

DIE FRAGWÜRDIGEN BEREICHE DES ENTWURFS DER NEUEN APPROBATIONSORDNUNG. KRITERIEN ZUR BEURTEILUNG DES IM DEZEMBER 1995 KOMMENDEN ENTWURFS UNTER BESONDERER BERÜCKSICHTIGUNG DER ERSTEN STUDIENPHASE.

KURT SCHIMMELPFENNIG, FLORIAN EITEL, DIETRICH HABECK.

Zusammenfassung. Im Dezember 1995 wird der überarbeitete Entwurf der Neuen Ärztlichen Approbationsordnung den medizinischen Fakultäten zur Beratung und Stellungnahme vorgelegt. Nach bisherigen Informationen enthält dieses verordnete Curriculum weiterhin eine inhaltlich-stofflich überfrachtete erste 5-semesterige Studienphase, die schon im Entwurf vom Herbst 1993 vorgesehen war und von vielen Fakultäten heftig kritisiert wurde.

Unser Beitrag zur Kritik an diesem Entwurf begrenzt sich hier nur auf einige Aspekte des vorgesehenen ersten 5-semesterigen Studienabschnittes. Den bisherigen Informationen folgend, wird der kommende Entwurf im Gesamtkonzept die gleichen Mängel aufweisen wie 1993:

- A.) Die erste 5-semesterige Studienphase ist mit vielfältigen Lerninhalten aus 24 Studiengebieten überfrachtet. Schon im Studienbeginn wird ein Studium das sowohl wissenschaftlichen Kriterien als auch der übersichtlichen Planbarkeit und den Anforderungen der Gesundheitsreform genügt, verhindert. Eine Studienzeiterverlängerung ist schon im ersten Studienabschnitt vorprogrammiert. -
- B.) Der Verordnungsgeber erweitert den Rang und die Ansprüche für studienbegleitende fragwürdige Erfolgsnachweise für Kurse, Praktika, Seminare und gegenstandsbezogene Studiengruppen auf Kosten eines großen Examens, denn die bisherige Ärztliche Vorprüfung und der Erste Abschnitt der Ärztlichen Prüfung werden zusammengelegt. Damit wird - noch mehr als bisher - ein verordnungswidriges Verhalten der Fakultäten geradezu herausgefordert. Die Neuordnungen der Leistungskontrollen und der Studienerfolgsmessungen werden unter unzumutbaren Rahmenbedingungen an die Univer-

sitäten delegiert, wobei ein Scheitern dieser Leistungskontrollen nach bisherigen Erfahrungen schon jetzt voraussagbar ist.

- C.) Das Ziel einer empirisch begründbaren qualitätsgesicherten Struktur- und Studienreform wird verhindert. Voraussetzungen für die Planung und Einführung von Qualitätssicherungsverfahren wurden nicht bedacht und sind kaum gegeben
- D.) Die praktische Ausbildung wird verschlechtert, wenn die Famulatur erst nach dem 6. Semester beginnen kann, weil die vorlesungsfreie Zeit nach dem 5. Semester mit Prüfungen ausgefüllt ist.
- E.) Die Verlängerung des Krankenpflegepraktikums basiert auf unzutreffenden und nicht begründeten Erwartungen.

Der Verordnungsgeber engt die derzeitigen Gestaltungsspielräume noch weiter ein.

Kennzeichnend für den Entwurf-95 ist, daß formale Gesichtspunkte überwiegend unter Zielerwägungen entwickelt wurden ohne eine gründliche Analyse bestehender und kommender inhaltlicher Probleme. Daher besteht die Gefahr, daß auch weiterhin überwiegend formale Gesichtspunkte beraten werden auf Kosten bestehender sowie kommender inhaltliche Probleme der Studierbarkeit und des Studierenlernens. Dadurch werden bestehende Probleme unreflektiert übernommen und durch neue Probleme ergänzt.

Das Gesamtkonzept des Entwurfs-95 sollte deshalb revidiert werden. Künftig muß eine Verordnung auf empirisch begründeten Entscheidungen entwickelt werden und nicht auf theoretisch erdachten Erwartungen oder ungeprüften Konzepten.

Wir versuchen mit unserem Entwurf „Curriculum 3+X“ bessere Voraussetzungen für die Weiterentwicklung des Medizinstudiums anzubieten.

Vorwort:

Die Sachverständigen einer Bund-Länder-Kommission werden im kommenden Dezember 1995 unseren medizinischen Fakultäten den Entwurf einer Neuen Approbationsordnung für Ärzte zur Stellungnahme vorgelegen. Diese überarbeitete Version des Entwurfs von 1993 enthält weiterhin das, von vielen Fakultäten beklagte, Grundkonzept eines fachlich-inhaltlich überfrachteten ersten 5-semesterigen Studienabschnittes. Der neue Entwurf wird sich kaum von dem letzten Entwurf unterscheiden. Die wesentlichste Änderung wird die Einführung einer Experimentierklausel sein, die künftig unter dem Begriff *Modellversuch* eine gesetzliche Regelung findet.

Rückblick: Zum ersten Entwurf vom Herbst 1993 wurden zahlreiche Stellungnahmen und Änderungsvorschläge an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gerichtet,

ohne daß Einzelheiten aufgegriffen wurden. Eine Stellungnahme zu den Prüfungsregelungen war noch nicht möglich. Diese Stellungnahmen kritisierten entweder das Gesamtkonzept oder es wurden sachliche Bedenken in zahlreichen oder grundsätzlichen Punkten angezeigt. Bemängelt wurde unter anderem, daß eine Reihe von wichtigen Fragen, insbesondere des Prüfungswesens, nicht ausreichend analysiert worden seien¹.

Eine Fakultät bemerkte: „*Der vorgelegte Entwurf beachtlich eine Studienreform, ohne Voraussetzungen hinsichtlich Durchführbarkeit und Sinnhaftigkeit zu schaffen bzw zu prüfen*“. Ein Dekan aus Baden-Württemberg schreibt nach Bonn: „*Die Vorschläge wurden gegen den gesamten Sachverstand in diesem Lande erstellt.*“ In einer Zehn-Thesen-Erklärung wurden die Bedenken einer süddeutschen Fakultät zusammengefaßt; hier heißt es unter anderem: „*Der Entwurf zur*

Approbationsordnung gefährdet den Lernerfolg für alle Fächer, theoretische wie klinische, da die Vermittlung der Grundlagen des Medizinstudiums nicht gewährleistet ist. Das Studium würde hoffnungslos mit Lerninhalten überfrachtet sein. Die wissenschaftsfeindliche Tendenz wird mit großer Sorge betrachtet.“

Auch aus studentischer Sicht kam der Vorwurf „mit diesem Entwurf würden Mißstände nicht behoben, sondern es werden neue Mißstände geschaffen“².

Der Versuch, diese Stellungnahmen zu berücksichtigen und den Entwurf von 1993, den eine Expertengruppe unter Leitung von Prof. Wirsching erarbeitet hatte, neu zu überdenken, wurde von einer Arbeitsgemeinschaft übernommen. Ziel dieser Bund-Länder-Arbeitsgemeinschaft war, einen Entwurf für 1995 zu erstellen, der 1996 in die 3. Stufe der Gesundheitsreform eingehen soll.

Ein unvollständiger Entwurf vom Juni 1995 wurde kurz vor dem Medizinischen Fakultätentag in Göttingen den Fakultäten zugesandt. Wesentliche Änderungen waren nicht erkennbar, insbesondere blieb es bei dem 5+5-Modell: dem ersten stoffüberfrachteten 5-semesterigen Studienabschnitt folgte ein 2. Abschnitt mit wiederum 5 Semestern; die großen Prüfungen blieben weiterhin von bisher 4 auf künftig 3 reduziert.

Dieser Entwurf vom Juni 1995 war die Grundlage für ein Gespräch eines Ausschusses des Medizinischen Fakultätentages im September 1995. Die tragenden Personen dieses Entwurfes vermuteten eine allgemeine Zustimmung, es sei nur noch notwendig einige formale Rand-Aspekte zu beraten, da die Fakultäten gegen den Entwurf vom Juni 1995 keine gravierenden Einwände mehr erhoben hatten. Aber Vertreter einiger Fakultäten machten mit einer gewissen Empörung deutlich, daß der Entwurf vom Juni-95 eine Neuauflage des Entwurfes von 1993 sei und daher der gleichen Kritik unterworfen werden müsse, wie der Entwurf 1993.

Einigkeit bestand darin, daß ein vollständiger Entwurf-95 im Dezember 1995 den Fakultäten vorgelegt werden soll. Nach weiteren 4 Wochen werden Stellungnahmen der Fakultäten erwartet. Im Januar 1996 soll in Mainz ein Ausschuß des MFT abschließend darüber beraten.

Die Deutsche Gesellschaft für Medizinische Ausbildung setzte im Dezember 1994 unsere Expertengruppe ein, die sich mit der neuen Approbationsordnung befassen sollte. Mit unserem Artikel soll hier deutlich werden, warum einige Mitglieder dieser Gruppe diesen Entwurf des Bundesministers für Gesundheit nicht befürworten, wenn er als eine flächendeckende Verordnung eingeführt werden soll.

In einem weiteren Artikel mit dem Titel: „Das Curriculum 3+X“ wird ein mehrgleisiges Vorgehen empfohlen und eine Alternative zu dem bisherigen Entwurf vorgestellt.

Entscheidungen zum Jahreswechsel 1995/96

Die Beratungen des bisher noch nicht endgültig fertiggestellten Entwurfes-95, der im Dezember 1995 den Fakultäten vorgelegt werden soll, können in mindestens vier Richtungen tendieren:

Modell 1.) Der Entwurf-95 wird in einer demnächst fertiggestellten Form angenommen und jetzt nur in einzelnen Details korrigiert. Siehe „Ringens um Details“ (Clade³).

Modell 2.) Der Entwurf wird, weil das Gesamtkonzept in Zukunft nicht oder nur schwer korrigierbar ist und zudem

nicht ausreichend empirisch begründet ist, als flächendeckendes Programm abgelehnt. Es wird in der bisherigen Kommission unter Federführung des BMG von Grund auf neu bearbeitet.

Modell 3.) Der Entwurf-95 wird zurückgenommen und in wesentlichen Abschnitten in einer von den Universitäten zu bildenden Fachkommission erneut überarbeitet.

Modell 4.) Eine Bund-Länder-Universitäten-Kommission berät das Konzept eines etwa 10-jährigen empirischen Reformansatzes, nach dem dann eine definitive Verordnung verabschiedet wird. Als gemeinsamer Rahmen wird eine große Prüfung vor und nach dem Praktischen Jahr erhalten. Die Fakultäten können sich für die derzeitige Verordnung oder für den Entwurf-95 entscheiden oder eigene Entwicklungen erproben, die im Rahmen einer Sonderregelung/Modellversuche zugelassen werden.--Strenge Qualitätssicherungsverfahren und bundesweite Evaluationen dieses mehrgleisigen Versuches bieten dann eine Grundlage für spätere bundesweite Entscheidungen und Regelungen.

Mit unserem Beitrag bezwecken wir einige Kriterien darzustellen, nach denen dieser Entwurf-95 beurteilt werden kann. Da der Entwurf-95 noch nicht fertiggestellt ist, gehen wir von einem überarbeiteten Entwurf-95 aus, der im Frühjahr 1995 intern verbreitet wurde sowie von Richtlinien, die Ende Juni 1995 auf einem Symposium zu Prüfungsfragen in Mainz bekannt wurden¹³.

Die Vorgeschichte des Entwurfs-95 der Neuen Approbationsordnung .

Die Begründungen, also der Auftrag, für die Erarbeitung eines neuen Entwurfs einer Approbationsordnung für Ärzte, wurden vom Bundesrat, sowie dem damaligen Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft, dem Wissenschaftsrat und dem Murrhardter-Kreis formuliert.

Der Bundesrat⁴

beschloss am 7.11.1986 und 21.12.1989 folgende Vorgaben für die Verordnung:

1986: Verbesserung des vorklinischen Unterrichtes und engere Verzahnung von klinischen und vorklinischen Ausbildungsinhalten. Ausbau einer patientenorientierten Lehre und Verstärkung des praktischen Unterrichtes am Patienten.

1989 wurden diese Forderungen präzisiert: Straffung des Medizinstudiums in Verbindung mit einem stärker fachintegrierenden Studium, Neuordnung der Ausbildungsinhalte durch Zusammenfassung und Gewichtung nach Kern- und Wahlpflichtfächern sowie Einführung von Blockunterricht bzw Blockpraktika.

