

# MEMORANDUM DER GESELLSCHAFT FÜR MEDIZINISCHE AUSBILDUNG ZUR NEUREGELUNG DES MEDIZINSTUDIUMS IN DEUTSCHLAND

## 1. Stand der Reform

### 1.1 Der Reformauftrag

Der Bundesrat hat als verantwortliches Organ 1986 das Bundesministerium für Gesundheit aufgefordert<sup>1</sup>, das Medizinstudium nach definierten Maßgaben<sup>2</sup> neu zu ordnen.\*

Der Bundesgesundheitsminister (BMG) berief infolgedessen am 20.09.1989 eine Sachverständigengruppe zu Fragen der Neuordnung des Medizinstudiums. Ihre Aufgabe bestand darin, einen Entwurf für eine neue Approbationsordnung zu erarbeiten, die eine „grundlegende Neuordnung“<sup>2</sup> des Medizinstudiums bewirken sollte.

In einer weiteren Er~~sch~~ließung des Bundesrates<sup>3</sup> im Jahre 1989 wird die damals gerade in Kraft tretende und heute noch gültige 7. Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO VII) als Sofortmaßnahme bezeichnet, der eine „grundlegende Neuordnung“ nachfolgen sollte.

Aber nicht nur der Verordnungsgeber, zahlreiche andere Institutionen und Personen befassen sich mit der Studienreform (z. B. Murrhardter Kreis (1995)).

### 1.2 Die Entwürfe der ÄAppO

Der Entwurf der Sachverständigengruppe beim BMG lag am 21.12.1993 vor<sup>4</sup>. Er wurde am 23.12.1993 betroffenen Parteien<sup>5</sup> zur Stellungnahme zugeleitet. Dieses Bemühen des BMG um Konsens war, - wie schon zuvor das Bemühen um Abstimmung durch Einberufung einer Sachverständigengruppe aus den betroffenen Parteien - bei den vorausgehenden Novellierungen der ÄAppO in diesem Umfang nicht gegeben gewesen, und stellte demzufolge eine beachtenswerte Verfahrensänderung dar.

Allerdings fand dieser Entwurf von 1993 breite Ablehnung, die sich zum Teil auf Verfahrensfragen bezog, im wesentlichen aber inhaltlicher Natur war<sup>6</sup>. Daraufhin wurde auf Länderinitiative hin (vgl. Stellungnahme der AGLMB vom 22.02.1994) die sog. Bund-Länder-Sachverständigen-Arbeitsgruppe gebildet<sup>7</sup>, mit der Aufgabe, den ersten Entwurf zu überarbeiten. Der zweite Entwurf lag dann am 21.12.1995 vor und wurde am 20.01.1996 zur Stellungnahme verschickt. Er wurde unterschiedlich aufgenommen<sup>8</sup> (vgl. Tab. 2 im Anhang). Auffällig ist, daß ein großer Teil der unmittelbar Betroffenen (MFT, Studentenschaft, HRK, AWMF) den Entwurf ablehnte, während andere Parteien zustimmend oder neutral bzw. abwartend mit weiterführenden Alternativvorschlägen reagierten<sup>9</sup>.

Im September 1996 legte nun eine vom Medizinischen Fakultätentag (MFT) gebildete Präsidialkommission „Empfehlungen zur Neufassung der Approbationsordnung für Ärzte“ vor und bezog damit folgende Position: „Sie [die Präsidialkommission] stellt fest, daß zur Verbesserung der Ärztlichen Ausbildung eine Neuordnung des Medizinstudiums wünschenswert ist. Um in absehbarer Zeit die gewünschte Verbesserung tatsächlich zu erzielen, hält sie weder Nachbesserungen der bestehenden Approbationsordnung noch partielle Korrekturen des vielfach kritisierten Entwurfs einer Neufassung der Approbationsordnung vom Dezember 1995 für geeignet. Die Präsidialkommission unterbreitet daher ein eigenes Konzept für eine Neufassung der Approbationsordnung und die damit verbundene Angleichung der Bundesärzteordnung, das eine mit den vorhandenen Ressourcen umsetzbare Synthese aus bewährten Ausbildungskonzepten und neuen Studienelementen darstellt.“

Gegenwärtig liegen also 2 konkurrierende und konträre Entwürfe vor, wobei derjenige der MFT-Präsidialkommission noch der Bewertung und Verabschiedung durch den Außerordentlichen Medizinischen Fakultätentag am 26.11.1996 in Mainz bedarf<sup>10</sup>.

