: Betrug die Zahl der Medizinstudenten 1848 noch

Tab. 1: Chronologische Übersicht der gesetzlichen Vorgaben für das Medizinstudium

1869	<u>Reichsgewerbeordnung</u> mit Approbation Niederlassung an beliebigem Ort des Deutschen Reiches	Verordnungen zur Ergänzung 26.01.1955 14.07.1957 28.03.1958 13.07.1963 31.05.1965
1883	<u>reichseinheitliche Prüfungsordnung</u> 9 Semester Studium Staatsexamen - Approbation	28.10.1970 <u>Approbationsordnung für Ärzte</u> keine Pflichtvorlesungen, dafür Pflichtpraktika Studienjahre 2 Jahre Vorklinik, 1 J + 2 J Klinik, 1 J Praktisches Jahr Krankenpflagedienst 2 Monate Famulatur 2 Monate mc-Prüfungen; keine Benotung
28.05.1901	<u>Änderung der Prüfungsordnung</u> 10 Semester Studium Staatsexamen: 7 Prüfungsabschnitte danach: 1 Jahr Medizinalpraktikant (bis 1939)	21.05.1975 <u>1. Änderung der Approbationsordnung</u> Famulatur in der Praxis
1924	<u>Neufassung der Prüfungsordnung</u> 4 Semester Vorklinik, 6 Semester Klinik Staatsexamen: 14 Prüfungsabschnitte	24.02.1978 <u>2. Änderung der Approbationsordnung</u> Famulatur 4 Monate Bestehensgrenze von 50 % auf 60 % Allgemeinmedizin Leistungsnachweis für Pflichtpraktika Möglichkeit der Wiedereinführung der Pflichtvorlesung
22.12.1927	<u>Neufassung des Studienablaufs</u> 5 Semester Vorklinik, 6 Semester Klinik	15.07.1981 <u>3. Änderung der Approbationsordnung</u> (nach Skandalphysikum 3/81): Bestehensgrenze mind. 50 %
13.05.1932	<u>Prüfungsänderung</u> Teilung der Vorprüfung in naturwissenschaftlichen und anatomisch-physiologischen Abschnitt	19.12.1983 <u>4. Änderung der Approbationsordnung</u> Benotung
17.07.1939	<u>Bestallungsordnung</u> als Verordnung zur Durchführung und Ergänzung der Reichsärzteordnung vom 13.12.1935 Pflichtvorlesungen und -übungen 4(5) Semester Vorklinik, 6 Semester Klinik Krankenpflagedienst 6 Monate (ab 1942: 4 Monate) Fabrik- oder Landdienst 6 Wochen Pflichtfamulatur 6 Monate Staatsexamen: 19 Prüfungsfächer danach: Pflichtassistentenzeit und Landvierteljahr als Vorbereitung auf die Kassenpraxis	15.12.1986 <u>5. Änderung der Approbationsordnung</u> mc-Fragen können vor Auswertung gestrichen werden Unterricht in kleinen Gruppen Bed-Side-Teaching max. 5 Studenten keine schriftliche Prüfung nach PJ AiP mit 2jähriger Dauer
15.09.1953	<u>Bestallungsordnung</u> Studienplangestaltung vollständig durch Fakultäten, möglichst geringe Zahl der Pflichtvorlesungen 5 Semester Vorklinik, 6 Semester Klinik Krankenpflagedienst 8 Wochen Famulatur 3 Monate Staatsexamen: 19 Prüfungsfächer praktisch-mündliche Prüfungen; Benotung nach Schulnoten danach: 2 Jahre Vorbereitungszeit als Medizinalassistent (mind. 6 Mo. Innere Medizin, jeweils mindestens 4 Mo. Gynäkologie und Chirurgie)	28.05.1987 <u>6. Änderung der Approbationsordnung</u> Ermittlung durchschnittlicher Prüfungsleistungen, Wiederholungsregelung Verschiebung der AiP-Einführung um 1 Jahr mit Dauer von 18 Monaten, ohne Sturkturierung
		14.07.1987 <u>Neufassung</u> mit 5. und 6. Änderung der Approbationsordnung
		21.12.1989 <u>7. Änderung der Approbationsordnung</u> Zieldefinition Seminare mit begrenzter Teilnehmerzahl in der Vorklinik Patientendemonstration: max. 8 Studenten Patientenuntersuchung: max. 3 Studenten Teilzeitbeschäftigung für AiP zulässig
		<u>Änderung</u> entsprechend Einigungsvertrages vom 31.08.1990 und Gesetz vom 23.09.1990

1.500 und 1865 2.500, so studierten 1880 bereits etwas über 4.000, 1886 8.227 und 1890 schließlich 8.724, was für das vorherige Jahrhundert den Gipfel darstellte (5).

Die organisierte Ärzteschaft bemühte sich, den Zustrom zum Arztberuf einzudämmen. Es wurde mahndend auf finanzielle Schwierigkeiten in der eigenen Praxis hingewiesen und nach Steuerungselementen zur Eindämmung des Studentenbooms gerufen. Außerdem wurde beklagt, daß das Studium nicht genügend praxisorientiert sei.

Gegen den Protest der organisierten Ärzteschaft wurde am 28.05.1901 eine neue reichseinheitliche Prüfungsordnung geschaffen, die den Zugang zum Medizinstudium für Absolventen von Gymnasien und Realgymnasien gleichermaßen erlaubte. Als enormes Zugeständnis an die gewünschte Reduktion der Studentenzahlen kann allerdings gewertet werden, daß das Medizinstudium auf 10 Semester verlängert, ein Staatsexamen mit 7 Prüfungsabschnitten eingeführt und ein anschließendes Jahr praktischer Tätigkeit als Medizinalpraktikant verpflichtend wurde. Damit verlängert sich das Medizinstudium letztendlich von 4 1/2 auf 6 Jahre. Das zusätzliche Berufsjahr ohne Einkommen kann als Abschreckung gesehen werden. Dieses praktische Jahr war in unmittelbarem Anschluß an die ärztliche Prüfung an "dazu besonders ermächtigten Krankenhäusern unter Aufsicht und Anleitung des Direktors oder des ärztlichen Leiters" abzuleisten. Durch dieses Jahr sollte der Praktikant seine "praktischen Kenntnisse und Fähigkeiten vertiefen und fortbilden" und ein "ausreichendes Verständnis für die Aufgaben und Pflichten des Arztes" bekommen. Vier Monate mußten vorzugsweise der Behandlung innerer Krankheiten gewidmet sein (6).

Während des vorigen Jahrhunderts stand immer wieder die Frage nach dem richtigen Verhältnis von Theorie und Praxis im Mittelpunkt der Diskussion, mit der Forderung nach stärkerer Berücksichtigung praktischer Elemente im Studium. Mit der o.g. Änderung der Prüfungsordnung im Jahre 1901 sollte dem Rechnung getragen werden. Außerdem wurden neue Fachgebiete in den Unterricht und als Prüfungsfächer aufgenommen.