Das Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft

beauftragte am Anfang der achtziger Jahre die Arbeitsgruppe Hochschulforschung an der Universität Konstanz mit einer Untersuchung des Studiums der Medizin aus studentischer Sicht. Seit 1983 bis 1993 wurden in 2-3 jährigen Abständen fünf Erhebungen an sechs medizinischen Fakultäten durchgeführt und, so weit als möglich, mit anderen Studienfächern verglichen. Die Ergebnisse sollten dem Erkennen von Strukturproblemen und der Neuordnung des Medizinstudiums dienen. In der Schriftenreihe des BMBW „Studien zu Bildung und Wissenschaft“ erschien diese umfangreiche Fach-

monographie 1994.⁵

In einer bilanzierenden Beurteilung des Studienganges Medizin ergaben sich vorrangig folgende Probleme:

- Kritisiert wird die Lehrqualität.
- Unumgänglich seien Änderungen des inhaltlichen und strukturellen Aufbaues des Studienganges Medizin. Der Studiengang sei verschult und einseitig auf Faktenwissen ausgerichtet.
- Der Kontakt und die Betreuungssituation sei zwischen Lehrenden und Lernenden äußerst schlecht.
- Der Praxisbezug soll verstärkt werden, wegen der späteren erheblichen beruflichen Verantwortlichkeit.
- Erwünscht sei eine größere Gestaltungsfreiheit der Lehre, im Studium sowie veränderte Prüfungsverfahren.

Der Wissenschaftsrat

empfahl nachhaltige Reformen im Medizinstudium:

1988: „Empfehlungen zur Verbesserung der Ausbildungsqualität in der Medizin“

1992: „Leitlinien zur Reform des Medizinstudiums“⁶

Der Wissenschaftsrat kam zu dem Schluß, daß

- A.) Die Ausbildung zum Arzt ist mit 7,5 Jahren zu lang.
- B.) Die Studieninhalte seien zu spezifisch und kaum zu bewältigen.
- C.) Die primärärztlichen Wissens- und Erfahrungsbereiche seien im Studium unterentwickelt.
- D.) Die Trennung des Studiums in Vorklinik und Klinik fördert die Lernmotivation der Studenten gewiß nicht.
- E.) Die Vorbereitungszeiten für die vier zentralen Staatsprüfungen seien nachteilig.
- F.) Veränderungen der zeitlichen Organisation des Studiums sollen gegebenenfalls stufenweise in die Tat umgesetzt werden.

Diese Leitlinien des Wissenschaftsrates, wurden noch 1993 von 26 medizinischen Fachgesellschaften kritisiert und von Silbernagl unter 10 Leitgedanken in Frage gestellt.

Der Murrhardter Kreis

erarbeitete im Auftrag der Robert Bosch Stiftung die Anforderungen an die künftigen Ärzte hinsichtlich des veränderten Spektrums der Morbidität der Bevölkerung und der strukturellen Veränderungen im Gesundheitswesen, dies erfordere notwendig veränderte Anforderungen in der ärztlichen Ausbildung. Die wichtigsten Punkte dieser Empfehlungen wurden 1988 durch die „Zwölf Thesen zur Reform der ärztlichen Ausbildung“ bekannt. Die Analysen künftiger Anforderungen an den Arzt und die Konsequenzen für die Ausbildung liegen bereits in der 3. Auflage der „Beiträge zur Gesundheitsökonomie“ der Robert Bosch Stiftung vor.

Die Entwürfe des BMG

Der erste Entwurf von 1993.

Im Dezember 1993 legte der Bundesminister für Gesundheit (BMG) den medizinischen Fakultäten einen Entwurf für eine grundlegende Neuordnung der Approbationsordnung¹⁰ vor, der von etwa 50 Sachverständigen in 3 Jahren erarbeitet worden war¹¹. Dieser Entwurf-93 wurde in der Folgezeit unwesentlich überarbeitet, nachdem die Fakultäten und andere Einrichtungen dazu Stellung bezogen hatten. Im Februar 1995 wurde die korrigierte Version als interner Entwurf begrenzt verbreitet.

Der überarbeitete Entwurf vom Frühjahr 1995

Die korrigierte, interne Version des Entwurfs der Neuen Approbationsordnung vom Frühjahr 1995 enthielt weiterhin das Gesamtkonzept von nur zwei 5-semesterigen Studienabschnitten vor dem Praktischen Jahr. Ein Kernproblem, die überfrachtete erste zu lange Studienphase und die damit überfrachtete erste Prüfung wurde in dem Entwurf-95 beibehalten.

Erläuterungen zu dem internen, überarbeiteten Entwurf von 1993 richtete Hardegg (Heidelberg) im März 1995 an alle Dekanate der Medizinischen Fakultäten¹⁵. Nachgewiesen wurde die notwendige Erhöhung des Curriculurnormwertes (CNW). Während der CNW mit der 7. Novelle für die Vorklinik von 1,72 auf 2,17 und im klinischen Studium von 4,79 auf 5,10 stieg, soll er jetzt im ersten 5-semesterigen Studienabschnitt auf 3,78 und im 2. Studienabschnitt auf 5,8 angehoben werden.

Ein Kernproblem:

Die künftige Prüfungsregelung.

Die Prüfungsregelungen der Neuen Approbationsordnung wurde in den bisherigen Entwürfen-93 und -95 unvollkommen berücksichtigt, da die Unterkommission „Prüfungen“ der früheren Sachverständigenkommission unzureichende Arbeitsbedingungen hatte.

Vom BMG wurden deswegen 3 Maßnahmen getroffen um diesen Prüfungsbereich für die neue Approbationsordnung verspätet eingehend vorzubereiten:

I.) Berufung einer Unterarbeitsgruppe des BMG für Prüfungsfragen.

II.) Erstellung eines Gutachtens im Auftrag des BMG über „das Prüfungswesen in einer neuen Approbationsordnung für Ärzte anhand einer Untersuchung ausländischer Prüfungssysteme im Studiengang Medizin im Zusammenhang mit der Diskussion zur Neuen Approbationsordnung für Ärzte.“ (Prof. Hardegg¹², Planungsgruppe Medizin, Februar 1995)

III.) Planung eines internationalen Symposium im Juni 1995 zu: „Prüfungsmethoden in der medizinischen Ausbildung und der Einfluß von Prüfungen auf Lehre und Lernen“

I.) Die Empfehlungen der Unterarbeitsgruppe für Prüfungen des BMG

Eine 1994 einberufene Unterarbeitsgruppe für Prüfungen des BMG erarbeitete eine Prüfungsgliederung, die am 1.9.94 vorgelegt wurde. Das besondere Kennzeichen dieser Prüfungsregelung war, daß weiterhin an der 2-phasigen Einteilung der ersten 10 Studiensemester festgehalten wurde und der erste Abschnitt der Ärztlichen Prüfung - ohne Ärztliche Vorprüfung - nach 5 Semestern vorgesehen sein soll.

Diese erste Prüfung enthält ungewöhnlich viele Stoffgebiete der bisherigen Ärztlichen Vorprüfung, des Ersten Abschnittes der Ärztlichen Prüfung und noch einige weitere Prüfungsgebiete. (s.u.)

II.) Das Gutachten über das Prüfungswesen der Planungsgruppe Medizin

Prof. Hardegg stellte mit seiner Planungsgruppe viele Materialien und Bewertungen von verschiedenen Prüfungsarten hervorragend sorgfältig und sachlich fundiert zusammen. Aber in diesem Gutachten wird die vorgesehene Neuordnung des Prüfungswesens für die Neue ÄAppO nicht direkt angesprochen oder bewertet.

Eine Bewertung dieser Prüfungen oder eine Beurteilung

von Prüfungskombinationen hinsichtlich der studienbegleitenden Leistungskontrollen nach §2 (6) ÄAppO wurde von Hardegg nicht berücksichtigt. Diese studienbegleitenden Leistungskontrollen sind aber eine Voraussetzung für das Verständnis der vorgesehenen Neuen Approbationsordnung und Voraussetzung zur fragwürdigen ersten großen Prüfung.

Es ist angebracht, daß Bund und Länder sich um die Gepflogenheiten der Durchführung dieser Verordnung nach § 2 (6) kümmern. Die Bemühungen der Interpretation des Begriffes „in angemessener Weise“ dürfen künftig nicht umgangen werden. Dies ist um so dringlicher, als mit dem Entwurf-95 mehr Verantwortung an die Fakultäten zu dieser Verordnung verlagert werden soll.

III.) Das internationale Symposium zu Prüfungsmethoden im Juni 1995

Dieses Symposium in Mainz zu: „Prüfungsmethoden in der medizinischen Ausbildung und der Einfluß von Prüfungen auf Lehre und Lernen“ wurde von den verantwortlichen Entscheidungsträgern Deutschlands einberufen.

Der gastgebende Minister für Gesundheit des Landes Rheinland-Pfalz, Herr Florian Gerster, wies in seinem einleitenden Grußwort auf die in der letzten Zeit gestellten kritischen Fragen nach der Qualität des Prüfungswesens in unserem Land. „Die Entwicklung wird bei der Reform der medizinischen Ausbildung durch die 8. Novelle neue Entscheidungen erfordern.“ Der Minister betonte den Einfluß von den Prüfungen auf Lehre und Lernen. Prüfungen seien eine effektive und qualitätssichernde Maßnahmen für die Patientenbetreuung.

Die verantwortlichen Entscheidungsträger in Deutschland stellten einleitend fest: „Zu den Kernpunkten der nächsten ärztlichen Approbationsordnung dürfte daher die Neuordnung der Studienerfolgsmessung gehören“.¹⁴

Bei diesem Symposium wurde deutlich, daß und wie während der letzten Jahrzehnte in anderen Ländern hochkarätige Studien-, Ausbildungs- und Prüfungsforschung und Entwicklungen auf diesen Sektoren durchgeführt wurden. Eine Übertragbarkeit der Erfahrungen anderer Länder für die Rahmenbedingungen der Bundesrepublik erscheinen aber weitgehend unmöglich. Eine Diskussion zu Fragen der Übertragbarkeit ausländischer Erfahrungen auf bundesdeutsche Verhältnisse kam während des Symposiums nicht zustande. Fragen zum Leitthema: „Der Einfluß unserer Prüfungen auf Lehre und Lernen“ wurde kaum berührt. Die Erfahrungen unserer mündlichen und schriftlichen Prüfungen der vergangenen Jahre wurden nicht thematisiert.

Die Beiträge und Diskussionen dieses Symposiums werden noch vor dem Dezember 1995 den medizinischen Dekanaten schriftlich zugeleitet.

Kritik an dem Entwurf-95 für eine Neue Approbationsordnung.

Kritik an der Fülle der Stoff- und Prüfungsgebiete im ersten Studienabschnitt:

Die zwei 5-semesterigen Studienphasen

Dieser BGM-Entwurf strukturiert das 6-jährige Medizinstudium in 3 Studienphasen:

- Die 1. Studienphase dauert 5 Semester,
- die 2. Phase auch 5 Semester,

es folgt das Praktische Jahr.

Dieses Curriculum hat damit die Semesteranzahl in der Studienabschnittsfolge: 5+5+PJ.

Jede Studienphase wird durch ein großes Examen abgeschlossen. Damit entfällt, im Vergleich zur derzeitigen Regelung, ein großes Examen, denn zusammengelegt werden künftig die Prüfungsgebiete der Ärztlichen Vorprüfung und des bisherigen ersten klinischen Abschnitts der Ärztlichen Prüfung, also der ersten 6 Studiensemester.

Die vorgesehene künftige 5-semesterige erste Studienphase in dem neuen Entwurf 5+5 soll bezwecken, daß „die Trennung in Vorklinik und Klinik durch die Verzahnung beider Bereiche aufgehoben wird“.¹⁵ Verzahnt werden sollen auch die theoretisch orientierten Gebiete des bisherigen ersten klinischen Studienabschnittes, z.B. Physiologie und Pathophysiologie sowie das Grundstudium mit den Grundlagen der Allgemeinen Pathologie und Grundlagen der Allgemeinen Pharmakologie.

Dem BMG-Entwurf folgend, sollen in der vorgesehenen ersten 5-semesterigen Studienphase (mit einer Mindestgesamtstundenzahl von 1800 = 30 Wochenstunden) 24 Stoffgebiete gelehrt und geprüft werden. Dem Beispielstundenplan sind folgende Semesterwochenstunden für die Berechnung des Curricularnormwertes (CNW) zugrundegelegt.¹⁶

Die hier notierten Abkürzungen lauten:

- V=Vorlesung,
- P-K=Praktikum bzw Kursus,
- S=Seminar,
- UaK=Unterricht am Krankenbett,
- GbS=Gegenstandsbezogene Studiengruppe.