\* Die hochgestellten Ziffern im Text beziehen sich auf die Anlage zu diesem Memorandum. Sie enthält Quellenangaben oder Erläuterungen bzw. vertiefende Ausarbeitungen.

### 1.3 Bewertung der Entwürfe

Beide Entwürfe erfüllen nicht die „Zielvorgaben“ (siehe Anmerkung <sup>2</sup>). Auch ist - nicht zuletzt aufgrund der Statements während des letzten MFT in Leipzig am 07.06.1996 (siehe Protokoll des MFT: Diskussion des Vortrages von R. Grupp) - , nicht zu erwarten, daß sich der MFT-Entwurf wesentlich ändern wird, da offenbar 24 Fakultäten darauf abzielen, die Vorlesungsanteile zu erhöhen <sup>11</sup>. Damit kann der geforderte Praxisbezug des Studiums nicht erreicht werden.

Die GMA stellt somit fest, daß immer noch kein fachlich und qualitativ zielführendes Konzept zur Verbesserung des Medizinstudiums vorliegt. Denn auch der Entwurf des BMG sieht eine Erhöhung bei den Präsenzzeiten gegenüber der 7. Novelle ÄAppO vor. Moderne pädagogische Empirie, die allerdings andernorts erarbeitet wurde, zeigt demgegenüber den Wert des akademischen selbstgesteuerten Lernens <sup>12</sup>. Als Hinweis hierauf sei die Einteilung der Lehrinhalte in Harvard dargestellt (Abb. 1): Bemerkenswert ist hierbei vor allem die Verbindung naturwissenschaftlicher und klinischer Inhalte in den ersten beiden Studienjahren.

Der Entwurf des BMG kann auch das Manko des Vorentwurfs hinsichtlich der Mängel des Prüfungssystems nicht beheben, so daß hierzu ebenfalls weitere Beratungen erforderlich sind.

## 2. Handlungsoptionen

Angesichts des Patts, das durch den Entwurf der MFT-Präsidialkommission nunmehr entstanden ist, stellt sich die Frage nach dem weiteren Vorgehen. Folgende Optionen scheinen denkbar:

1. Die Fakultäten beharren auf dem Entwurf der MFT-Präsidialkommission und warten ab, was kommt <sup>13</sup>.
2. Die Fakultäten werden weiterhin aktiv und arbeiten den MFT-Entwurf auf der bisherigen Linie einer Neukonzeption in Abgrenzung zum BMG-Entwurf weiter aus <sup>14</sup>.
3. Die Fakultäten erarbeiten gemeinsam mit allen bisher Beteiligten unter Hinzuziehung von Vertretern aus laufenden Reformprojekten (vgl. Tab. 3 unter Anmerkung <sup>12</sup>), im Einvernehmen mit dem BMG und mittels Moderation eines neutralen Dritten, einen neuen Kompromißentwurf, basierend auf dem BMG-Entwurf in Abstimmung mit den internationalen Reform Erfahrungen in Europa (vgl. Kommission der Europäischen Gemeinschaften Beratender Ausschuß für die ärztliche Ausbildung (1985): Die ärztliche Ausbildung in der Europäischen Gemeinschaft, Springer, Berlin, Heidelberg). Das bedeutet -, so wie es der 97. Deutsche Ärztetag, die HRK und die GMA vorgeschlagen haben, - ein Moratorium in der Verabschiedung der neuen Approbationsordnung, wobei dieser Aufschub allerdings auf maximal 1 1/2 Jahre ab Beginn der Arbeit der Kommission begrenzt werden sollte, danach muß ein konsensfähiger Entwurf vorliegen.

## 3. Schlußfolgerungen

Die Auffassung der Präsidialkommission des MFT, daß eine Neukonzeption der bestehenden ÄAppO erforderlich ist, wird geteilt. Es besteht dringender Handlungsbedarf zur Studienreform. Nicht geteilt werden kann jedoch die Auffassung, daß der BMG-Entwurf nach Beseitigung der Mängel (Verringerung der jetzt vorgesehenen Pflichtvorlesungen zugunsten mentorierter Studiengruppen („gegenstandsbezogener Unterricht“) und Revision des Prüfungssystems) keine tragfähige Neuordnung darstellen würde.