Im Jahre 1924 erfolgte eine erneute Novellierung der Prüfungsordnung. Erstmals wurde eine Trennung zwischen Vorklinik und Klinik eingeführt und das Staatsexamen von 7 auf 14 Prüfungsfächer erweitert. 1927 erfolgte eine Verlängerung der Studiendauer durch Anhe-

bung der vorklinischen Semester von 4 auf 5; 1933 wurde die Vorprüfung in einen naturwissenschaftlichen und einen anatomisch-physiologischen Abschnitt unterteilt (5, 6).

Auf der Grundlage der Reichsärzteordnung vom 13.12.1935, die den Reichsminister des Inneren ermächtigte "zur Durchführung und Ergänzung dieses Gesetzes notwendige Rechts- und Verwaltungsvorschriften zu erlassen", wurde die Mediziner Ausbildung mit der Bestallungsordnung vom 17.07.1939 völlig neu geregelt: Das Studium wurde wieder auf 4 Semester Vorklinik und 6 Semester Klinik gekürzt. Es wurde ein Krankenpflegedienst von 6 Monaten eingeführt, der 1942 auf 4 Monate verringert wurde. Außerdem war während des Studiums eine Fabrik- oder Landdienstzeit von 6 Wochen zu absolvieren sowie eine Pflichtfamulatur von 6 Monaten, die als Ersatz für das Praktische Jahr gedacht war. Es wurden Pflichtvorlesungen und -übungen eingeführt. Das Staatsexamen setzte sich aus 19 Prüfungsfächern zusammen. Darüberhinaus wurde der Medizinalpraktikant kreiert, der unter Aufsicht und Anleitung zu arbeiten hatte und durch die Pflichtassistentenzeit und ein Landvierteljahr die Vorbereitung "zur Ausübung des ärztlichen Berufes in eigener Praxis (Kassenpraxis)" bekam. Aufgrund des Krieges und des starken Andranges zum Studium war die praktische Ausbildung nicht im vorgesehenen Maße gewährleistet und die Universitäten wählten unterschiedliche Handhabungen, z.T. wurde der vorklinische Unterricht mit 5 Semestern beibehalten. Während des Krieges gab es eine Vielzahl von Erlassen, wahrscheinlich über 50, die schon rein praktisch von den Universitäten nicht befolgt werden konnten (6, 7).

3.2 Bestallungsordnung der Bundesrepublik

Um nach Kriegsende wieder geordnete Rechtsverhältnisse zu schaffen, wurden vom Bundesministerium des Inneren Vorbereitungen für eine neue Bestallungsordnung geschaffen. Der Fakultätentag hatte schon im März 1949 einen Entwurf beschlossen. Ebenso nahm die Bundesärztekammer - als Arbeitsgemeinschaft Westdeutscher Ärztekammern - ihre Arbeit zu einem Entwurf der Bestallungsordnung auf. Mit den Anmerkungen, daß man bei einer raschen Lösung keine vollständige Studienreform planen könne, wurde ein Studium von 11 Semestern (5 Semester Vorklinik, 6 Semester Klinik) festgelegt, sowie ein Krankenpflegedienst von 8 Wochen, eine Famulatur von 3 Monaten und ein Staatsexamen mit 19 Prüfungsfächern. Für die mündlich-praktische Prüfung gab es genaue Vorschriften der Prüfungsaufgaben. Die Prüfungen wurden benotet. Die Studienplangestaltung wurde vollständig den Fakultäten übertragen. Dabei sollte

die Zahl der Pflichtvorlesungen möglichst gering gehalten werden. Die Kompetenz der Bundesgesetzgebung auf die "Zulassung zum ärztlichen Beruf" beschränkt. Das Bildungswesen fiel in den Regelungsbereich der Länder. Bei der zum 01.04.1954 in Kraft getretenen Bestallungsordnung wurde ebenso eine Vorbereitungszeit als Medizinalassistent festgelegt, die zwei Jahre dauerte und aufgegliedert war in eine Tätigkeit im internistischen, chirurgischen und geburtshilflich-gynäkologischen Bereich (8). Nachfolgend wurden weitere Verordnungen zur Ergänzung erlassen, ohne daß diese Studienstruktur wesentlich geändert wurde (6).

Der Ministerialdirigent im Bundesministerium für das Gesundheitswesen, Herr Dr. med. Reinhard Rachold, formulierte 1968 bei seinem Einführungskapitel zur Bestallungsordnung für Ärzte: "Wir sind uns dabei bewußt, daß das künftige Niveau des deutschen Arztes nicht entscheidend von diesen Bestimmungen abhängt, sondern von den Lehrern, in deren Hände die Ausbildung gelegt ist" (6).

3.3 Approbationsordnung

Bei steter Zunahme der Zahl der Medizinstudenten erging am 28.10.1970 mit der Approbationsordnung für Ärzte eine völlige Neuordnung, die im wesentlichen am 01.10.1972 in Kraft trat (9). Es waren detaillierte Übergangsregelungen ausgearbeitet, die sich zum Teil über Jahre hinstreckten (10). Anstelle von Semestern wurden Studienjahre festgelegt. Gründe hierfür waren, daß dadurch zur besseren Ausnutzung der vorlesungsfreien Zeit auch Unterrichtseinheiten außerhalb der üblichen Vorlesungszeit angeboten werden können und daß das Praktische Jahr als Studienjahr mit 48 Wochen als Ausbildungsphase festgelegt ist. Bei einem 5jährigen Studium entfallen auf den vorklinischen Abschnitt 2 Jahre, auf den klinischen 3 Jahre. Vor Ablegen der ärztlichen Vorprüfung ist ein Krankenpflagedienst von 2 Monaten abzuleisten, vor Antritt zum 2. Abschnitt der ärztlichen Prüfung eine Famulatur von 2 Monaten. Anstelle von Pflichtvorlesungen wurden Pflichtpraktika festgesetzt. Bereits 1970 wurde in § 2 Abs. 2 ausgeführt, daß der Unterricht, soweit zweckmäßig, nicht am einzelnen Fachgebiet, sondern am Lehrgegenstand ausgerichtet und deshalb problemorientiert durchgeführt werden sollte. Prüfungen wurden nicht mehr benotet, sondern lediglich mit bestanden oder nicht-bestanden bewertet. Seit

dem SS 1974 wurden erstmals schriftliche MC-Prüfungen durchgeführt. Durch vertragliche Regelung der Bundesländer wurde das Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) in Mainz gegründet. Die örtlichen Prüfungsausschüsse der Hochschulen entfielen. An ihrer Stelle wurden Landesprüfungsämter errichtet. Die Flut der einzelnen Fachgebiete führte dazu, daß allein beim 2. Abschnitt der ärztlichen Prüfung 17 Fächer abgefragt wurden (10, 11).