A.) Ärztliche Propädeutik:

- 1.) Einführung in praktische und klinische Medizin unter Berücksichtigung der hausärztlichen Versorgung.
V:2Std/P-K:2Std/ UaK:1Std.-
- 2.) Einführung in Untersuchungsmethoden
V:2Std/ UaK: 5Std.-
- 3.) Einführung in Notfallmedizin,
P-K:2 Std./-
- 4.) Grundlagen der radiologischen Diagnostik,
V:1Std. -
- 5.) Berufsfelderkundung
V:1Std/P-K:1Std.-
- 6.) Terminologie:
P-K:1Std.-

B.) Anatomische Stoffgebiete.

7. Biologie/Embryologie
V:2Std/P-K:2Std.-
- 8.) Anatomie am Lebenden und Anatomie in verschiedenen Altersstufen.
V:10Std/P-K:15Std/S:3Std.
- 9.) Einführung in die Allgemeine Pathologie.-
V:2Std/P-K:2Std.

C.) Physiologisch-Biochemische Stoffgebiete

- 10.) Physik/Biophysik
V:2Std/P-K:2Std.-
- 11.) Physiologie und Pathophysiologie.
V:5Std/P-K:9Std/S:4Std./ GbS:=1Std.-
- 12.) Chemie
V: 2Std/P-K:2Std.-
- 13.) Biochemie und Pathobiochemie.
V:5Std/P-K:9Std/S:4Std./ GbS:=1Std.-

- 14.) Einführung in Pharmakologie und Toxikologie.
V:2Std/P-K:2Std.-

D.) Information und Abwehr

- 15.) Einführung in die Molekularbiologie
V:1Std.-
16.) Einführung in die Immunologie.
V:2Std/P-K:1Std.-
17.) Einführung in die Humangenetik.
V:1Std/P-K:1Std.-
18.) Einführung in die Mikrobiologie und Virologie.
V:2Std/P-K:2Std.-

E.) Geistes- und sozialwissenschaftliche Grundlagen.

- 19.) Med. Psychologie
P-K:2Std/S:1Std./GbS:=1Std.-
20.) Med. Soziologie.
V:1Std/P-K:2Std.-
21.) Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin.-
V:1Std/P-K:1Std./-
22.) Medizinische Biometrie.
P-K:2Std.-
23.) Epidemiologie. (Gesundheitsökonomie)
S:1Std.-

F.) Wahlpflichtfach.

- 24.) Wahlpflichtfach.
P-K:2Std/GbS:=1Std.-

Damit werden die Gebiete der bisherigen Ärztlichen Vorprüfung und des ersten Abschnittes der Ärztlichen Prüfung für eine, um ein Semester verkürzte, Studienzzeit von 5 Semestern zusammengelegt und noch zusätzlich um zahlreiche weitere Studien- und Prüfungsgebiete ergänzt: Anatomie am Lebenden in verschiedenen Altersstufen, Theorie und Ethik in der Medizin, Epidemiologie und Wahlpflichtfach.

Die Studieninhalte von nur 8 Scheinen für die Zulassung zum Ersten Abschnitt der ärztlichen Prüfung:

I) Ärztliche Propädeutik.

1. *Schein:* Einführung in die praktische und klinische Medizin, Berufsfelderkundung.
2. *Schein:* Untersuchungskursus, Einführung in die Notfallmedizin.

II) Der Körper

3. *Schein:* Biologie, Embryologie, Anatomie, einschließlich Anatomie am Lebenden in verschiedenen Altersgruppen, bildgebende Verfahren, Einführung in die Pathologie.

III) Funktion und Materien

4. *Schein:* Physik, Biophysik, Physiologie und Pathophysiologie.
5. *Schein:* Chemie, Biochemie, Pathobiochemie, Einführung in die Pharmakologie und Toxikologie.

IV) Information und Abwehr.

6. *Schein:* Molekularbiologie, Immunologie, Humangenetik, Mikrobiologie und Virologie.

V) Geistes- und sozialwissenschaftliche Grundlagen der Medizin:

7. *Schein:* Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie, Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Biomathematik, Epidemiologie.

Gesundheitsökonomie.

VI) Wahlpflichtgebiet

8. *Schein:* Leistungsnachweis im Wahlfach.

Diese studienbegleitenden Leistungsnachweise, „die Scheine“ sollen künftig einen höheren Rang im Prüfungssystem bekommen, so daß in den großen Prüfungen eventuell davon ausgegangen wird, daß der Nachweis eines „Scheines“ ausreichend ist.

Aufgrund der empirisch belegten, unterschiedlich studiensteuernden Wirkungen der Prüfungsformen, kann im Falle der Teilfachgebiete, ein Kompetenzverlust der Studenten vorausgesagt werden, weil für einen „Schein“ oberflächlicher als für eine große Prüfung gelernt wird. Denn die studienbegleitenden Prüfungen werden nicht qualitativ mit Noten bewertet, sondern nur mit „bestanden oder nicht-bestanden“. Die Vorbereitungszeiten für die erste große Prüfung, d.h. die Zeit für das Selbststudium wird beachtlich reduziert, wenn man diese Zeit mit den Vorbereitungszeiten der bisherigen Vorprüfung und des bisherigen ersten Abschnittes der Ärztlichen Prüfung vergleicht.

Der schleichende Verfall der Prüfungsqualität bedarf einer besonderen Berücksichtigung.

Die Verwaltung der 8 Scheine

Die Anzahl der „Scheine“, die eine Zulassungsvoraussetzung für den ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung sind, wird in der ersten Studienphase auf 8 Scheine reduziert. Damit sollen universitäre Gestaltungsspielräume erweitert werden. Mit Sicherheit wird den Landesprüfungsämtern damit Verwaltungsarbeit abgenommen, die künftig als dringende Terminalsache vor einer Staatsprüfung von den Fakultäten oder Abteilungen geleistet werden muß. Die Studierenden werden Testate von den zahlreichen Teilgebieten sammeln müssen, die sich dann zu einem „Schein“ addieren. Die meisten „Scheine“ können erst am Ende des 5. Semesters, nach einem entsprechenden Verwaltungsaufwand unterzeichnet werden.

Die Planung der Zulassung zum ersten Abschnitt der ärztlichen Prüfung bedarf einer besonderen Organisation um jene Studenten zu berücksichtigen, die studienbegleitende Prüfungen, ohne Studienzzeitverlust wiederholen müssen.

Negative Auswirkungen des Entwurfs für den Ersten Studienabschnitt:

Die vorgesehene Stofffülle im ersten Studienabschnitt des neuen Entwurfs birgt mehrere Gefahren:

I.) Überfrachte Studieninhalte

- a.) Die vorgesehene Entrümpelung von Stoffgebieten gelingt nicht, aber weitere Studiengebiete kommen hinzu. Es fehlen operationalisierbare Umsetzungsstrategien.
b.) Behinderung eines sorgfältigen wissenschaftlichen Studiums. Das Studium wird flacher und verliert an Niveau. Das Studium wird noch mehr als bisher durch Faktenpauken bestimmt.
c.) Studienzzeitverlängerung, auch bei sehr sorgfältig und pünktlich studierenden Studierenden, sind absehbar.
d.) Theorie und Ethik in der Medizin wird im Anspruch und der Durchführung meist dürftig angeboten.

II.) Ungelöste Prüfungsproblematik

Die Zusammenlegung der Ärztlichen Vorprüfung und des bisherigen ersten Abschnittes der ersten Prüfung wurden nicht begründet. Alternativen wurden nicht berücksichtigt. Künftig soll es nur 3 große Prüfungen geben. Weiterhin sind unangemessene studienbegleitende Leistungsnachweise zugelassen.

III.) Die Planung von Qualitätssicherungen wird erschwert oder verhindert. (s.u.)

Qualitätsmanagement, Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität bleiben unberücksichtigt. Der Entwurf-95 sieht keine Prozessevaluationsmaßnahmen vor, beziehungsweise berücksichtigt nicht zeitliche Strukturen für die Unterrichtsvaluation und die erforderliche Erfolgsüberprüfung. Qualitätssicherungsmaßnahmen bedürfen gewisser Strukturmerkmale, die im ersten Studienabschnitt fehlen.

Überfrachtete Studieninhalte Eine Entrümpelung des Studiums gelingt unzureichend. Neue Gebiete kommen dazu.

In der Vergangenheit wurde wiederholt die Meinung vertreten, die Stoffgebiete des Medizinstudiums müßten entrümpelt werden. (Education Committee of the General Medical Council 1983 und 1993⁶, Wissenschaftsrat 1992⁶, Eitel 1992, Murrhardter Kreis 1995⁸, Sachverständigenkommission¹⁹). Diese vorgesehene Entrümpelung der Stoffgebiete ist eine Voraussetzung für die Umsetzung der neuen Verordnung im ersten Studienabschnitt.

Die Schwierigkeiten der Entrümpelung werden eindringlich dadurch deutlich, daß die Sachverständigen der Fachgesellschaften, die regelmäßig am IMPP bei der Fragerstellung mitarbeiten, sich bisher, trotz eingehendem Bemühen, nicht auf die Definition von Basiswissen einigen konnten.

Die Vorarbeit zur sogenannten Entrümpelung wurde bisher nicht geleistet und kann daher nicht für eine Studienreform als selbstverständlich vorausgesetzt werden. Das irrationale St. Florians-Prinzip („verschön' unser Haus, zünd' andere an“) waltet für viele Sachverständigen bei diesem Vorgehen: Eigene Gebiete sollen verschont bleiben, andere Gebiete mögen reduziert werden.

Die Fülle dieses Lehr- und Prüfungsstoffes einer 5-semesterigen ersten Studienphase soll künftig von den Fakultäten nach eigenem Ermessen reduziert werden¹⁸. Der Gestaltungsspielraum der Universitäten für die unterschiedlichen zentralen Stoffgebiete in Lehre und Prüfungen soll erweitert werden¹⁸. Lehrpläne, Studienordnungen und Studienpläne sollen von den Fakultäten erstellt werden und von den Aufsichtsbehörden genehmigt werden.²⁰ Die von dem Medizinischen Fakultätentag 1995 beschlossene Empfehlung zur Einrichtung von Studiendekanaten oder ähnlichen Einrichtungen, die für diese Arbeiten notwendig sind, fehlen weiterhin. Dafür sind nicht nur finanzielle Lücken bestimmend.

Wenn aber die Entscheidung fallen sollte, daß mehr Spezialinhalte des bisherigen Studiums in die Weiterbildung verlagert werden sollen, dann ist zu befürchten, daß das Krankheitsspektrum der Universitätskliniken im

Ausbildungsangebot beachtlich reduziert wird

Bisher ist es eine rein theoretische Annahme, daß die Fakultäten die vorgesehenen, zu umfangreichen Studiengebiete wesentlich reduzieren können. Der Hinweis der Sachverständigen, daß die Fakultäten mehr Gestaltungsspielräume in Lehre und Prüfungen bekommen und damit mehr Eigenverantwortung übernehmen können, löst das Problem der Stoffüberfüllung nicht. Vernünftigerweise wäre diese Stoffreduktion auf dem Boden der derzeitigen ÄAppO zu leisten und diese Erfahrungen sollte dann als Ausgangspunkt für eine neue ÄAppO dienen.

Neue, ergänzende und vertiefte Studiengebiete:

Künftig müssen bisherige und neue Studiengebiete, die mit den Erkenntnissen der molekularen Medizin verbunden sind, quantitativ erweitert werden.

Außerdem besteht weiterhin weitgehend Konsens, daß die Leistungen der Studierenden künftig in Anatomie und Physiologie gesteigert werden müßten. Nur auf diesen Grundlagen - dem gesicherten Wissen - kann das Studium in allen Bereichen vereinfacht und beschleunigt werden. Zugleich ist dieses Grundlagenstudium die beste Möglichkeit, Voraussetzungen für die spätere Weiterbildung zu schaffen.

Behinderung eines sorgfältigen wissenschaftlichen Studiums.