Als Zielsetzung des Entwurfs zur ÄAppO und als problemlösende Strategie, deren in die Einzelheiten gehende inhaltliche Darstellung der Kommissionsarbeit vorbehalten bleiben muß, da den Rahmen eines Memorandums sprengend, bieten sich an:

### I. Einführung des Qualitätsmanagements in die Lehre <sup>15</sup>

Als zielführendes Konzept wird die Einführung des Qualitätsmanagements in die Lehre vorgeschlagen. In erster Näherung seien folgende Ansatzpunkte dargestellt:

1. Es lassen sich kurz-, mittel- und langfristige Reformziele unterscheiden, auf deren Darstellung im Einzelnen wegen der gebotenen Kürze nicht näher eingegangen werden soll (vgl. <sup>15</sup>).
2. In Leitsätze gefaßt umfaßt Qualitätsmanagement in der Ausbildung in erster Linie:
  - 2.1 Die Einführung der betrieblichen Kostenrechnung und Trennung des Etats für Forschung und Lehre in separate Etats (vgl. Bildungspolitische Erklärung der Regierungschefs der Länder vom 22.10.93, Punkt 1.2, S. 2)
  - 2.2 Die Abstimmung und Einarbeitung vorhandener nationaler und internationaler, empirisch gesicherter Erfahrungen in die ÄAppO (Benchmarking)