Schon in den ersten Diskussionen des Approbationsordnungs-Entwurfes im Juni 1970 finden sich bereits jene Befürchtungen, die sich mit Inkrafttreten bestätigten und auch heute noch Kritikpunkte der geltenden Approbationsordnung sind:

So wurde von der Bundesassistentenkonferenz die Unterbewertung von Lehre und Praxis gegenüber der Forschung moniert, weswegen eine Auswirkung auf die Motivation der Dozenten und eine Verschlechterung der Qualität der Lehre befürchtet wurde (12). Schon damals wurde die Integration einzelner Fachrichtungen gefordert, um gemeinsam medizinische Probleme im sogenannten problemorientierten Unterricht anzugehen. Die Definition eines Lehrzieles wurde gefordert und Kritik an der Willkürlichkeit der Themenkataloge geäußert. § 2 Satz 1 ("Die Hochschule hat eine Ausbildung zu vermitteln, die es dem Studierenden ermöglicht, den Wissensstoff und die Fähigkeiten zu erwerben, die in den in dieser Verordnung vorgesehenen Prüfungen gefordert werden") wurde schon vor Inkrafttreten der Approbationsordnung als kritischer Punkt des von der Lehrvermittlung losgelösten Lernverhaltens erkannt. Odenbach (13) führt dazu aus: "Die Ausbildung des Arztes an der Universität wird damit auf das Niveau einer reinen Prüfungsvorbereitung im Stil eines Repetitoriums festgelegt. Anleitung zum selbständigen, wissenschaftlichen Denken ist in diesem Ausbildungsgang nicht mehr möglich" (13).

Zu den Prüfungsänderungen führte Odenbach (13) aus: "Zu begrüßen ist die Absicht, die Prüfungen zu objektivieren. Es besteht aber eine verhängnisvolle Inkonsequenz darin, daß man einerseits die praktische Ausbildung am Krankenhaus mit in den Mittelpunkt stellt, demgegenüber aber durch die nahezu ausschließlich schriftlichen Prüfungen nur einen rein theoretischen Wissensstoff abfragt. Der praktische Unterricht wird dadurch für den Studenten, der seine Ausbildung zwangsläufig am Prüfungsstoff orientiert, bedeutungslos".

Die Art der MC-Fragen und die Bekanntgabe der Fragen führte sehr bald dazu, daß nicht mehr nur Grundlagenwissen abgefragt wurde, sondern eine immer weitergehende Spezialisierung in der Fragestellung eintrat. So änderte sich der Frageninhalt immer mehr zu Detailwissen und auch die Formulierung wurde komplizierter, so daß die Fragestellung an sich eine Schwierigkeit darstellte. Zum Herbst 1979 trat eine Erhöhung der Bestehensgrenze von 50 % auf 60% in Kraft und es war eine zuvor bereits befürchtete, hohe Nichtbestehensrate des 2. und 3. Abschnittes der ärztlichen Prüfung zu verzeichnen. In einer Anhörung der CSU Landtagsfraktion zu dieser Problematik wurden als Gründe hierfür der höhere Schwierigkeitsgrad, der enorme Stoffumfang und - auch von Professorensseite - eine nicht eindeutige Fragestellung genannt (14).

Seit 1970 wurden in kurzen Abständen eine Reihe von Novellierungen durchgeführt bis zu der jetzt gültigen 7. Änderung der Approbationsordnung vom 21.12.1989. Bei Vorstellung der 7. Novelle wurde betont, daß diese Verordnung lediglich als Sofortmaßnahme zu verstehen sei, um offensichtliche Mängel des Medizinstudiums schnellstmöglich zu beheben (15). In dieser siebten Änderung wurde als § 1 eine genaue Zieldefinition der Ausbildung aufgenommen, wonach das Studium auf einen eigenverantwortlich und selbständig handelnden Arzt abzielt (16). Zugleich wurden kapazitätsrelevante Beschränkungen der Studentenzahl für die Durchführung von Patientendemonstrationen und -untersuchungen festgelegt, wodurch die Zahl der zu vergebenden Studienplätze für Humanmedizin reduziert wurde.

Noch vor Verabschiedung der 7. Änderung der Approbationsordnung für Ärzte (21.12.1989) wurde vom damaligen Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit eine Sachverständigenkommission zu Fragen der Neuordnung des Medizinstudiums berufen, die vor allem aus Hochschulangehörigen, Verbandsvertretern und politisch Verantwortlichen besteht und am 20.09.1989 ihre Arbeit aufnahm. In 3 1/2 jähriger Arbeit machte diese Sachverständigengruppe Vorschläge für eine grundlegende Reform des Medizinstudiums bis zu ihrer bislang letzten Sitzung am 22.03.1993. Derzeit liegt eine vom Bundesministerium für Gesundheit zusammengestellte Kurzfassung der Arbeitsergebnisse vor, die die Grundlage für die jetzige politische Diskussion ist (17).

Herr Bundesminister Seehofer hat anlässlich seiner Eröffnungsrede beim 96. Deutschen Ärztetag in Dresden angesichts eines Szenarios der Kostenersparnis im Gesundheitswesen und Beschränkung der Niederlassungsfreiheit erklärt: "Ich sage Ihnen heute zu, daß es noch in dieser Legislaturperiode eine Neufassung der Approbationsordnung geben wird" (18).

Unter Berücksichtigung des Einigungsvertrages, der für die Hochschulen der Neuen Bundesländer eine Übergangszeit bis zum 31.12.1998 festsetzt, ist die Gültigkeit einer gemeinsamen Approbationsordnung für die gesamte Bundesrepublik zum 01.01.1999 anzustreben (19).

4. Bedeutung der Lehre

4.1 Rahmenbedingungen

Die Rahmenbedingungen des Studiums sind im wesentlichen durch gesetzliche Vorgaben und Verordnungen, sowie insbesondere durch die vorgegebene Studentenzahl bestimmt.

Im Hochschulrahmengesetz ist unter § 12 die generelle Regelung getroffen, daß die Hochschule entsprechend der Studienplanung das Lehrangebot sicherstellt (20). Die weitergehende Spezifizierung ist auf Länderebene getroffen. So gibt es für das Land Nordrhein-Westfalen dienstrechtliche Festsetzungen der Regellehrverpflichtung, die für Hochschuldozenten im allgemeinen eine Lehrverpflichtung von 8 Semesterwochenstunden vorsieht (21, 22). Von juristischer Seite wird festgestellt, daß angesichts sich ändernder Randbedingungen, Zuwachs an Wissen und technischen Möglichkeiten "die Verantwortlichen zuerst in der Lehre, dann auch in den rechtsetzenden Instanzen die dauerhafte Aufgabe haben, die Medizinerbildung nach Inhalt und Form den neuen Erfordernissen anzupassen und sie auf der Höhe der Zeit zu halten" (22). Im Anwendungszeitraum der 1972 in Kraft getretenen Approbationsordnung hat die Zahl der Studenten in Humanmedizin deutlich zugenommen, während die Zahl der Hochschuldozenten nicht angepaßt wurde. Die statistische Auflistung (Tab. 2) zeigt das entstandene Mißverhältnis (23).