Beiträge zur Beleuchtung der Gesamtproblematik des derzeitigen Medizinstudiums liefern die Untersuchungen des Bundesministeriums für Bildung und Wissenschaft: „Das Studium der Medizin“ (Siehe: Bargel und Ramm, 1993⁵). Im Vergleich zu Studierenden anderer Fächer ist die Kritik an der inhaltlichen Ausgestaltung des Lehrstoffes und dessen Vermittlung besonders groß. Die Überfüllung im Medizinstudiengang, sowie die wenigen Kontakte und die große Distanz zu den Dozenten, werden als charakteristische negative Merkmale im Medizinstudium hervorgehoben. Bei näherer Analyse werden diese Momente u.a. durch die häufigen Wechsel der Teilgebiets-Dozenten hervorgerufen und durch die erzwungene Vorbereitung für Multiple-Choice-Prüfungen während der Semesterprüfungen. (Siehe unten: Prüfungen) Die jetzt vorgesehene umfangreiche Stoffbelastung aus 24 Studiengebieten behindert, neben der zeitlichen Belastung durch Pflichtlehrveranstaltungen, das vertiefte Selbststudium, die Vor- und Nachbereitung von Lehrveranstaltungen. Die Studenten werden gezwungen resignierend ein Studium ohne gute Bücher mit skriptenartigen Vorlagen und sogenannten „Schwarzen Reihen“ zu absolvieren. Mit oberflächlichem Pauken wird dann ein wissenschaftliches sowie qualitativ zielförderndes Studium verhindert, intellektuelle Neugier erstickt und das Kurzzeitgedächtnis trainiert. Die negative Auswirkung des oberflächlichen Studierens auf den Erwerb von Grundlagenwissen wird mit dem Entwurf-95 schon im Studienbeginn vorbereitet, so daß eine wissenschaftliche Vertiefung in einem Wahlfach behindert wird. Ein wesentliches Studienziel, die Fähigkeit zum Studieren, zur Weiter- und Fortbildung, wird nicht gefördert, sondern verhindert.

Eine sinnvolle studentische Vorbereitung für Praktika und Seminare kann nur von einer fachübergreifenden Einrichtung entsprechend einem Studiendekanat koordiniert werden^{21, 5, 22}. Die Aufgabe einer derartigen Einrichtung

wäre u.a. zu vermeiden, daß eine oder einzelne studienbegleitende Prüfungen eine zu starke, semesterbegleitende Sogwirkung ausüben und von anderen Studiengängen ablenken. Auch wenn der Medizinische Fakultätentag 1994 in Düsseldorf die Einrichtung von Studiendekanaten empfahl, kann man an den meisten Fakultäten keine Ansätze finden, daß die Voraussetzungen und die Bereitschaft dafür gegeben sind ein leistungsgesteuertes wissenschaftliches Studium durch Leistungsevaluation vorzubereiten.

Studienzeitverlängerung.

Eine Studienzeitverlängerung der ersten Studienphase muß erwartet werden, wenn der Prüfungsstoff zu groß ist und die hohe Semesterstundenzahl das Eigenstudium hinsichtlich Vor- und Nachbereitung der Lehrveranstaltungen verhindert. „Staat und Hochschule müssen dafür Sorge tragen, daß das Studium innerhalb einer Regelstudienzeit bewältigt werden kann.“ Diese bildungspolitische Erklärung der Regierungs-Chefs der Länder von 1993²³ erfordern eine Umsetzung bei Studienstrukturereformen, zumal sie mit nahezu allen bildungspolitischen Gremien, die sich damit befassen, übereinstimmen.

Studenten, die die erste Hauptprüfung endgültig nicht bestanden haben, werden mit dem BMG-Entwurf 95 nach einem Studienzeitverlust von 4 Jahren zu alt sein für eine neue berufliche Ausbildung. Die wesentlichen Lehrjahre eines jungen Menschen würden damit sinnlos vergeudet.

Theorie und Ethik in der Medizin.

Die im Entwurf 95 der Neuen Approbationsordnung des BMG vorgesehene Lehre und Leistungsnachweise: „Theorie und Ethik der Medizin“ dürfte vom Umfang her, wenn ein notwendiges Niveau berücksichtigt werden soll, zu groß sein. Unabhängig davon muß gesichert werden, daß die Fakultäten angemessen mit fachkompetenten Dozenten ausgestattet sind.

Ein geeigneter Zugang zu dieser Problematik kann angestrebt werden, wenn dafür geeignete Texte, die Wertekonflikte enthalten, bearbeitet werden müssen. Die Berücksichtigung einer Ethik in der Medizin im Lehrplan sollte man als studienbegleitenden Leistungsnachweis nicht in einer gesetzlichen Verordnung festlegen. Denn eine erfolgreiche Teilnahme in einem Kursus zu Ethik in der Medizin kann man wohl kaum einem jungen unerfahrenen Menschen bescheinigen, er habe „in angemessener Weise“ gezeigt, daß er sich die erforderlichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten angeeignet hat und die er in der Praxis anzuwenden weiß (§ 2 [6] ÄAppO).

Prüfungen.

Kritik an dem Verzicht auf eine große Prüfung zugunsten von meist qualitätslosen studienbegleitenden Prüfungen nach § 2(6)ÄAppO

Allgemeines: Die gesetzlichen Vorbereitungen und Durchführungen von Prüfungen und Examina im Medizinstudium sind in Deutschland traditionell nicht wissenschaftlich begründet.- Notwendigerweise werden daher ad-hoc Arbeitsgruppen berufen, die als Sachverständige oder Experten das Prüfungswesen planen.

Mit der Einrichtung des IMPP (1970) in Mainz für Prüfungen von Medizinstudenten im Antwort-Wahl-

Verfahren wurden einst Prüfungen geplant, organisiert, durchgeführt und bewertet, ohne daß eine klar analysierte oder definierte Grundlage dafür gegeben war²⁴. Dieses Institut in Mainz erhielt zwar eine Abteilung für Ausbildungsforschung, personell wurde diese Abteilung aber nie für wissenschaftliche Arbeiten mit der erforderlichen Selbstständigkeit und Unabhängigkeit ausgestattet; die dafür notwendigen Freiräume wurden auch nicht gewährt.

Die vorgesehenen drei großen Prüfungen im Entwurf-95

Die jetzt im Entwurf-95 vorgesehenen 3 großen Prüfungen sollen folgende Bezeichnungen und Merkmale²⁵ tragen: Der Erste Abschnitt der Ärztlichen Prüfung ist eine Zwischenprüfung nach der ersten 5-semesterigen Studienphase. Die Ausgestaltung dieser Prüfung wird wohl eine an die Universität delegierte Staatsprüfung sein, bei der den Fakultäten auch im MC-Anteil Gestaltungsspielraum eingeräumt wird. - Die Fakultäten können ihre Fragen teilweise selbst auswählen.

Der Zweite Abschnitt der Ärztlichen Prüfung wird die Hauptprüfung nach dem 10.Semester. Diese Prüfung ist in seinem mündlichen und schriftlichen Teil als Staatsprüfung vorgesehen.

Der Dritte Abschnitt der Ärztlichen Prüfung wird die Abschlußprüfung nach dem Praktischen Jahr. Sie wird wohl eine, an die Universität delegierte, Staatsprüfung.

In diesem Beitrag wird nur der Erste Abschnitt der Ärztlichen Prüfung berücksichtigt.

Änderung der Prüfungsordnung ohne adäquate Begründungen:

Die Streichung einer großen Prüfung zu Gunsten von studienbegleitenden Prüfungen

Die vorgesehene Reduzierung der großen Examina von 4 auf 3 erfolgt ohne wissenschaftliche Begründung. Es liegen wenige, sehr unterschiedliche und sehr fragwürdige, Begründungen zu dieser Examens-Reduktion vor. Der Grundgedanke, daß mehr studienbegleitende Leistungskontrollen die große Prüfung ersetzen sollen, wurde auch vom Wissenschaftsrat 1992 empfohlen. Unberücksichtigt bleibt bei diesen Vorschlägen, daß die seit Jahrzehnten verordneten studienbegleitenden Leistungskontrollen bei uns vielerorts lässig, dürftig, unkoordiniert oder garnicht durchgeführt werden. Die Bescheinigung eines Erfolges für einen „Schein“ wird heute vielerorts rechtswidrig erteilt, in dem der Erfolg in testtheoretisch nicht angemessener Weise überprüft wird. Fragwürdige Gepflogenheiten gelten als Privileg der Dozenten oder werden nicht zu Kenntnis genommen. Gesetzlich sind diese Prüfungen weiterhin ohne Bewertung mit Noten vorgesehen. Gültig ist weiterhin ein Minimalkonsens, der die Studiensteuerung bestimmen soll: Zugelassen ist z.B. eine inhaltlich unbestimmte 40%ige Fehlerquote bei haus-eigenen MC-Prüfungen, die eine schlimme Lernsteuerung veranlassen. Die geringe Einschätzung dieser Prüfungen wird deutlich, wenn man bedenkt, daß die Vorbereitung und Durchführung nicht bei dem Lehrdeputat berücksichtigt werden. Selbst das Gesundheitsministerium hat für das „Gutachten über das Prüfungswesen in einer neuen Approbationsordnunganhand einer Untersuchung ausländischer Prüfungssysteme im Studiengang Medizin im Zusammenhang mit den Diskussionen zur

neuen Approbationsordnung für Ärzte“ die studienbegleitenden Prüfungen unberücksichtigt lassen (siehe Hardegg 1995)¹².

Trotzdem begründet das Gesundheitsministerium 1995 die Streichung einer großen Prüfung mit dem Hinweis auf die studienbegleitende Prüfungen.

Die fragwürdigen studienbegleitenden Leistungsnachweise nach § 2(6)

der ÄAppO. Die „Scheine“ in „angemessener“ Weise Die Empfehlungen, künftig die studienbegleitenden Leistungskontrollen aufzuwerten, haben keine empirische Konsistenz. Anzustreben ist, daß dieser Bereich des Prüfungswesens mit der derzeit gültigen ÄAppO erst einmal im Geiste der derzeit gültigen Verordnung geregelt wird bevor derartige theoretische Absichtserklärungen in einer neuen Verordnung geäußert werden.

Der Entwurf-95 enthält im § 2 (7) neue Verordnungen, die einer eingehenden Überprüfung bedürfen. Es geht hier um die Ansprüche für studienbegleitenden Leistungskontrollen, also die Erfolgsmessung, die mit dem „Schein“ durch Unterschrift und Siegel bestätigt werden sollen.

Im Entwurf-95 werden folgende Erfolgsmessungen verordnet:

1.) Praktische Übungen:

Eine erfolgreiche Teilnahme liegt vor, wenn die Studierenden in der praktischen Übung in einer dem betreffenden Fachgebiet angemessenen Weise gezeigt haben, daß sie die erforderlichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten angeeignet haben und sie in der Praxis anzuwenden wissen.

2.) Seminar:

Eine erfolgreiche Teilnahme liegt vor, wenn die Studierenden gezeigt haben, daß sie den Lehrstoff in seinen Zusammenhängen erfaßt haben und darzustellen in der Lage sind.

3.) Gegenstandsbezogene Studiengruppe:

Eine erfolgreiche Teilnahme liegt vor, wenn die Studierenden gezeigt haben, daß sie vor allem Fallbeispiele auch unter Berücksichtigung hausärztlicher Fragen eigenständig bearbeiten können

Der Verordnungsgeber steckt hier den Kopf in den Sand um die gegebene Realität nicht wahrzunehmen. Es ist beispielsweise in den großen Fächern Innere Medizin, Chirurgie oder Orthopädie derzeit vielerorts üblich, daß der Erfolg dieser Praktika nicht überprüft, aber bescheinigt wird. Die an der Neuen Verordnung beteiligten Kollegen haben diese Konfliktsituation zuwenig berücksichtigt. Daher dürfen die in dieser Hinsicht fragwürdigen Gewohnheiten nicht als erweiterte Basis einer neuen glaubwürdigen Prüfungsordnung ausgewählt werden. Denn ein vielerorts unkontrolliertes rechtswidriges Verfahren soll nun erweitert werden und die Begründung liefern für eine neue Prüfungsordnung: 3 an Stelle von 4 großen Prüfungen.

Eine bundesweite Umfrage durch erfahrene Hochschullehrer zeigte 1986, daß in den Medizinischen Fakultäten „die Scheinvergabe nach einer alten Tradition in vielen Kliniken sehr lässig gehandhabt“ und „ein großer Teil der Scheine rechtswidrig vergeben wird.“²⁶ In den

vergangenen 10 Jahren hat sich dieses Problem in vielen Kernfächern wenig gewandelt.-

Die Erfahrungen an den Fakultäten haben in den vergangenen Jahren gezeigt, daß mindestens 4 „Formen“ der Leistungsnachweise durchgeführt werden, von denen vielerorts 3* nicht angemessen sind.

I.) Es werden angemessene Prüfungen durchgeführt. Die Bestehensquote ist nicht regelhaft 100%.

II.)* Ein Leistungsnachweis wird - z.B. in Fächern des klinischen Studiums - nicht durchgeführt. Studierende, die keinen Erfolg nachgewiesen haben, bekommen einen Erfolg bescheinigt.

III.)* Leistungsnachweise werden sehr nachlässig durchgeführt, so daß über mehrere Semester jeder Student einen Erfolg bescheinigt bekommt. Ein Mißerfolg ist nahezu ausgeschlossen.