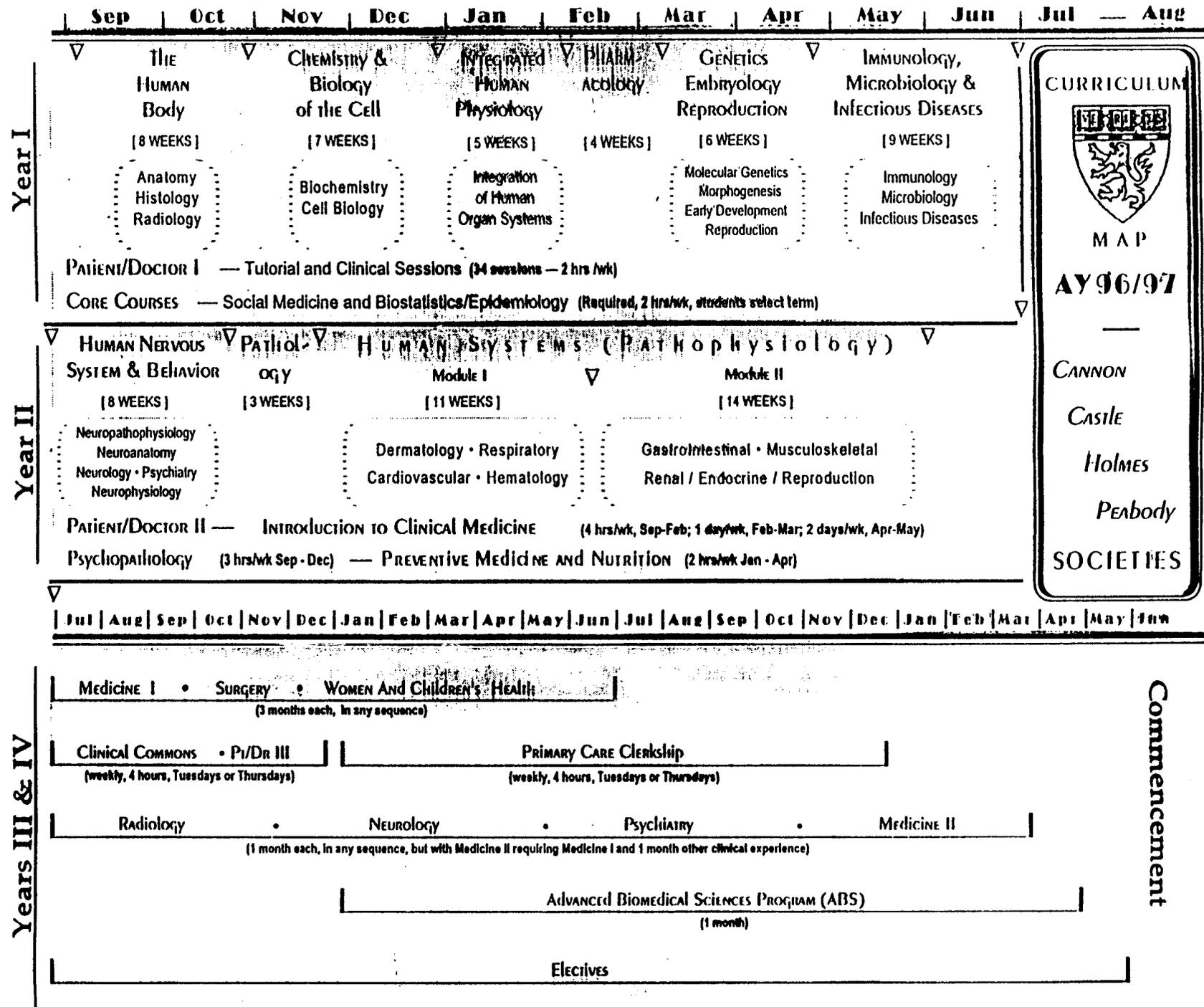


Abb 1: Einteilung der Lehrinhalte in der Harvard Medical School

- 2.3 Studenten-Zentrierung des Reformansatzes durch Beteiligung der Studentenschaft am Reformwerk. Die ÄAppO muß insbesondere eine Verbesserung der Betreuungsrelation (Dozenten/Studenten-Relation) ermöglichen.
- 2.4 Definition von Lernzielen (vgl. Blueprint der Niederländischen Medizinfakultäten und Recommendations des General Medical Council, Anmerkung Nr. <sup>11</sup>) im Sinne der kriteriengesteuerten Erstellung eines wissenschaftssystematischen Fallkatalogs.
- 2.5 Evaluation der Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität der Lehre
- 2.6 Kontinuierliche Optimierung der Unterrichtsdurchführung mit dem Ziel der Gewährleistung des Praxisbezuges
- 2.7 „Ausbildung der Ausbilder“ (Faculty Development)
- 2.8 Ausbildungsforschung als Datenlieferant für Entscheidungen über curriculare Reformmaßnahmen
- 2.9 Reframing des latenten, kontraproduktiven Wertkonfliktes zwischen wissenschafts- und berufsfeldorientierten Studium bzw. Reformkonzeption. Beide Positionen können erfahrungsgemäß in einer Synthese aufgehoben werden (vgl. Anmerkung Nr. <sup>10</sup> und im Literaturverzeichnis Nr. 2).

## II. Beratung der Entwürfe zur Beseitigung der Defizite

Als problemlösende Strategie wird die Veranstaltung eines Symposiums vorgeschlagen, dessen Thema die Beratung des weiteren Vorgehens zur Lösung des Dissens bilden könnte. Die GMA ist bereit, ein derartiges ein Symposium zu organisieren, bei dem die Betroffenen zu Wort kommen könnten. Zielsetzung wäre die Diskussion und Konsensfindung einer gemeinsamen Vorgehensweise für die Kommissionsarbeit und die öffentliche Diskussion möglicher Lösungsansätze für die anstehenden Fragen der Praxisorientierung und des Prüfungssystems als Vorbereitung der Kommissionsarbeit. Die Kommissionsarbeit könnte von der AWMF organisiert werden, da in ihr die relevanten Fachgesellschaften vertreten sind.

## Anmerkungen

<sup>1</sup> Bundesratsdrucksache 372/86 vom 07.11.1986

<sup>2</sup> Tabelle 1: Zielvorgaben 1986 des Bundesrates für die Neuregelung des Medizinstudiums

1. Vermehrter Praxisbezug
  - 1.1 Früherer Patientenkontakt
  - 1.2 Moderne Lehr-/Lernformen
    - 1.2.1 Ausbildung in kleineren Gruppen
    - 1.2.2 Stoffreduktion auf exemplarische Lerninhalte („hausärztliche Tätigkeit“)
    - 1.2.3 Auseinandersetzung mit gesundheitsökonomischen und pharmakotherapeutischen Fragestellungen
  - 1.3 Aufhebung der Trennung von Vorklinik und Klinik
  - 1.4 Fächerübergreifender Unterricht
2. Größerer Gestaltungsspielraum der Fakultäten (Deregulierung)
  - 2.1 Schwerpunkt durch Wahlpflichtbereiche
  - 2.2 Einfluß auf die Prüfungsgestaltung
  - 2.3 Stärkere Gewichtung der mündlichen Prüfungen
3. Verkleinerung der Studiendauer (Wegfall der AiP)

<sup>3</sup> Bundesratdrucksache 632/89 vom 21.12.1989

<sup>4</sup> Der Wortlaut des Papiers „Diskussionsentwurf eines Gesetzes zur Änderung der Bundesärzteordnung und zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte“ 21.12.1993 wird hier als bekannt vorausgesetzt.