Damit wurden die Randbedingungen so maßgeblich geändert, daß zur Bewältigung der

Tab. 2:

Entwicklung der Studenten-/Professorenzahlen für Humanmedizin

	Studenten	Studien- anfänger	Stud. zu C ₃ /C ₄	Stud.anf. zu C ₃ /C ₄
1970	33.099	5.378	15,0	2,4
1980	68.773	11.234	26,1	4,3
1985	84.063	11.993	38,5	5,5
1990	84.700	10.345	40,7	5,0

(Quelle: Statistisches Bundesamt, z.n. 44)

übermäßig gestiegenen Studentenzahlen vermehrt theoretische Unterrichtseinheiten mit Frontalunterricht eingerichtet werden mußten. Zusammen mit den, von der Hochschule losgelösten Prüfungen in Multiple Choice-Form, die vorwiegend auf kognitives Wissen abstellen und immer mehr von der Unterrichtsvermittlung abgekoppelt sind, sank die Motivation der Studierenden wie Lehrenden. Das Interesse der Studenten muß sich zwangsläufig darauf richten, auf Universitätsebene in erster Linie den Leistungsnachweis ("Schein") zu bekommen, um das jeweilige Fachgebiet abzuschließen und dann auf einem von der Lehrvermittlung weitgehend losgelösten Weg für die Multiple Choice-Prüfung zu trainieren. Aufgrund enger Vorgaben, die einen übervollen Studienplan bedingen, sind die Möglichkeiten, in dem geringen, verbliebenen Freiraum Sonderveranstaltungen zu belegen, hochgradig eingeschränkt.

Die Ausgangssituation ist also geprägt von hohen Studentenzahlen, einem inhaltlich überfrachteten, weitgehend verschulten Studienablauf und von einem von der Hochschule losgelösten, speziellen Prüfungsverfahren.

4.2 Evaluation

Insbesondere studentische Aktionen haben die Lehrveranstaltungskritik in den Universitäten vorangetrieben. Mit Aktionen auf Universitätsebene (Tab. 3) oder auch bundesweit, wie "mehr Ehre für die Lehre" oder "Prüf' den Prof!" des RCDS wurde mit viel Engagement Teilnehmerbefragung durchgeführt und auf Universitätsebene die Aufmerksamkeit auf die Lehre gelenkt (24, 25).

Die allgemeine Presse hat die Thematik der studentischen Ausbildung plakativ aufgegrif-

fen, indem auch in jüngster Zeit mit Titelstories Mängelzustände an deutschen Hochschulen heraufbeschworen (26) und ein Hochschulranking vorgenommen wurde (27, 28) oder auch ganze Spezialausgaben erschienen (29). Hierbei ermangelt es allerdings nachvollziehbarer, valider Beurteilungskriterien für Lehrgestaltung und Lernerfolg und es wird zurecht darauf hingewiesen, daß bei derartigen öffentlichkeitswirksamen Leitartikeln ohne zuverlässige, relevante Erhebungsdaten in erster Linie "Image"-Analysen durchgeführt werden, die bestehende Mythen und Vorurteile abfragen (25).

Von politischer Seite ist der Anstoß zur Evaluationserhebung in Nordrhein-Westfalen bereits 1991 mit dem Aktionsprogramm "Qualität der Lehre" zur "Beurteilung der Lehrveranstaltungen und damit auch der Lehrenden" gegeben worden, um auf Hochschulebene Datenerhebungen und Evaluationen durchzuführen, wofür entsprechende Mittel bereitgestellt wurden (30). Diese Unterstützung der wissenschaftlichen Analyse hat eine detailliert ausgearbeitete Datenerhebung und differenzierte Auswertung ermöglicht. An der Ruhr-Universität Bochum wurde hierzu an der Fakultät für Sozialwissenschaft, Institut für Empirische So-

Tab. 3: Beispiele universitärer studentischer Vorlesungsbewertung

Aachen:	Benotung
Frankfurt:	silberner Zeigestab
Freiburg:	Prüf' den Prof
Hamburg:	Kritikerpreis (insg. DM 3.000,-)
Kiel:	Goldapfel und Zitrone
München:	Benotung
Münster:	Lehrer des Jahres (je DM 5.000,-)
Würzburg:	goldener Reflexhammer, schwarzer Kittel

zialforschung, unter der Leitung von Herrn Professor H. Kromrey, eine Arbeitsgruppe eingerichtet, die sich auf wissenschaftlicher Basis mit der Lehr-Evaluation befaßt. Unter Berücksichtigung methodischer Ansätze der sozialwissenschaftlichen Bewertungen in Akzeptanz- und Begleitforschung wurden anwendungsorientierte Datenerhebungsinstrumente entwickelt (31).

Dabei hat sich gezeigt, daß insbesondere die individuelle Ausgangssituation des Studenten hinsichtlich persönlicher Erfahrungen und Interessen, materieller Voraussetzungen, Studienziele, Vorkenntnisse und Fertigkeiten sowie Lern-, Arbeits- und Kommunikationsstile berücksichtigt werden müssen, um nicht hiervon losgelösten pauschalen Beurteilungen der Lehr-/Lernsituation zu erliegen. Bei der Erfassung der Lehrziele hat sich eine Aufgliederung in lehrtheoretische Begriffe hinsichtlich kognitiver, affektiver und psychomotorischer Dimensionen als hilfreich erwiesen (32).

Die erstellten Evaluations-Kriterien müssen methodisch stichhaltig sein und eine hinlängliche Beurteilung insbesondere bezüglich inhaltsspezifischer Fragen der Lehrveranstaltung zulassen, da andernfalls lediglich der Ausdruck des Mißfallens oder Gefallens einer Unterrichtsveranstaltung bewertet wird (33). Bei differenzierter Datenerhebung bleibt in der Analyse und Bewertung als grundsätzlich prägendes Element die Motivation des Studierenden. So resumiert Kromrey nach Auswertung der Studentenbefragung im WS 91/92 und SS 92 an der Ruhr-Universität Bochum (34): "Ob eine Vorlesung bei den Studierenden beliebt ist oder

abgelehnt wird, ob die Teilnehmer ihre Erwartungen erfüllt sehen oder nicht, das liegt nur in geringem Maße am Dozenten, an der Qualität der Lehre in der Vorlesung, sondern es liegt in erster Linie am Stoff, der zu vermitteln ist; außerdem daran, ob der Besuch gezwungenermaßen erfolgt oder ob zumindest beschränkte Wahlmöglichkeiten für den Studierenden existieren".

Gleichermaßen ist leicht nachvollziehbar, daß auch Lehre, die überwiegend kritisiert wird, dennoch lerneffektiv sein kann. Schließlich hat das erfolgreiche Lernen immer auch mit der Eigenarbeit des Lernenden zu tun, wobei eine gute Lehre unterstützen und anleiten kann. Schließlich ist es für eine inhaltsspezifische

Datenerhebung und Evaluation bedeutsam, lernfördernde und lernhemmende Faktoren zu erfassen (32).