III:)* Es werden MC-Prüfungen als Leistungsnachweis durchgeführt. MC-Prüfungen sind hier aber in der Regel nicht valide und nicht angemessen. (Siehe unten)

Offen bleibt im Entwurf-95 welche Assistenten und Dozenten diese studienbegleitenden Leistungsnachweise wie, zu welcher Zeit und an welchem Ort durchführen sollen. Weiterhin werden aber die Stellenpläne gekürzt, Stellen werden nicht oder mit jungen unerfahrenen Assistenten besetzt, die stationäre Liegezeit wird gekürzt, das ärztliche Leistungsspektrum wird selbstverständlich erweitert bei zunehmend multimorbiden älteren Patienten, wobei den Angehörigen zeitaufwendig immer mehr erklärt werden muß. Das Krankheitsspektrum in den Universitätskliniken wird immer einseitiger. Schwerkranke Patienten dürfen nicht für die Lehre eingesetzt werden.

Die vorgesehene Erste große Prüfung nach dem ersten 5-semesterigen Studienabschnitt.

Die geplante Prüfung nach dem ersten Studienabschnitt enthält 24 Stoffgebiete. Im schriftlichen Teil sind 320 Fragen vorgesehen. Fachleute wie Gebert (1994)³⁶ weisen nach, daß diese Stichprobe von vornherein zu klein ist für eine sinnvolle Evaluation der einzelnen Fächer. Bisher entfielen für diese Gebiete in den ersten 2 schriftlichen Prüfungen des IMPP 610 Fragen. Die vergleichbare US-amerikanische Lizenzprüfung umfaßt 800 Fragen. Bildungspolitisch ist dieses vorgesehene Prüfungsverfahren um so bedenklicher, weil hier verhindert wird, daß durch Evaluationen ein Bildungszugewinn vorbereitet wird.

Da diese Prüfung im schriftlichen Teil in wesentlichen Abschnitten in die Gestaltungsfreiheit der - bisher unerfahrenen - Fakultäten verlagert werden soll, entzieht sich diese Prüfung sowohl einer Evaluationsmöglichkeit durch die Fakultäten als auch der Verantwortung des IMPP.-

Die mündliche Prüfung in 4 von 24 Studiengebieten entziehen sich auch einer rationalen empirischen Basis, da weiterhin eine Gesamtnote vorgesehen ist, Einzelbewertungen der Studiengebiete wie Anatomie oder Physiologie können, aber müssen nicht, formuliert werden.

Die Regelung und Durchführung der vorgesehenen schriftlichen und mündlichen bzw praktischen großen Prüfung wurde auf dem Symposium (Mainz 1995) kaum ernsthaft beraten.

Die vorgesehenen Regelungen der mündlichen und der praktischen Prüfungen sind undurchsichtig und bisher keinsfalls klar strukturiert, wie etwa in Holland oder England.

In den Reihen der Sachverständigen für den Entwurf-93 wurde zum Beispiel von einem renommierten Wissenschaftler die fragwürdige Auffassung vertreten, die Anatomen könnten künftig auch die Grundlagen der Allgemeinen Pathologie prüfen. Zu dieser völlig unangemessene Auffassung haben - wie zu anderen Planungen - die Fachgesellschaften bisher nicht Stellung bezogen.

Es besteht weitgehend Konsens, daß grundlegende und weitgehend lückenlose Kenntnisse der Pharmakotherapie eine Zulassungsvoraussetzung für den ärztlichen Beruf sein sollten. Die von den Verordnungsgebern in der Vergangenheit und heute veranlaßten bestehenden und kommenden Fehlentwicklungen können an dem Prüfungssystem der Pharmakotherapie deutlich werden: Ein beachtlicher Teil der Studierenden wird heute bis zum Ende ihres Studiums nie in Pharmakotherapie mündlich geprüft. In der Vergangenheit half das IMPP in Mainz vielen Fakultäten bei der Durchführung des Erfolgswegweises von *studienbegleitenden MC-Prüfungen* des Kurses der „Speziellen Pharmakologie“. Zugelassen wurde mit Hilfe dieser Einrichtung von Bund und Ländern eine Mißerfolgsquote von 40%. Der Student, dem aus verschiedenen Gründen die Vorbereitung für das Gebiet von Herz oder Kopf oder Niere nicht möglich war, konnte sich diese Lücke leisten und diese Prüfung bestehen, die zugleich eine Zulassungsvoraussetzung für ein Staatsexamen ist. Auch in späteren Prüfungen waren bei einem großen Teil oder der Mehrzahl der Studierenden die Kenntnisse in Pharmakotherapie von untergeordneter Bedeutung.

In der vorgesehenen ÄAppO geht die Prüfung der „Einführung in Pharmakologie und Toxikologie“ als eine von 24 Studien- und Prüfungsgebieten in 320 MC-Fragen unter und ist nicht evaluierbar. Die Problematik der Studien- und Prüfungsordnung in Pharmakotherapie ist so gravierend, daß man die derzeitigen Diskussionen um Positivlisten als lächerlich und nahezu belanglos einschätzen kann.

Derzeit gewinnt man den Eindruck, daß die im Entwurf-95 vorgesehene fragwürdige Reduktion auf zwei große Examen in den ersten 10 Studiensemestern schon vielerorts als selbstverständlich hingenommen wird, z.B. mit der unzutreffenden Analogie „weil es früher auch so war“ (Bestallungsordnung).

Die Folgen, die sich aus dieser stofflich überfrachteten ersten Studienphase und ersten Prüfungsphase ergeben „gefährden den Lernerfolg für alle Fächer, theoretische wie klinische, da die Vermittlung der Grundlagen des Medizinstudiums nicht gewährleistet ist“

Wenn die Sachverständigen weiterhin die Stoffüberfüllung als nicht nachweisbar einschätzen und in dem neuen Beispielstundenplan von Hardegg¹⁶ die Stundenzahl im ersten Studienabschnitt als zumutbar angeben, so handelt es sich um formale Überlegungen ohne Berücksichtigung inhaltlicher Fragen der Studierbarkeit und der Studienförderung. Hinweise auf frühere Erfahrungen sind empirisch nicht zulässig und nicht begründbar. Argumentationen über die Autonomie der Universitäten bei der Stoffauswahl sind empirisch nicht begründet und widersprechen allen Erfahrungen über die Möglichkeit der Einschätzung von bewältigbaren Studiengebieten

durch die Fakultäten.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß der von politischer Seite erwartete und geforderte „Kernpunkt der nächsten ärztlichen Approbationsordnung, die Neuordnung der Studienerfolgsmessung“¹⁴ nicht gelungen ist. „Effektive und qualitätssichernde Maßnahmen für die Patientenbetreuung“¹⁴ können so nicht erreicht werden.

Die Kostenproblematik der vorgesehenen schriftlichen Prüfungen:

Vermutlich wird von politischer Seite die Reduktion der Hauptprüfungen von 4 auf 3 gefördert, da auch hier die finanziellen Konsequenzen des Entwurfs-95 bedacht werden müssen. Denn es müssen Sparmaßnahmen geltend gemacht werden für die zusätzlichen Kosten, die mit dem Entwurf-95 verbunden sind.

Es ist zu vermuten, daß die Länder nicht bereit sind diese Mehrkosten zusätzlich zu tragen, wenn, wie bisher, 4 große Prüfungen durchgeführt werden. Der Bayrische Oberste Rechnungshof wies in seinem Jahresbericht 1992 darauf hin, daß eine zunehmende Diskrepanz zwischen den zu Verfügung gestellten Mitteln für die Mediziner-ausbildung und reduzierten Studienplätzen bestehe. Im Vergleich zu anderen Studienfächern führe das zu einem zunehmenden Ungleichgewicht, so daß eine weitere Abnahme der Zahl der Medizinstudenten auch finanzielle Konsequenzen haben müßte. (Zitiert nach Grifka 1995¹⁷)
Folgende zusätzlichen finanzielle Belastungen sind einzukalkulieren:

- Selbstbeteiligung der einzelnen Fakultäten an der Erstellung ihrer MC-Prüfungen. Die Dimension dieser finanziellen Belastung ist wohl 7-stellig für das IMPP in Mainz ohne Berücksichtigung des finanziellen Aufwandes, der von den jeweiligen Fakultäten und Landesprüfungsämtern bei den Ländern eingefordert werden wird. -
- Geheimhaltungskosten: Kosten für die Verwaltung der vorgesehenen MC-Fragen des IMPP in Mainz, die künftig geheimgehalten werden sollen. Diese Beträge sind wohl 6-stellig, ohne Berücksichtigung der Kosten an den jeweiligen Universitäten und Landesprüfungsämtern.

Sofern aber die Streichung einer großen Prüfung maßgeblich durch diese Kostenfragen bestimmt wird, sollten diese Problembereiche noch einmal überdacht und abgewogen werden, denn auch die personellen Voraussetzungen der einzelnen Fakultäten für die Erstellung von eigenen MC-Fragen sind bisher ungeklärt. Es kommen dafür nur einige in der Lehre sehr erfahrene Dozenten infrage, die bereit sind langfristig, diese komplizierte Terminarbeit mit hohem fachlichen Anspruch, zu übernehmen. Ansonsten erreichen die universitären Beiträge nicht die Qualität der Fragen des IMPP, die weitüberwiegend von Sachverständigen der Fachgesellschaften geliefert werden.

Wenn aber die Fakultäten nur ihre Wunsch-Themenbereiche nach Mainz senden, um die Fragen dort ausarbeiten zu lassen, wird das gesamte Konzept wohl fehlgeleitet.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß künftig, mehr als bisher, deutlich gemacht werden muß, inwiefern formale oder sachfremde Maßnahmen die inhaltliche Gestaltung des Medizinstudiums bestimmen. Außerdem muß bei künftigen Entscheidungen vorher geklärt werden, ob die personellen, sachlichen, räumlichen und finanziellen Voraussetzungen langfristig gegeben sind, die eine

Verordnung umsetzbar machen. Fehlen diese Voraussetzungen, so werden jene Verhaltensmuster gefördert, mit denen eine Verordnung umgangen wird.

Fragwürdige Analogien zu anderen Ländern

Bei der Argumentation für eine veränderte Prüfungsregelung werden häufig Vergleiche zu ausländischen Prüfungsverfahren angeführt. Eine Übersicht dazu erstellten im Auftrag des Bundesministers für Gesundheit Hardegg und Mitarbeiter¹².

Ein Beispiel: Die vorgesehene Prüfungsordnung im Entwurf-95 kann nicht mit den Prüfungsregelungen an den Medical Schools der USA verglichen werden. Oft wird nicht offengelegt, daß die Studierenden der Medizin dort

- a.) nach dem Abschluß der High School mit einer 4-jährigen College-Ausbildung beginnen, bevor sie ihr Studium an den Medical Schools absolvieren. Diese Pre-Medical Education endet mit einer Abschlußprüfung, dem Bachelor of Arts bzw dem Bachelor of Science-Degree.
- b.) Anschließend werden der Medical College Admission Test durchgeführt und weitere Zulassungsbedingungen für das Studium an einer Medical School geklärt.
- c.) Erst dann beginnt das Studium an einer Medical School mit unvergleichlich geringeren Zulassungsquoten als bei uns. (Siehe Hardegg, 1995)¹²

Lehre behindert die Karriere

Da sich die seit 10-Jahren postulierte Aufwertung der Lehre und Prüfungen als nicht durchführbar erwies, gilt - künftig noch mehr als bisher - für die jüngeren Wissenschaftler die lebensnahe Maxime: Jede Minute für die Lehre behindert die Karriere. Aber auch die Verleihung des Professorentitels erfordert vorwiegend anspruchsvolle fachspezifische Publikationen, die für Vorbereitung von Lehraufgaben eher hinderlich sind. Die in § 2 (6) geforderten studienbegleitenden Leistungskontrollen für Praktische Übungen, Seminar und Gegenstandsbezogene Studiengruppen beruht auf den gleichen Fehleinschätzungen, die uns seit Jahrzehnten verfolgen: Den Fakultäten fehlen vielerorts die Voraussetzungen und die Bereitschaft eine angemessene Leistungskontrolle durchzuführen. Und die Landesprüfungsämter privilegieren die Fakultäten mit der Anerkennung teilweiser fragwürdiger Bescheinigungen. Diese Prüfungswirklichkeit muß geklärt werden bevor diese studienbegleitenden Leistungsnachweise aufgewertet werden und zu einer Begründung der Reduktion einer großen Prüfung angeführt werden.