<sup>5</sup> Länder: KMK, GMK, AGLMB;  
Körperschaften: LÄK vertreten durch BÄK;  
Fakultäten: MFT, HRK;  
Fachgesellschaften: AWMF (GMA) und Studentenorganisationen

Erläuterungen der Abkürzungen:

LÄK = Landesärztekammer  
KMK = Kultusministerkonferenz der Länder  
GMK = Gesundheitsministerkonferenz der Länder  
AGLMB = Arbeitsgemeinschaft der leitenden Medizinalbeamten  
BÄK = Bundesärztekammer  
MFT = Medizinischer Fakultätentag  
HRK = Hochschulrektorenkonferenz  
AWMF = Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften  
GMA = Gesellschaft für Medizinische Ausbildung

<sup>6</sup> Ein inhaltliches Problem war die fehlende Umgestaltung des Prüfungssystems. Im Einzelnen referiert das BMG wie folgt:

Zitat: „Die Bedenken beziehen sich schließlich auf die Frage der gleichberechtigten Umsetzung von Vorgaben der Bundesärztekammer und der Approbationsordnung in den Kapazitätsverordnungen der Länder, auf die Frage einer angenommenen Berücksichtigung der einzelnen Stoffgebiete, auf die Ausgestaltung der Prüfungen und schließlich auf die Frage, ob die Fakultäten in ihrer personellen und sachlichen Ausstattung überhaupt in der Lage sind, eine Reform in der täglichen Praxis umzusetzen.“ (Vergl. Grupp, R. (1994). Kein Fortschritt nach dem Strickmuster „ja, aber ...“. Forschung und Lehre 8:336)

Anschließend gibt Dr. R. Grupp ein Statement ab, das zu denken geben sollte: „Der Konsens wird auch in einigen Jahren nicht größer oder kleiner sein als heute. Es sollte nunmehr die Entscheidung für oder gegen eine Reform auf der Grundlage einer offenen Diskussion getroffen werden. Die Fakultäten und die Fachgesellschaften sollten deutlich formulieren, ob sie eine Reform auf der Grundlage der seit Jahren im Grundsatz einvernehmlich diskutierten Eckpunkte [vgl. Anlage <sup>2</sup>] wollen und welche konkreten Detailvorschläge sie jenseits der Grundsatzpositionen in diesen Entscheidungsprozeß einzubringen haben. Eine Weiterführung der Reformdiskussion nach dem Strickmuster „ja, aber ...“ bringt heute nach 15jähriger Dauer keine Fortschritte mehr. Sie wäre nicht mehr glaubwürdig.“

Dr. Grupp vertritt in einem Brief vom 15.12.1995 an die Freiburger Fakultät unverändert seine Position: „Für zentral halte ich darüberhinaus die Klärung der Frage, ob Konsens darüber besteht, daß neue Wege gesucht werden müssen, um die praktische Ausbildung der Ärzte gegenüber heute zu verbessern. Besteht darüber Klarheit, ist es auch möglich, die vorgeschlagenen Lösungsalternativen vergleichend zu bewerten. Ihr Vorschlag, einfach die Zahl der Studenten durch Erhöhung des Anrechnungsfaktors bei den praktischen Prüfungen abzusenken, ist nach all meinen bisherigen Gesprächen aus rechtlichen und fachlichen Gründen nicht konsensfähig. ... Er wäre darüber hinaus mit dem Verzicht auf jegliche Veränderung der heutigen strukturellen Rahmenbedingungen einschließlich des Prüfungswesens verbunden. Das Ziel vieler Fakultäten nach mehr Gestaltungsspielraum in inhaltlicher und didaktischer Hinsicht würde verfehlt. Mich würde deshalb interessieren, ob Sie - abgesehen von der nackten Forderung nach Reduzierung der Studentenzahl, die ich für unrealistisch halte- jegliche Veränderung der heutigen Rahmenbedingungen ablehnen, oder ob auch Sie strukturelle Verbesserungen für wünschenswert halten. Wenn letzteres der Fall ist, sollten Sie dazu Vorschläge machen und in die Diskussion einbringen.“