Die Beurteilung der Relevanz des Lehrstoffes ist für den Studierenden selbst enorm schwierig, da er in vielen Fällen nicht abschätzen kann, welche konkrete Bedeutung die vermittelten Lehrinhalte für seinen Studienerfolg und seine spätere Berufstätigkeit haben. Neben der großen Heterogenität der Teilnehmerurteile aufgrund unterschiedlicher Ausgangsvoraussetzungen finden sich durch diese subjektive Einschätzung des Studierenden bedingte, qualitativ unterschiedliche bis gegensätzliche Urteils-Profile (35). Die Schwierigkeit der Festlegung der Indikatoren für "gute Lehre", wie diese schon sehr früh von sozialwissenschaftlicher Seite untersucht wurden, bestätigt sich in zahlreichen Berichten (36).

Somit ist besonders herauszustellen, daß für die Lehrevaluation Testinstrumentarium und Bewertung im einzelnen mit der Methodik sozialwissenschaftlicher Evaluationsforschung zu prüfen sind, was in plakativen, öffentlichkeitswirksamen Meldungen mitunter bewußt vermieden wird - sicherlich auch um die gewünschte Darstellung einer bodenlos schlechten Lehre an den Universitäten zu vermitteln.

Da die Studienreform laut §§ 3 und 8 Hochschulrahmengesetz (20) eine maßgebliche Aufgabe der Hochschulen ist, sollte auch die Lehrevaluation durch die Universitäten selbst erfolgen, um detaillierte Kenntnisse über die Lehrvermittlung zu bekommen und durch interne Kontrollvorgänge im Rahmen der Autonomie der Hochschule Änderungen zu bewirken.

4.3 Unterrichtsreform

Eine Lehrevaluation mit entsprechend aussagefähiger Erhebung und Analyse dient der Rückkopplung für den Lehrenden, der zusätzliche Anhaltspunkte bekommt, um auf seinen Hörerkreis einzugehen. In diesem Sinne wäre also eine Rückkopplung und spezielle Einstellung des Lehrenden auf die Teilnehmergruppe möglich (37). Aufgrund der studentischen Bewertung des Vorlesungsablaufes, der äußeren Rahmenbedingungen und des Dozenten ist es außerdem möglich, mit Hilfe der Lehrevaluation Anhaltspunkte für andere Unterrichtsfor-

men zu bekommen und den Medieneinsatz, die Lehrstoffvermittlung, den Umfang des Lernstoffes sowie die Anforderungen an den Lernerfolg entsprechend lerntheoretischer Aspekte zu variieren. Im Mittelpunkt steht hier wiederum die Motivation des Studierenden, der die Lernleistung zu erbringen

hat. Insofern ist gute Lehre noch kein Garant für Lernerfolg (34), aber die entscheidende Hilfe, wenn dem Studenten das Lernziel bewußt ist. Gerade hierin besteht aber die Schwierigkeit, da der Studierende den Studierfolg in aller Regel auf anderem Wege erreichen muß (Multiple Choice-Prüfung) und ihm die berufliche Relevanz im einzelnen nicht bewußt sein kann. Für die motivationsbestimmte Zielorientierung kann es nun aber nicht sinnvoll sein, die Lehrvermittlungen einer Prüfung mit abstrakten, vorwiegend rein kognitiv bestimmten MC-Fragen mit nicht-kalkulierbarer Ausgestaltung anzupassen. Stattdessen ist die Unterrichtung an den praxisrelevanten Inhalten auszurichten. Unter diesen Gesichtspunkten wäre die günstigste Konstellation zu erreichen, wenn die Prüfungen des Kenntnis- und Fertigungsstandes ebenso an den beruflichen Anforderungen orientiert wären, also entsprechend eine Kombination von theoretischen und praktischen Elementen geprüft würde. Eine solche Prüfung wird als staatliche Prüfung derzeit jedoch lediglich zum Abschluß des Praktischen Jahres durchgeführt.

Bei einem wieder normalisierten Zahlenverhältnis zwischen Studierenden und Unterrichtenden könnte eine entsprechende Umstrukturierung mit Reduktion der Anzahl der Frontalvorlesungen und Vergrößerung der Zahl der Seminare und Kurse vorgenommen werden. Insbesondere praktische Unterweisungen und Formen des projektbezogenen Lernens sind auf Kleingruppen zu beschränken, wenn der einzelne in die praktische Unterweisung einbezogen und kontrolliert werden soll (38). Mit Expertensystem-Techniken (EDV-Einsatz; 39) sowie durch Kombination von EDV-Systemen und Unterrichtung (40) werden neue Wege der Stoffvermittlung eröffnet. Als Grundsätzliches bleibt jedoch anzumerken, daß neben der zwangsläufig limitierten Studentenzahl und der notwendigen finanziell-sächlichen Unterstützung die zeitaufwendigere Unterrichtsarbeit und -vorbereitung angemessen kapazitätsrelevant berücksichtigt werden muß. Auch ein vermehrter Gestaltungsspielraum der Hochschulen kann nur genutzt werden, wenn eine ausreichende personelle und finanzielle Grundlage vorhanden sind. Da für

die Mediziner Ausbildung keine zusätzlichen Mittel zur Verfügung stehen, werden Universitätskliniken eine Unterrichtsreform mit Verstärkung praktischer Anteile nur bei reduzierter Studentenzahl bewältigen können. Für die vermehrte Einrichtung kleinerer Unterrichtsgruppen ist auch eine Verbesserung der Organisationsstruktur erforderlich. Für diese Studienplanung bedarf es einer Verstärkung der Dekanate .

Verfehlt wäre es zweifellos, das Medizinstudium in Art eines Repetitoriums oder Fachhochschulstudiums zu strukturieren, bei dem der Unterrichtende eine reine Lehrfunktion wahrzunehmen hat, ohne in seinem Fachbereich maßgeblich wissenschaftlich tätig und in klinische Bezüge eingebunden zu sein. Diese Einschätzung ist auch mit den Ergebnissen der studentischen Veranstaltungskritik konkordant (41). Für die immer wieder beschworene Aufwertung der Lehre wird es daher ausschlaggebend sein, inwiefern die Lehre neben der beruflichen, in der Regel klinischen, und wissenschaftlichen Tätigkeit eine gleichrangige Stellung erhält (42). Besondere Auszeichnungen für in der Lehre engagierte Wissenschaftler, wie dies im Aktionsprogramm "Qualität der Lehre" des Landes Nordrhein-Westfalen angekündigt wird, sind sicherlich eine Möglichkeit. Auf dem beruflichen Weg ist schließlich entscheidend, ob das Engagement in der Lehre tatsächlich in Habilitations- und Berufungsverfahren eine nennenswerte Bedeutung bekommen wird und

Unterstützungen bei Innovationen im Lehrbereich möglich sind (43). Die immer wieder pauschal proklamierte "Aufwertung" der Lehre wird sich daran messen lassen müssen, welche konkreten Verbesserungen und Unterstützungen realisiert werden. Geradezu widersinnig mutet es allerdings an, daß in der Lehre engagierte und ausgezeichnete Dozenten als besondere Anerkennung semesterweise vom Unterricht freigestellt werden sollen (30, 44, 45).