Die Erwartung des Wissenschaftsrates 1992²¹ „einer unmittelbaren differenzierten Rückmeldung für die Hochschullehrer über Lernerfolge durch ihre Unterrichtsveranstaltungen“ werden nur auf dem Wege der studienbegleitenden Leistungskontrolle (§ 2,6) möglich²¹. Geboten wird dadurch „die Möglichkeit einer kritischen Selbstreflexion mit anschließenden entsprechenden Verbesserungen in der Lehre“. Diese zustimmungspflichtigen Erwartungen des Wissenschaftsrates bedürfen aber keiner Neuen ÄAppO, sie bedürfen des empirischen Nachweises der Durchführbarkeit der derzeitigen ÄAppO, auch aufgrund einer Kostenanalyse. Mit dem § 2 (6) der ÄAppO wird - wie bisher - verordnet, daß „der Studierende

in angemessener Weise gezeigt haben soll, daß er sich die erforderlichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten angeeignet hat, die er in der Praxis anzuwenden weiß.“

Die nicht-angemessene MC-Prüfung als studienbegleitende Leistungsnachweise.

Derzeit werden vielerorts MC-Prüfungen irrtümlich als studienbegleitende Leistungsnachweise durchgeführt. MC-Prüfungen sind aber in mehrfacher Hinsicht in der Regel als Leistungsnachweise für Praktika und Kurse ungeeignet, nicht nur wegen der schlimmen Lernsteuerung. Wenn die Bestehensgrenze (wie bei uns üblich) bei 60% liegt, werden weder Kernwissen noch Lücken erfaßt. Unser bisheriges Prüfungssystem, das MC-Prüfungen des IMPP für Staatsprüfungen zuläßt, geht gesetzlich davon aus, daß die Leistungsnachweise während des Studiums an den Fakultäten angemessen waren, bevor die Studierenden für eine Staatsprüfung zugelassen wurden. Gegen diese Regelung ist nichts einzuwenden, sie gibt Sinn, wenn vorher, im Sinne des Gesetzes, angemessen geprüft wurde. Neben der Unangemessenheit dieser studienbegleitenden MC-Leistungsnachweise sind die kontraproduktive Lernsteuerung und das faktenorientierte Studium zu bedenken¹².

Die Kommission der Europäischen Gemeinschaft gibt in ihrem Bericht über die Beurteilungsmethoden in der medizinischen Grundausbildung (1987) u.a. folgenden Hinweis: Aufgabe der Prüfung ist, den Studierenden *Wissenslücken aufzuzeigen, die geschlossen werden können*. (Zitiert nach Hardegg¹²). Das heißt, daß MC-Formate durch andere formative Prüfungsverfahren ersetzt und ergänzt werden müssen. Die sinnvolle Ergänzung der Prüfungsverfahren an einer Fakultät müßte eventuell in den Aufgabenbereich der Prüfungsbeauftragten nach § 15 (10) ÄAppO einbezogen werden.

Zu den größten Mängeln der Novellierungen der ÄAppO der vergangenen Jahre und zu den derzeitigen Studienreformentwürfen gehört, daß die universitären, hauseigenen MC-Prüfungen weiterhin zugelassen werden, obwohl sie nicht valide und nicht angemessen sind. In dieser Hinsicht bestätigen sich mit vorgehaltener Hand nahezu alle Dozenten:

- Die MC-Prüfung haben an den Universitäten eine negativere studiensteuernde Wirkung als die MC-Prüfungen im Staatsexamen,
- Die große Anzahl der Studenten ist keine Begründung für die Durchführung universitärer MC-Prüfungen und :
- Die Vorteile der MC-Prüfungen hinsichtlich Reliabilität und Objektivität sind bei den universitären kursbegleitenden Leistungsnachweisen absolut belanglos, denn eine bewertende Notengebung findet nicht statt. Eine Trennschärfe ist höchstens bei jenen Ergebnissen zu fordern, bei denen ein Mißerfolg erfaßt werden soll. In dieser Hinsicht sind MC-Prüfungen für das Studium aber untauglich: In einer Studie kamen Newble, Baxter und Elmslie 1979 zu dem Ergebnis, daß besonders der wenig kompetente Studierende mit MC-Prüfungen zu gut eingeschätzt wird²⁸ (Zitiert nach Hardegg 1995¹³)

Ein Gütekriterium von MC-Prüfungen, die Inhaltsvalidität für Faktenwissen, wird hier nicht in Frage gestellt.

Die studienbegleitenden Leistungsnachweise mit MC-

Prüfungen stören nachhaltig das Lernverhalten der Studierenden. Jedoch die schlimme Rolle der hausinternen MC-Leistungsnachweise an den Universitäten wird nicht von dem Entwurf-95 thematisiert, selbst nicht von vielen Hochschullehrern, die sich über die staatlichen MC-Prüfungen beklagen.

Die Problematik der nicht angemessenen universitären MC-Prüfungen muß immer wieder hervorgehoben werden. Die in dem Entwurf-95 vorgesehene Reduktion der 4 großen Prüfungen auf 3 große Prüfungen darf sich daher nicht auf studienbegleitende Leistungskontrollen berufen, solange die Universitäten nicht zu einer angemessene Leistungskontrollen in der Lage sind. Unabhängig davon muß dem Studierenden die Gelegenheit gegeben werden, die Stoffgebiete vertieft und umfangreich zu studieren, die er bei den Leistungsnachweisen in geringem Umfang, ohne Vertiefung und ohne weitere Zusammenhänge kennengelernt hat. Daher sind die großen Prüfungen - in anderer Form als bisher - zweckdienlich.

Richtungweisend für unser Prüfungssystem können jene vielen Studenten sein, die nicht wagen laut zu bekennen, daß sie mit großer Dankbarkeit und Freude ihre großen Examina vorbereitet haben, es waren für sie Erlebnisse, „wie bei einer großen Ernte“. Diese Studienfreuden werden verhindert, wenn den Studierenden a.) zu wenig Zeit zum Selbststudium gewährt wird, wenn sie b.) hausinterne MC-Leistungsnachweise pauken müssen und dann c.) ein großes Examen zu leisten haben mit einer nicht zu bewältigenden Stoff-fülle, wie es der Entwurf-95 vorbereitet.

Das notwendige Ziel: Eine empirisch begründete Struktur- und Studienreform.

Eine empirisch begründbare Struktur- und Studienreform²⁹ ist ein Leitgedanke, der künftig vorrangig gültig sein sollte für die Planung eines Curriculums, in dem das bisherige vorklinische und klinische Studium verbunden werden soll. Alle Entwürfe, die diese Praemisse nicht berücksichtigen oder behindern - wie der Entwurf-95 - sollten überarbeitet werden. Dies muß auch für die nicht-universitäre medizinische Ausbildung im Pflegepraktikum und der Famulatur gelten. Es ist „notwendig“ eine wissenschaftlich fundierte Planung und Gestaltung³⁰ des medizinischen Curriculums in einer übersichtlichen ersten Studienphase zu beginnen. Aber ohne eine systematische Erforschung der handlungssteuernden und qualifikationsregulierenden Funktionen des tatsächlich existierenden medizinischen Curriculums und des Prüfungssystems erscheint eine wissenschaftlich fundierte Planung und Gestaltung dieses komplizierten System für die Zukunft kaum möglich.^{31 32}

Bisher fehlen jedoch an den Fakultäten jene Strukturen und Instrumente, die einer Sicherung der Qualität der Ausbildung zum Arzt dienlich sind.^{33 34} Der Personenkreis, der sich mit Qualitätssicherungsverfahren in der Ausbildung befaßt, ist sehr begrenzt, daher wurden bisher diese Fragen bei der Diskussion des Entwurfes-93 weitgehend vernachlässigt.

Zu den wenigen empirischen Untersuchungen über das Medizinstudium im Allgemeinen gehören die vom Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft

veranlaßten bundesweiten Erhebungen über „Das Studium der Medizin“ von 1983 bis 1993. Für den Bundesminister für Bildung und Wissenschaft Prof. Laermann⁵ machte diese Studie 1994 vor allem deutlich, daß sich die Studierenden der Medizin in einer besonders widersprüchlichen Lage befinden:

1.) Einerseits sind sie, was Fachwahlsicherheit, Leistungsbereitschaft und -fähigkeit sowie Zügigkeit des Studienabschlusses im Vergleich zu den Studierenden anderer Fächer angeht, die „idealen Studenten“, die sich jede Universität wünscht.....

2.) Andererseits ist die Kritik der Medizinstudenten an der

- * inhaltlichen Ausgestaltung des Lehrstoffes und
- * dessen Vermittlung, / Lehrqualität
- * am sozialen Klima,
- * an Betreuung,
- * Praxisbezug und
- * Prüfungsmodalitäten, sowie an der

Berufsvorbereitung im Vergleich zu anderen Fächern besonders ausgeprägt..... Auch im Hinblick auf die Lehrqualität hat sich von 1983 bis 1993 nichts geändert. Die Humanmedizin belegt mit dem Fach Rechtswissenschaften in der studentischen Beurteilung weiterhin den 25. und damit den letzten Rangplatz unter den Fächern der Universitäten.

Dieses Ergebnis verweist auf ein defizitäres Qualitätsmanagement seitens der medizinischen Fakultäten.

Erster Regelungsbereich für die empirisch begründbare Studienreform:

Die erste Studienphase.

Es erscheint geboten, die erste Phase des Medizinstudiums als einen der wichtigsten Regelungsbereiche für ein Curriculum zu betrachten. Denn die qualifikationsregulierenden Wirkungen der Ausbildungs- und Prüfungssysteme prägen im Studienbeginn - synergistisch mit den von Studenten mitgebrachten Begabungen und leistungsmotivierten Verhaltensweisen - die Studierenden für das weitere Studium.

Daher sollte der Verordnungsgeber jetzt bei einer Strukturreform des Medizinstudiums sofort bei der Planung eines neuen Curriculums, insbesondere bei der Planung der ersten Studienphase, jene Voraussetzungen berücksichtigen, die künftig förderlich für die Erforschung der Beziehung zwischen Unterrichtstheorien, Unterrichtsorganisation und erreichten Qualitätsmerkmalen sind. Werden diese Voraussetzungen mit der neuen ÄAppO nicht geschaffen oder gar wie mit dem Entwurf-95 verhindert, so ist weiterhin allen unterschiedlichen Meinungen und Entscheidungen, die teilweise einem blinden Empirismus und anekdotischen Erfahrungen entstammen, der Weg geebnet. Der Verordnungsgeber ist politisch beauftragt mit seinen Verordnungen einen Bildungszugewinn über das zu regeln, was er regeln muß.

Die Planung von Qualitätssicherungsverfahren.

In allen Bereichen des Gesundheitswesens werden heute Qualitätssicherungsverfahren eingeführt oder sind schon maßgebend für unterschiedliche Bewilligungsverfahren. Im September 1995 fand in Würzburg das 2.Fachsymposium der Bundesärztekammer statt unter dem

Titel: „Qualität und Qualitätssicherung der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung“³⁵. Bisher sind an den Fakultäten keine Ansätze zu besserer Sicherung der Ergebnisqualität der Ausbildung zum Arzt erkennbar³⁶. Die Nutzung wissenschaftlicher Evaluationen bei der Durchführungen von Innovationen an verschiedenen Fakultäten unter vergleichbaren Voraussetzungen für neue Planungen wurde schon 1991³⁷ hervorgehoben.

Gefragt sind künftig praktikable Instrumente zur Leistungsmessung und Qualitätssicherung, die in dezentraler Verantwortung bei den Instituten und Abteilungen liegen aber zentral in der Fakultät konzipiert werden von Studiendekanaten, deren Einrichtung 1994 vom Medizinischen Fakultätentag in gefordert wurden. Extern könnten diese Planungen vom IMPP durch Amtshilfe begleitet werden.

Die Überprüfung eingeführter Qualitätssicherungsverfahren auf ihre Wirksamkeit muß künftig in Zusammenarbeit mit anerkannten professionellen Arbeitsgemeinschaften für Qualitätssicherung erfolgen. Leitlinien für Qualitätssicherungsverfahren sind etabliert. Einige Vorarbeit für diese Verfahren wurde schon geleistet (Siehe: Netzwerk 1993³⁸ und Eitel, 1994a³⁹, 1994b⁴⁰, 1994c³⁰)

Die Maßnahmen für die Qualitätssicherung müssten von Qualitätszirkeln langfristig mit festzulegenden Qualitätsstrategien geregelt werden.

Regelungsbereiche der Qualitäten,

Man unterscheidet verschiedene Regelungsbereiche der Qualitäten, die jeweils ein subjektives Merkmal darstellen. Qualität bezieht sich hier nur auf Personen.