5. Mögliche künftige Entwicklungen

Die Sachverständigengruppe "zu Fragen der Neuordnung des Medizinstudiums" beim BMG tagte über 3 1/2 Jahre in unregelmäßigen Abständen, mit zeitweiligen Unterbrechungen, bis zu einer mit Eile vorangetriebenen Abschlußsitzung am 22.03.1993. Nach Fall der Mauer gehörten diesem Gremium ebenso Angehörige der Neuen Bundesländer an. In teilweise kon-

gen bekannt ist. Wird das MC-Prüfungsverfahren wie gewohnt in der neuen Novelle verankert werden, so werden wieder praktische Anteile vernachlässigt und bisherige Probleme fortgeschrieben.

Trotz aller Problematik der Messung nicht-kognitiver Prüfungsanteile wird angesichts der bei uns praktizierten MC-Prüfungen von Hochschullehrern wie Studenten immer wieder die Forderung nach alternativen schriftlichen Prüfungsformen wie "Fill in-Antworten" und praktisch orientierten Prüfungen laut, wie diese in USA beispielsweise für die Testung von "clinical skills" verwendet werden (64).

Die Kommission der Europäischen Gemeinschaft (65) hat am 27.10.1987 im beratenden Ausschuß für die ärztliche Ausbildung darauf verwiesen, daß als günstigste Testmethode nicht ein einziges, sondern verschiedene Prüfungsverfahren anzusehen seien und auch auf diesem Wege verbindliche und reproduzierbare Beurteilungsmethoden zur Anwendung kommen könnten.

Die von den Universitäten durchgeführten mündlich-praktischen Prüfungen haben sich bewährt. Von Seiten des Wissenschaftsrates (44) sind darüberhinaus regionale Einrichtungen medizinischer Lehr- und Prüfungsgemeinschaften, als Zusammenschluß mehrerer Medizinischer Fakultäten vorstellbar, um vergleichbare Bewertungsmaßstäbe verschiedener Universitäten bei praktisch-mündlichen Prüfungen zu gewährleisten.

Erstaunlich ist der Vorschlag des Bundesministeriums für Gesundheit (17), daß das IMPP zusätzliche Aufgaben für die Evaluation der Lehre übernehmen soll. Da die Lehre als originäre Aufgabe der Hochschule anzusehen ist, sollte durch die Hochschule selbst eine Evaluation nach wissenschaftlichen Kriterien erfolgen, die der internen Information und Steuerung dient.

5.3 Zieldefinition

Die Sachverständigenkommission des Bundesgesundheitsministeriums hat mit großer Mehrheit den Beschluß gefaßt, daß am Ende des Medizinstudiums der eigenverantwortliche Arzt steht und die Approbation erteilt wird. Dies ist am Ende von Abschnitt I. der Kurzfassung (17) formuliert. Im Gegensatz hierzu ist von Seiten des Ministeriums unter II.1 (17) als Stu-

dienziel die politisch gewünschte Vorgabe aufgeführt. Dies bedeutet, daß das Studium nicht mit einem berufsqualifizierenden Abschluß endet. Der Universität würde damit die Befähigung abgesprochen, die Ausbildung ausreichend zu ermöglichen. Vielmehr wird die eigentliche "Arztwerdung" in die Weiterbildung verlagert.

Auch wenn eine Approbation i.S. des BMG nach einer so definierten Studienphase erteilt würde, wäre diese ohne den jetzigen Wert. Die Qualifikation als Arzt kann dann nicht durch das Studium, sondern nur durch die Weiterbildung erlangt werden. Rein inhaltlich ist nicht zu verstehen, daß die berufliche Tätigkeit in einer Fachdisziplin, die möglicherweise sogar in einer fachlich spezialisierten Form erfolgt, ausschlaggebend sein soll, um die Qualifikation als Arzt zu erlangen.

Formal geht hiermit auch eine erhebliche Schlechterstellung deutscher Studienabsolventen einher. In der EG wird die Approbation und damit die Möglichkeit als Arzt eigenständig und eigenverantwortlich zu arbeiten, nach dem Studium erteilt, oftmals sogar nach 5 Jahren (66). Eine solche Änderung würde also eine erhebliche Inländerdiskriminierung bedeuten.

Die weitere Folge einer solchen Verlagerung der eigentlichen ärztlichen Ausbildung in die Weiterbildung wäre ein Übergriff der staatlichen Autorität in den Zuständigkeitsbereich der Ärztekammern, die berufsrechtlich für die Regelung der Weiterbildung zuständig sind.

Es ist nicht nachvollziehbar, daß große Bemühungen dazwischen gesetzt werden, Voraussetzungen für eine grundlegende Umstrukturierung des Medizinstudiums zu schaffen und die praktische Ausbildung in den Vordergrund zu stellen, wenn sogleich eine solche, mit viel Engagement zu realisierende Reform à priori abgewertet wird, weil nach politischem Willen die Einheitlichkeit des Arztberufes aufgegeben und hier ein weiteres Element für staatliche Lenkung etabliert werden soll.

5.4 Umsetzung

Bei einer neuen Approbationsordnung werden die endgültigen Konsequenzen, einschließlich Vorgaben für die Kapazitätsverordnung erst bei einer Konkretisierung der bislang pauschalen Vorschläge absehbar sein. Die besonders erfreuliche Zusage, daß entsprechend der Um-

gestaltung des Unterrichtes und nach Maßgabe der angekündigten Neuerung zusätzliche Personal- und Sachmittel zur Verfügung stehen (III.3 der Kurzfassung; 17) wird sich letztlich nach der Haushaltslage der Länder richten müssen, sofern hierfür nicht Sondermittel zur Verfügung gestellt werden.

Entsprechend der Aufforderung des Bundesministeriums für Gesundheit mit Schreiben vom 14.05.1993 wird die Medizinische Fakultät der Ruhr-Universität Bochum konkrete Vorschläge für die Neugestaltung des Studiums auf der Grundlage dieser groben Vorgaben der Kurzfassung des "Berichtes der Sachverständigen-Gruppe zu Fragen der Neuordnung des Medizinstudiums" ausarbeiten.

Von einer Gruppe um Herrn Professor Eitel, Ludwig-Maximilians-Universität München, liegt ein Positionspapier zur Reform der medizinischen Ausbildung vor, das organisatorische wie inhaltliche Lösungsansätze für eine Umstrukturierung der Medizinerausbildung aufzeigt, aktuelle Erfordernisse zur Verbesserung der Wissensvermittlung berücksichtigt, eine systematische Evaluation begründet und bei allen Reformansätzen an der Durchführbarkeit der Vorschläge orientiert ist (67).

Bedenkt man, daß laut Einigungsvertrag (19) die bisherigen Regelungen in den Neuen Bundesländern bis zum 31.12.1998 fortgeführt werden können und ab 1.1.1999 eine bundeseinheitliche Regelung gelten soll, so sind grundsätzlich bei dem angestrebten Vorhaben der Reform der Medizinerausbildung drei Wege denkbar:

Der einfachste Weg wäre, daß die heute geltende, siebente Änderung der Approbationsordnung, mit deren Umsetzung sich die Fakultäten ja derzeit noch beschäftigen, fortgeschrieben wird. Insbesondere wenn in dieser Legislaturperiode keine Verordnungsvorlage mehr entsteht, scheint dieser Weg wahrscheinlich.

Sollte eine neue Fassung unter politischem Druck binnen kurzer Zeit so vorangetrieben werden, daß tatsächlich in dieser Legislaturperiode ein abstimmungsreifer Entwurf vorliegt, so ist angesichts der zu erwartenden komplizierten Übergangsregelungen eine Realisierung in der vorgegebenen Zeitspanne bis zum 31.12.98 denkbar.

Neben diesen beiden Vorgehensweisen wird eine Lösung diskutiert, die bei Schwierigkeiten

der politischen Durchsetzbarkeit greifen könnte. Hierbei wäre vorstellbar, daß man in einem doppelgleisigen Modell den Universitäten die Entscheidung zwischen zwei möglichen Modellen überläßt. Hierbei könnte ein Modell in etwa der jetzigen 7. Änderung der Approbationsordnung entsprechen, also den derzeitigen Zustand in leichter Modifikation fortzuschreiben, und ein zweites, in Anlehnung an die Vorschläge des Bundesministeriums für Gesundheit eine Umstrukturierung vorsehen. Bei diesem Weg könnte dann abgewartet werden, wie sich die Universitäten entscheiden. Würden sie bei dem mittlerweile vertrauten Modell der Approbationsordnung verbleiben, könnte politisch hieraus der Schluß gezogen werden, daß die Medizinischen Fakultäten die immer wieder geforderte Reform ablehnen.

Es wird nun abzuwarten bleiben, inwiefern es überhaupt zu einer argumentativen Verständigung kommt. Es ist zu befürchten, daß angesichts des Zeitdruckes wieder einmal eine rein politische Entscheidung getroffen wird. Für den Stellenwert der Lehre wird es insbesondere bei praxisorientierter Unterrichtung von Bedeutung sein, in welcher Art Prüfungen durchgeführt werden und wie diese auf die Lehre abgestimmt sind.

Quellennachweis

- 1 H. Schadewaldt, L. Binet, Ch. Maillant, J. Veith: Kunst und Medizin. Du Mont, Köln, 1977
- 2 R. Toellner (Hrsg.): Illustrierte Geschichte der Medizin. Andreas & Andreas, Salzburg, 1986
- 3 F. Kudlien: Medical Education in Classical Antiquity. In: C.D. O'Malley (Hrsg.): The History of Medical Education. University of California Press, Los Angeles, 1970
- 4 Ch. Talbot: Medical Education in the Middle Ages. In: C.D. O'Malley (Hrsg.): The History of Medical Education. University of California Press, Los Angeles, 1970

- 5 C. Huerkamp: Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert - vom gelehrten Stand zum professionellen Experten: Das Beispiel Preußens. Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft, Bd. 68, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 1985
- 6 Bestallungsordnung für Ärzte, mit einer Einführung von R. Rachold, 11. Auflage Deutscher Ärzteverlag, Köln, 1968
- 7 W. Liertz, H. Paffrath (Hrsg.): Handbuch des Arztes. Schwann-Verlag, Düsseldorf, 1940
- 8 Bestallungsordnung für Ärzte vom 15.09.1953. BGBl., S. 1334
- 9 Approbationsordnung für Ärzte vom 28.10.1970. BGBl. I, Nr. 98, S. 1498
- 10 H. Narr: Ärztliches Berufsrecht - Ausbildung, Weiterbildung, Berufsausübung. Enke Verlag, Stuttgart, 1973
- 11 Approbationsordnung für Ärzte, mit Kommentaren und praktischen Hinweisen von H.-P. Brauer, Th. Zickgraf. Deutscher Ärzteverlag, Köln, 1975
- 12 Medizinstudium und Approbationsordnung. Materialien der Bundesassistentenkonferenz, Bd. 5, Bonn, 1970
- 13 E. Odenbach: Stellungnahme des Marburger Bundes zur Approbationsordnung. In: Medizinstudium und Approbationsordnung. Materialien der Bundesassistentenkonferenz, Bd. 5, Bonn, 1970
- 14 Anhörung der CSU-Landtagsfraktion über Fragen zur ärztlichen Ausbildung am 15.04.1980. Schriftenreihe der CSU-Fraktion: Fragen zur Ausbildung der Ärzte, Bd. VII, Holzmann-Druck-Service, Bad Wörishofen, 1980
- 15 Niederschrift der Besprechung über den Entwurf einer 7. Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung am 13.07.1989 im BM JFFG
- 16 Siebente Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte vom 21.12.1989, BGBl I, Nr. 62, S. 2549
- 17 Kurzfassung "Bericht der Sachverständigengruppe zu Fragen der Neuordnung des Medizinstudiums beim Bundesminister für Gesundheit, März 1993
- 18 Ansprache des Bundesministers für Gesundheit, Horst Seehofer, zur Eröffnungsveranstaltung des 96. Deutschen Ärztetages in Dresden, 04.05.1993
- 19 Vertrag zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Deutschen Demokratischen Republik über die Herstellung der Einheit Deutschlands. Presse- und Informationsamt der Bundesregierung. Bulletin Nr. 104, 08.09.1990
- 20 Hochschulrahmengesetz. Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft, 1986
- 21 Vorläufige dienstrechtliche Festsetzung der Regellehrverpflichtungen im Rahmen der Vergabe von Studienplätzen. Der Minister für Wirtschaft und Forschung des Landes NRW, 25.01.1978 sowie ergänzende Festsetzungen vom 25.01.1978, 31.01.1979, 22.12.1980, 04.08.1986, 21.01.1988