A*) **Das Qualitätsmanagementsystem** erfordert, daß Basisabläufe erfaßt und dargestellt werden in vorgegebenen Rahmenbedingungen = Strukturen. B*) **Die Strukturqualität** ergibt und entwickelt sich aus den vorhandenen Mitteln, die zu der Qualität führen sollen. Die verschiedenen Ebenen des Studierens, wie Lernmittel, Zeit, Stundenplan, Lehrpersonen, Evaluationsverfahren und sonstige Rahmenbedingungen beschreiben einen Zustand der Struktur. Es müssen Voraussetzungen geschaffen werden, daß sich Beziehungen entwickeln können zwischen Ausbildungstheorien und der Organisation bzw der Studienplanung.

Instrumente zur Erfassung der Prozess- und Ergebnisevaluation begründen die Rückmeldung für die Studien- und Unterrichtsgestaltung bzw -planung.

Eine Basis für die Strukturqualität des neuen Curriculums des BMG-Entwurfes 95 ist wegen der Vielfalt der Stoffgebiete und wegen der langen Zeitdauer der ersten Studienphase kaum zu ermitteln. Daher fehlen Ansätze für eine formative Evaluation der Prozess- und Ergebnisqualität.

Die zeitliche Dimension: Die Ergebnisse der ersten Absolventen nach 5 Semestern liefern eine zu späte Rückkoppelung zu Entscheidungen für den wichtigen Studienbeginn. Professoren wenden sich berechtigterweise ab, wenn ihnen Ergebnisse über ihre Lehrtätigkeit nachgewiesen werden, die mehrere Jahre zurückliegen, wie es nur mit dem Entwurf-95 möglich wäre.

Die Anzahl der Lehrpersonen im vorgesehenen 5-semestrigen ersten Studienabschnitt erfordert eine zu

umfangreiche, nicht mehr übersichtliche, Koordination. Der Aufbau der Studieninhalte läßt sich kaum überblicken, ist schwerlich konsensfähig und läßt sich daher schwerlich weiterentwickeln.

C*) **Die Prozessqualität** berücksichtigt die Qualität der Zusammenarbeit der Teilnehmer, auch das Klima. Die Prozessqualität ist nicht ergebnisorientiert. Studienabläufe können verbessert werden, der Wandel erfolgt in der Regel schrittweise. Beispiele:

Ziel: Entlastung von Lernstoff: Ein frühzeitige große Prüfung entlastet nach der Prüfung von Lernstoff und fördert den anschließenden Lernprozess, wenn auf den vorher erarbeiteten Lerngegenständen aufgebaut werden kann. Die Dozenten und Studenten wissen dann, was voraussetzend ist. (Das Prinzip Lernen: Lindsay und Norman 1977⁴¹). Die zu späte Hauptprüfung nach dem 5. Semester verhindert ein frühzeitiges Basiswissen.

Problemorientiertes Lernen. Nach einer frühzeitigen großen Prüfung wird den Fakultäten, die Einrichtung von Arbeitsgruppen für problemorientiertes Lernen (POL) ermöglicht. Denn dann haben die Studierenden vergleichbare Voraussetzungen. Diese Studienweise in POL-Gruppen ist äußerst erschwert, wenn die Studierenden in der ersten Studienphase sehr unterschiedliche Voraussetzungen in die Arbeitsgruppe einbringen.⁴²

Es wird sich auch bei Tutoren und Dozenten wenig Bereitschaft finden, problemorientierte Arbeitsgruppen in einer ersten Studienphase zu leiten, deren Studenten sehr unterschiedliche Voraussetzungen für dieses Studium haben. Auch werden leistungsfähige Studierende kontraproduktiv reagieren, wenn sie mit Studenten zusammenarbeiten müssen, die wenigen Voraussetzungen mitbringen um Probleme zu lösen und die damit den Problemlösungsprozess erschweren und verlangsamen. Bisherige Erfahrungen mit POL-Gruppen sind wenig informativ, weil es sich nur um Freiwilligengruppen handelte oder es handelte sich um POL-Gruppen nach der Ärztlichen Vorprüfung, die schon ein gewisses Basiswissen haben.

Mit dem Entwurf-95 werden daher die Möglichkeiten für ein sinnvolles Arbeiten in POL-Gruppen erst mit dem 6. Studiensemester beginnen. In dieser Studienphase verwirklicht sich aber die problemorientierte Arbeitsmethode zu spät.

D*) **Die Ergebnisqualität** beschreibt das Resultat, damit die Studieneffizienz d.h. einen raschen und zugleich fachlich gesicherten Studienabschluß³ in einzelnen Studienabschnitten.-Anzustreben ist eine Untersuchung der späteren ärztlichen Kompetenz nach Studienabschluß und nach der Absolvierung einer gewissen Epoche ärztlicher Tätigkeit.

Die nicht-universitäre Ausbildung vor und während der ersten Studienphase.

Erste Hilfe und Krankenpflegedienst.

Die Ausbildung in Erster Hilfe (§ 5) und das Krankenpflegepraktikum (§ 6) gehören - wie die Famulatur - zur ärztlichen Ausbildung aber nicht zum Medizinstudium. Verantwortlich sind bisher für diese Bereiche nicht die Universitäten, sondern Stellen nach dem jeweiligen

Landesrecht. Der Nachweis dieser absolvierten Dienste ist - wie bisher - eine Voraussetzung für die Zulassung zum ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung

Erste Hilfe

Gemäß § 5 (5) ÄAppO werden auch von den Fachbereichen Kurse in Erster Hilfe angeboten und in geeigneter Weise weiterentwickelt.

Anzustreben ist, daß diese Erste Hilfe langfristig den Universitäten zugeordnet wird und die Zuständigkeit der verschiedenen Hilfsdienste für diese Ausbildung reduziert wird. Die finanzielle Beteiligung aus öffentlichen Mitteln sollte offengelegt werden um diese Mittel von den Hilfsdiensten an die Fakultäten zu verlagern.- Auch hier sollte die Maxime gültig sein: „Auf den richtigen Anfang kommt es an.“

Krankenpflegepraktikum.

Die vorgesehene Verlängerung des Krankenpflegedienstes auf drei Monate ist unbegründet und fördert theorieloses studentisches Handeln. Erst wenn Untersuchungen über Studierende, die z.B. im Zivildienst in der Krankenpflege tätig waren, Hinweise ergeben, daß damit sinnvolle Voraussetzungen für künftige Ärzte vermittelt werden, dürfte eine Verlängerung begründbar sein.

Studierende der ehemaligen DDR sehen keinen Vorteil in einem langen Pflegepraktikum. Der vom Wissenschaftsrat 1992 gegebene Hinweis auf eine Verlängerung des Krankenpflegevorpraktikums und der Hinweis auf das in der DDR für 12 Monate obligatorische Praktikum mit der Begründung, der Studierende solle sich mit dem künftigen Berufsbild vertraut machen und den Berufswunsch überprüfen, ist nicht nur fragwürdig, sondern wohl auch in mehrfacher Hinsicht unbegründet.

A.) Berufsbild: Der Praktikant soll nur ausnahmsweise bei ärztlichen Visiten dabei sein, er sollte sich der Pflegeseite widmen. Der Praktikant soll nicht mit der obigen Berufsbilderwartung im Operationssaal verschwinden, sondern die Pflege begleiten, um Verläufe beobachten zu lernen.

B.) Fehlende Lernziele: Bevor an diesem sehr problemreichen Praktikum etwas geändert werden soll, müßten mit Schwestern und Pflegern Lernziele aufgestellt werden.

C.) Eine Überprüfung des Berufswunsches, wie vom Wissenschaftsrat (1992) dargestellt²⁰, kann sich nicht im Krankenpflegepraktikum ergeben. Denn ärztliche Bereiche werden von den Praktikanten in der Regel nur gegen den Willen des leitenden Pflegepersonales erfahren.

Nach zuverlässigen Informationen war der 12-monatige Krankenpflegedienst in der DDR wohl nie ein Grund, einen anderen Berufswunsch zu entwickeln.⁴³

Die Neigung der Studierenden, dieses auf drei Monate verlängerte Praktikum als Härtestest zu betrachten, wurde schon in früheren Beratungen der Entwürfe bei Novellierungen der ÄAppO gefördert.- Anzustreben ist aber dieses Praktikum nicht als Härtestest und Pflichtübung wie einen zweiten Bundeswehrdienst zu absolvieren, sondern vorwiegend den Kranken unmittelbar mit seinem Leiden zu begleiten und die Wirkung der oft fragwürdigen Haltung der Ärzte und Medizinalberufe auf das persönliche Schicksal mitzu-erleben und in Erinnerung zu bewahren. Der Praktikant sollte nicht zur Gruppe der ärztlichen Visite gehören, sondern neben dem Patienten

begleitend teilnehmen.

Daher ist es zu empfehlen, dieses Praktikum erst zu erweitern oder neu zu strukturieren, nachdem sich Kollegen der Medizinischen Psychologie und Soziologie mit der Weiterentwicklung dieses Praktikums befassten. Faktoren des sozialen Umfeldes und psychische Elemente müssen langfristig - mehr als bisher - von der klinischen Psychologie und Soziologie in der Ausbildung berücksichtigt werden.

Viele Studierende gewinnen bei diesem Praktikum erstmalig Eindrücke und fragwürdige Orientierungen über das Gesundheitswesen ohne jegliche Möglichkeit der akademischen Aufarbeitung oder Korrektur.

Die Fehlorientierung durch das derzeitige Pflegepraktikum, hin auf den Krankenhausdienst, läßt sich später schwer korrigieren, zumal diese Fehlorientierung auf den stationären Bereich auch im Medizinstudium gefördert wird: Die Zukunft des künftigen Arztes wird aber weitüberwiegend nicht in der Krankenhausmedizin liegen, sondern im Hausarztbereich, der präventiven Medizin, der Rehabilitation und im ambulanten Pflegebereich.

Die Ausrichtung des Studiums auf die Krankenhausmedizin ist nicht Ziel der ÄAppO.

Sozialstationen

Das kommende Gesundheitsstrukturgesetz führt zu neuen Finanzierungsformen im Gesundheitswesen, bei denen die Krankenhäuser die Hauptlast der Einsparungen tragen werden. Der neue Grundsatz: „Soviel ambulant wie möglich, so viel stationär wie nötig“ wird künftig zu einer erheblichen Umschichtung der Krankenversorgung im nicht-stationären Bereich führen.

Es empfiehlt sich eine Erweiterung des Spektrums dieses Pflegepraktikums auf Sozialstationen.

Folgende Ergänzung sollte im § 6 der ÄAppO berücksichtigt werden:

„Ein Teil des Krankenpflegedienstes kann auf einer Sozialstation geleistet werden“.

„Die Eignung dieser Stellen für ein solches Praktikum wird von der zuständigen obersten Landesbehörde oder einer von ihr beauftragten Behörde anerkannt“

Eine derartige Regelung sollte grundsätzlich befürwortet werden. Wenn ein Land mit dieser Regelung nicht einverstanden ist, soll es keine Sozialstation für diese Zwecke anerkennen, aber die Richtung nicht behindern. Vorerst ist eine „Kann-Regelung“ geboten, da sehr wenige Sozialstationen bereit sein werden, studentische Praktikanten zu übernehmen. Vielerorts ist die Kapazität für Auszubildende aus dem Pflegebereich nicht hinreichend. Daher ist der Vorschlag von Schuster⁴⁴, einen Teil des Pflegepraktikum der Medizinstudenten auf einer Sozialstation als Muß-Regelung einzuführen, wohl verfrüht.

Schlußbetrachtung:

In vielen Ländern beteiligen sich die medizinischen Ausbildungsstätten intensiv an Diskussionen, deren Inhalte sich auf die Anforderungen an die Lehre und der Lerninhalte konzentrieren sowie auf Lernziele und die Leistungssteigerung beim Erwerb von Kenntnissen, Fähigkeiten, Fertigkeiten und Einstellungen. Währenddessen werden bei uns in Deutschland vor allem Kapazitätsverordnungen, Gerichtsurteile und die bundes-

einheitliche MC-Prüfungen diskutiert.⁴⁵ Zwei internationale Tagungen 1994 zum Thema Studienreform im Medizinstudium wurden kürzlich nahezu ohne deutsche Hochschullehrer abgehalten: Es beteiligten sich in Toronto (Kanada) und gleich anschließend im benachbarten Hamilton an der Universität McMaster nur 5 deutsche Teilnehmer, davon kamen 3 aus Berlin.⁴⁶

Programme ohne tragende Personen.

Der vorliegende Entwurf-95 des BMG enthält grundlegende Reformen im Medizinstudium ohne daß in der Bundesrepublik eine ausreichende Anzahl von Professoren sichtbar ist, die diese Entwicklung selbst tragen kann und will. Innovationen kann man aber nicht delegieren, sondern muß sie beobachtend und korrigierend begleiten. Verordnete Reformen ohne mögliche empirische Basis sind zum Scheitern verurteilt und bieten nur die Voraussetzung, daß in 10 Jahren wieder eine Studienreform verordnet wird.