- 22 A. Laufs, W. Uhlenbruck (Hrsg.): Handbuch des Arztrechts. Beck'sche Verlagsbuchhandlung, München, 1992
- 23 Statistisches Bundesamt, zit. n. Leitlinien zur Reform des Medizinstudiums, Wissenschaftsrat, Bremen, 03.07.1992, S.16f.
- 24 Campus Spezial: Mehr Ehre für die Lehre - Das neue Hochschulranking. Bericht über das WS 91/92
- 25 Campus Spezial: Prüf' den Prof - Die Ergebnisse der RCDS Studentenbefragung. Bericht über das WS 92/93
- 26 Sturm auf die Uni. Spiegel, 02.11.1992
- 27 Deutschlands beste Universitäten. Stern, 15.04.1993
- 28 Die besten Unis. Forbes 7/1993
- 29 Welche Uni ist die Beste? Spiegel Spezial 3/1993
- 30 Aktionsprogramm "Qualität der Lehre". Ministerium für Wissenschaft und Forschung NRW, 2. Aufl., 1992
- 31 H. Kromrey: Akzeptanz- und Begleitforschung. Massacommunicatie, Nr. 3, 1988, S. 221-242
- 32 H. Kromrey: Empirische Evaluation einer Vorlesung mit Übungen aus der Perspektive von Studierenden. In: H. Kromrey: Empirische Sozialforschung - Modelle und Methoden der Datenerhebung. Fernuniversität-Gesamthochschule Hagen, 1991
- 33 H. Kromrey: Wie erkennt man "gute Lehre"? Referat anlässlich des Marburger Bund Symposiums "Qualität der Lehre in der Mediziner Ausbildung", Köln, 15.05.1993
- 34 H. Kromrey: Studentische Vorlesungskritik. Soziologie 1/1993, S. 39-56
- 35 Evaluation der Lehre an der Ruhr-Universität Bochum - im Auftrag des Rektorates, Fakultät für Sozialwissenschaft, Bochum, Dezember 1992
- 36 R. Holtkamp, K. Schnitzer (Hrsg.): Evaluation des Lehrens und Lernens - Ansätze, Methoden, Instrumente. Hochschul-Informationssystem, Hannover, 1992
- 37 P.T. Ewell: Lehrevaluation in den USA - ein Wegweiser durch die Vielfalt neuer Assessment-Ansätze. In: R. Holtkamp, K. Schnitzer (Hrsg.): Evaluation des Lehrens und Lernens - Ansätze, Methoden, Instrumente. Hochschul-Informationssystem, Hannover, 1992
- 38 F. Beske, F.-M. Niemann: Universitäre Ausbildungskapazitäten für den Studiengang Medizin unter Qualitätsgesichtspunkten. Schriftenreihe des Instituts für Gesundheits-System-Forschung Kiel, Bd. 28, 1989
- 39 Uniklinik Großhadern bekommt Lernraum. Südde. Zeitung, 02.06.1993
- 40 F. Puppe, B. Puppe, R. Gross: Lehrbuch/Expertensystem - Kombination für die medizinische Ausbildung. Dt. Ärzteblatt 89, 1992, A1 - S. 1247-1253
- 41 I. Beyer, D. Schach: Veränderungen in Lehre und Studium. Med. Ausbildung, Mai 1992, S. 39-45

- 42 N. Hinske: Zwischen Forschung und Lehre - die Spannung im Inneren des akademischen Lehrers. Mitt HV 6/91, S. 293-295
- 43 Minister Klaus von Trotha stellt 7-Punkte-Programm zur Stärkung der Lehre an den Universitäten vor. Pressemitteilung Nr. 186/1991 des Ministeriums für Wissenschaft und Kunst Baden-Württemberg, 30.09.1991
- 44 Leitlinien zur Reform des Medizinstudiums. Wissenschaftsrat, Bremen, 03.07.1992
- 45 RCDS-Pressemitteilung: Ergebnisse der "Prüf' den Prof!"-Aktion. Bonn, 12.05.93
- 46 Information für Medizinstudenten für Studium und Berufsantritt. Marburger Bund, Köln, 1983
- 47 Grundsätze des Bundesfachausschuß Gesundheitspolitik der CDU zur Reform des Studiums der Medizin mit dem Berufsziel "Arzt". Bundesfachausschuß Gesundheitspolitik der CDU, Bonn, August 1992
- 48 Grundsätze zur Bildungs- und Forschungspolitik. Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft und Bundesministerium für Forschung und Technologie, Bonn, 03.02.1993
- 49 Richtlinie des Rates vom 16.06.75 zur Koordinierung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften für die Tätigkeit des Arztes (75/363/EWG). Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften Nr. L 167
- 50 J. Dahmer: Ausbildungsziel: Arzt. Thieme-Verlag, 1973
- 51 Das Medizinstudium von Z(ulassung) bis A(pprobation). Marburger Bund, Köln, 1990
- 52 J. Grifka: Approbationsordnung - quo vadis? Bon-med, Medizinischer Kalender, SS 1992, S. 6-12
- 53 K.-H. Bichler, W. Mattauch, M. Kalchthaler: Notwendige Maßnahmen zur Verbesserung des Medizinstudiums im klinische Teil. Dt. Ärzteblatt 90, 1993, A1 - S: 858-861
- 54 A. Kaiser: Leitlinien des Wissenschaftsrats zur Reform des Medizinstudiums und die Qualität der Lehre. Referat anlässlich des Marburger Bund Symposiums "Qualität der Lehre in der Mediziner Ausbildung", Köln, 15.05.1993
- 55 M. Arnold et al.: Die Ausbildung zum Arzt in der Bundesrepublik Deutschland. Denkschrift zur Reform der ärztlichen Ausbildung. Bleicher-Verlag, Gerlingen, 1982
- 56 D. Scheffner: Reformstudien-gang Medizin. Entwurf für ein neues Curriculum. Dt. Ärzteblatt 90, 1993, A1 - S. 1018-1021
- 57 P. Saugmann: Medical Man-power in Europe. PWG, Florence, 1991
- 58 J.-D. Hoppe: Neuordnung des Medizinstudiums - Revolutionäre Überraschung. Dt. Ärzteblatt 90, 1993, B - S. 1271
- 59 Das Arztbild der Zukunft - Abschlußbericht des Murrhardter Kreises. Robert Bosch Stiftung, Beiträge zur Gesundheitsökonomie 26. Bleicher Verlag, Gerlingen 1989

- 60 W. Esch: Medizinstudium und Weiterbildung in den USA. Regensburg & Biermann, Münster, 1985
- 61 Das Gesundheitswesen und die ärztliche Aus- und Weiterbildung in den USA. Marburger Bund Schriftenreihe, Bd. 1, Heider-Verlag, Bergisch-Gladbach, 1989
- 62 J. Grifka: Evaluation der Lehre - Theoretische und praktische Ausbildung. Marburger Bund-Symposium "Qualität der Lehre in der Mediziner Ausbildung", Köln, 15.05.1993
- 63 R. Obliers, G. Heindricks, K. Köhle: Problemorientiertes Tutorium der Medizinischen Psychologie. Institut für Psychosomatik und Psychotherapie der Universität zu Köln, Januar 1993
- 64 persönliche Erfahrungen, Massachusetts General Hospital, Havard University, Boston, anlässlich einer Studienreise 1987
- 65 Bericht über die Beurteilungsmethoden in der medizinischen Grundausbildung. III/D/1643/7/83-DE, Beratender Ausschuß für die ärztliche Ausbildung, Brüssel, 27.10.1987
- 66 A. Mebazaa: Guide de la Santé en Europe. Groupe de Presse Impact Médicin, Paris, 1992
- 67 F. Eitel: Positionspapier zur Reform der medizinischen Ausbildung. München, 07.06.1993

**Priv.-Doz. Dr. med. Joachim Grifka
Oberarzt der Orthopädischen Klinik
der Ruhr-Universität Bochum
im St. Josef-Hospital
Gudrunstraße 56
44791 Bochum**