Die medizinischen Fakultäten stehen im kommenden Jahrzehnt vor einer großen Anzahl von grundlegenden Reformen und laufen in die Gefahr, neben Forschung, und Krankenversorgung das Ausmaß der verordneten strukturellen Veränderungen in der Lehre nicht mehr richtig einschätzen zu können: In den kommenden 10 Jahren werden 70% der Hochschullehrer ausgewechselt werden: Diejenigen, die gehen müssen, werden für eine kommende Studienreform nicht mehr viel vorbereiten. Sie werden weiterhin davon ausgehen, daß ein fächerintegriertes Studium erst nach der Vermittlung der fachspezifischen Denkweisen und der fachspezifischen Sprache möglich sein wird. Denjenigen jüngeren Kollegen aber, die an die Fakultäten neu berufen werden, wird diese Karriere nur gelingen, wenn sie sich möglichst nur um ihr Fortkommen in der Forschung kümmern werden.

Bund und Länder haben zwar Drittmittel angesagt, wenn Studienreformen an einzelnen Fakultäten vorbereitet werden (Grifka 1993⁴⁷). Aber die derzeitigen unausgereiften Rahmenbedingungen der Entwürfe des BMG, die ungeklärten Prüfungsprobleme sowie die notwendigen Entscheidungen zur Erhöhung des Curriculumnormwertes bieten vorerst schlechte Voraussetzungen konzeptionell tätig zu werden.

Curriculum 3+X

Wir werden im folgenden Artikel dieses Heftes die Vorbereitung der medizinischen Fakultäten für mehrgleisige Curricula empfehlen.⁴⁸ Nach dem bisherigen Curriculum 4+2+4+PJ ergibt sich eine daraus ableitbare Weiterentwicklung 3+X, mit mindestens 2 Curricula (A, B), die als gemeinsames Merkmal eine 3-semesterige erste Studienphase haben, an die sich jeweils zwei weitere Studienphasen und das Praktische Jahr anschließen.

A.) Das konservative Curriculum enthält die Studienphasen 3+3+6+PJ.

B.) Das progressive Curriculum ist durch eine 6-semesterige 2. Studienphase gekennzeichnet, enthält somit das Modell: 3+6+1+PJ.

Anschließend eröffnen sich weitere Gestaltungsspielräume.

Literatur

¹ Fleischhauer, K. (1993): Leseforum: Reform des Medizinstudiums. MittHV 5. 338.

² Fachtagung Medizin. Göttingen 30.1.1994.

Sekretariat: Klinikum Benjamin Franklin
Hindenburgdamm 30 / 12 200 Berlin

³ Clade, Harald (1995): Reform des Medizinstudiums: Ringen um Details. In: Deutsches Ärzteblatt 92, 25/26, B-1344-1345.

⁴ Bundesratsbeschlüsse vom 7.11.1986: Drucksache 372/86 und vom 21.12.89: Drucksache 632789.

⁵ Bargel, Tino und Ramm, Michael (1994): „Das Studium der Medizin.“ Herausgegeben vom Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft Bonn. K.H. Bock Verlag Bad Honnef.

⁶ van de Loo, Jürgen. Zur Reform des Medizinstudiums. Die Leitlinien des Wissenschaftsrates MittHV 4/93. 231-234

⁷ Silbernagl, Stefan. (1993) Stellungnahme zur Reform des Medizinstudiums. Zu den Leitlinien des Wissenschaftsrates MittHV 4/93, 236 - 238

⁸ Murrhardter Kreis (1988). „Zwölf Thesen zur Reform der Medizinischen Ausbildung“. In Deutsches Ärzteblatt, Heft 1-2.

⁹ Murrhardter Kreis. Hg: Robert Bosch Stiftung. (1995). Das Arztbild der Zukunft. Analyse künftiger Anforderungen an den Arzt. Konsequenzen für die Ausbildung und Wege zu ihrer Reform. 3., vollständig überarbeitete Auflage. Bleicher Verlag Gerlingen.

¹⁰ Diskussionsentwurf eines Gesetzes zur Änderung der Bundesärzteordnung und zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte, Stand: 21.12.1993.

¹¹ Schagen, U. (1993): Die Arbeit der Sachverständigen-Gruppe zu Fragen der Neuordnung des Medizinstudiums beim Bundesminister für Gesundheit. Medizinische Ausbildung 10/2: 139-142

¹² Hardegg W, Schäfer M, Nelle A, und Richterich A.: Untersuchung ausländischer Prüfungssysteme im Studiengang Medizin im Zusammenhang mit den Diskussionen zur neuen Approbationsordnung für Ärzte. Adresse der Planungsgruppe Medizin: Prof. Hardegg, Bergheimer Straße 20. 69115 Heidelberg

¹³ Druck in Vorbereitung.

¹⁴ Programmheft zu „Prüfungsmethoden in der medizinischen Ausbildung und der Einfluß von Prüfungen auf Lehre und Lernen- Internationales Symposium.“ Mainz 29.-30.6.1995. Seite 4

¹⁵ Hardegg, W. (1995) Erläuterungen zu den Entwürfen der Approbationsordnung für Ärzte. Stand 1.2.1995.

¹⁶ Hardegg, W. (1995) Erläuterungen zu den Entwürfen der Approbationsordnung für Ärzte. Stand 16.5.1995.

¹⁷ Wirsching, Michael (1993): Grundlegende Neuordnung des Medizinstudiums. MittHV 4/ 93.

¹⁸ Education Committee of the General Medical Council (1983): Recommendations on Undergraduate Medical Education. Tomorrow's Doctors: Principal Recommendations. - Issued in pursuance of Section 5 of the Medical Act 1983 und 1993

- ¹⁹ Bundesministerium für Gesundheit (12.11.1992),
Anlage zu: Vorschläge zur Gestaltung des
Medizinstudiums der Sachverständigengruppe zu
Fragen der Neuordnung des Medizinstudiums.
Az. 315 - 4331 - 0/43 B.
- ²⁰ Bericht der Sachverständigengruppe (Kurzfassung) zu
Fragen der Neuordnung des Medizinstudiums
beim Bundesminister für Gesundheit (März 1993)
mit Änderungen aus der letzten Sitzung am
22.3.93.(Protokollfassung nicht autorisiert)
- ²¹ Wissenschaftsrat. (1992) . Leitlinien zur Reform des
Medizinstudiums. Bremen, 3.7.1992.
- ²² Netzwerk (1993) Positionspapier zur Reform der
Medizinischen Ausbildung. Med. Ausbildung
10/2: 123-128
- ²³ Bildungspolitische Erklärung der Regierungschefs der
Länder vom 29.Oktober 1993
- ²⁴ Senatsverwaltung für Wissenschaft und Forschung des
Landes Berlin (1993) Referat IV A:
Arbeitshilfe für die Erstellung von
Hochschulprüfungsordnungen.
- ²⁵ Bericht der Sachverständigengruppe (Kurzfassung) zu
Fragen der Neuordnung des Medizinstudiums
beim Bundesminister für Gesundheit (März 1993)
mit Änderungen aus der letzten Sitzung am
22.3.93.(Protokollfassung nicht autorisiert)
- ²⁶ Bochnik, H.J.; K.Georgi; J. Spranger. (1987): Ausbil-
dungsnotstand Medizin: Beispiel Psychiatrie und
Pädiatrie. Dt. Ärztebl. 84 B905-B908 und B965-
B966 und J.Boelcke, G.: (1986) Dtsch.Med.
Wschr. 111, 962.
- ²⁷ Grifka, J (1995): Reformbestrebungen - Mögliche
Realisierung und Auswirkungen auf den
Studienbetrieb
- ²⁸ Newble DI, Baxter A, Elmslie RG (1979): A comparison
of multiple-choice test and free-response test in
examinations of clinical competence.
Medical Education 13: 263-268.
- ²⁹ Eitel, F.(1993) : Die Studienreform ist tot, es lebe die
Studienreform. Medizinische Ausbildung 10/2,
114-122
- ³⁰ Eitel, F. 1994c) Die Erfassung der Lehrqualität - Modell
zur Sicherung der Strukturqualität in der Gesund-
heitsversorgung. In: Seibert N, Serve HJ [Hrsg].
Bildung und Erziehung an der Schwelle zum
dritten Jahrtausend. Multidisziplinäre Aspekte,
Analysen, Positionen, Perspektiven. Pi - Verlag
München. Seite 1230-1270
- ³¹ Eitel, F. M.Prenzel, L.Schweiberer, H.C. Lyon. (1993)
Quality assurance of education in surgery. I.)
Approach to improving ist quality. In: Theor
Surg8:194-202.
- ³² Eitel, F. M.Prenzel, L.Schweiberer, H.C. Lyon. (1993)-
Quality assurance of education in surgery. II.)
Evaluation approach assessed by meta-
evaluation.- In: Theor Surg 9:1-9.
- ³³ Eitel, F.(1992a) Die Ausbildungsmisere. In: Schreiberer
et al. [Hrsg]. Akademische Chirurgie, Springer
Verlag, Berlin S.123-133
- ³⁴ Eitel, F.(1992b) Wege zur problemorientierten
studentischen Ausbildung und deren Evaluation
In: Schreiberer et al. [Hrsg]. Akademische
Chirurgie, Springer Verlag, Berlin S.235-251
- ³⁵ Bundesärztekammer. 2.Fachsymposion für ärztliche
Dozenten. Qualität und Qualitätssicherungs-
verfahren der ärztlichen Aus-, Weiter und
Fortbildung. 22.und 23. September 1995.
- ³⁶ Gebert, G.; (1994): Die Reform der Ausbildung zum
Arzt. In: Medizinische Ausbildung 11/2:138-147.
- ³⁷ Habeck, D. (1991) Innovationen der Ärztlichen
Ausbildung : Ergebnisse einer IfAS-Umfrage
Medizinische Ausbildung 8/1:39-41
- ³⁸ Das Netzwerk (1993). Positionspapier zur Reform der
medizinischen Ausbildung. In: Medizinische
Ausbildung 10/2, 123- 138
- ³⁹ Eitel,F (1994a) Das Münchner Curriculare Innovations-
projekt (M-CIP) - eine Fallbeschreibung. Meducs
3. 8-15
- ⁴⁰ Eitel, F.(1994b) Qualitätsmanagement - eine Kosten-
vermeidungsstrategie? Alert (Suppl 1/94):58-61
- ⁴¹ Lindsay, P.H. and Norman, D.A. (1977) Human Infor-
mation Processing. Academic Press. New York
- ⁴² Busse,R und Schmidt,Ch.(1993). Bericht: Fifth Ottawa
International Conference on Assessment of
Clinical Competence in Dundee 1992.
Medizinische Ausbildung 10/2: 171-178
- ⁴³ Persönliche Mitteilung von einer in der DDR leitenden
Person, die mit dieser Fragestellung befaßt war.
- ⁴⁴ SPD-Vorschlag zur völligen Neustrukturierung: Reform
des Medizinstudiums.(1995). In: Deutsches
Ärzteblatt 92, Heft 12, C-529.
- ⁴⁵ Heimpel, Hermann (1993) Gestaltungsrecht und
Gestaltungspflicht der Universitäten als
Voraussetzung zur Reform der medizinischen
Ausbildung. MittHV 4, 244- 247
- ⁴⁶ Burger,W und Haller, R.(1994): Reform des Medizin-
studiums .- Berliner Ärzteblatt 10, 28.
- ⁴⁷ Grifka, J (1993) Stellenwert der Lehre in der Mediziner-
ausbildung.
- ⁴⁸ Schimmelpfennig,K. , Breyer,S. Eitel, F. , Hartmann,K.
Koennecke, L.-A., Mertens, A. (1995) : Das
Curriculum §+X, ein Entwurf für eine neue
ÄAppO. Medizinische Ausbildung 12/2.
- ⁴⁹ Schimmelpfennig, K; Breyer, S.; Hartmann, K.;
Koennecke, L.-A.; Mertens, A.: (1995) Entwurf
eines neuen Curriculums für die ÄAppO: Das
Curriculum „3 plus X“- Vortrag auf der Tagung
der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung
Dezember 1995 in Frankfurt/M und
Hardegg,W; . Schimmelpfennig,K; Eitel,F.
(1995) Podiumsdiskussion: „Wie lange soll die
erste Phase des Studiums dauern: 5 oder 3
Semester ?“.Tagung der GMA am 15.6. 1995 in
Göttingen -
Prof. Dr.med.K. Schimmelpfennig ,
Institut für Toxikologie und Embryonal-
pharmakologie der Freien Universität
Garystr.5, D-14194 Berlin