Letzteres ist im September 1996 mit den „Empfehlungen zur Neufassung der Approbationsordnung für Ärzte“ der Präsidialkommission beim MFT geschehen. Zitat aus diesem Papier: „Sie [die MFT-Präsidialkommission] stellt fest, daß zur Verbesserung der ärztlichen Ausbildung eine Neuordnung des Medizinstudiums wünschenswert ist.“

<sup>7</sup> In ihr waren die Länder mehr vertreten im Vergleich zur ersten Sachverständigengruppe, die wohl in erster Linie daran gescheitert ist, daß sie keine weiterführenden Vorstellungen der Gestaltung des Prüfungswesens erarbeitet hatte, was deutlich in der Anhörung beim BMG vom 23.02.1994 zum Ausdruck kam. Vgl. auch Grupp, R. (1996): Grundsätze einer Neufassung der Approbationsordnung für Ärzte, Vortrag anläßlich des Ordentlichen Medizinischen Fakultätentages der Bundesrepublik Deutschland am 7. und 8. Juni 1996 in Leipzig, Protokoll, Typoskript, S. 37: „Bei der Diskussion des Reformkonzeptes ist immer wieder mit Recht gesagt worden, daß die Gestaltung des Prüfungswesens die eigentliche Nagelprobe für mögliche inhaltliche Veränderungen und Gestaltungsspielräume an den Hochschulen ist.“

<sup>8</sup> Tabelle 2: Beurteilung des Entwurfes des Bundesgesundheitsministeriums vom 21.12.1995, publiziert am 20.01.1996, zur Approbationsordnung durch betroffene Institutionen ohne Anspruch auf Vollständigkeit, die Datenlage ist unübersichtlich; die wesentlichen Interessengruppen (Bund, Länder, Fakultäten, Körperschaften, Fachverbände, Reforminitiativen) sind aber zumindest einmal erfaßt.

Institution	Zustimmung +	Ablehnung -	Alternat. Stellungnahme +/-
1. AGLMB	25./26.04.1996		
2. AWMF		11.06.1996	
3. BÄK	23.05.1996		
4. Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales der Freien und Hanse- stadt Hamburg (Fachgutachten)			3/1996
5. Deutscher Ärztetag			97. und 99. Ärztetag
6. Fachtagung Medizin (Studentenschaft)		04.03.1996	
7. GMA			20.06.1996
8. GMK	29.04.1996		
9. HRK		26.03.1996	
10. KMK			24./25.10.1996
11. MFT		07.02.1996	
12. Modellstudiengang, Charité Berlin	15.11.1996		

<sup>9</sup> Auch in diesem Entwurf ist das Problem des Praxisbezuges und des Prüfungswesens nicht gelöst: Es werden wieder Pflichtvorlesungen eingeführt. Im 2. Studienabschnitt beträgt der Anteil des durch Leistungsnachweis zu erbringenden Unterrichts am Krankenbett nur 21,5 % der Gesamtunterrichtszeit. Deshalb konnte er nicht unwidersprochen bleiben.

- Vergl. auch van den Bussche, H., Dunkelberg, S., Gutachten über den Entwurf einer Approbationsordnung für Ärzte in der Fassung vom Dezember 1995, (1996) Universität Hamburg, Fachbereich Medizin, Arbeitsschwerpunkt Allgemeinmedizin und Gesundheitssystemforschung, Typoskript
- Vergl. Stellungnahme der Kultusministerkonferenz (277 KMK v. 24./25.10.1996)
- Vergl. Stellungnahme der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung vom 20.06.1996 in: Medizinische Ausbildung 13/1 (1996), 2 - 3

<sup>10</sup> Es wird sehr wichtig werden, wie sich der MFT in seiner außerordentlichen Sitzung am 26.11.1996 zu diesem Entwurf stellt. Denn dieser Entwurf der MFT-Präsidialkommission ist nicht geeignet, zu einer Verbesserung der Mediziner-ausbildung zu führen.

Begründung der GMA für die komplette Ablehnung des Entwurfes der MFT-Präsidialkommission vom September 1996:

1. Der Entwurf beinhaltet eine Gesamtstundenzahl von 7.200 Stunden (EG-Norm 5.500) Präsenzzeit. Studienzeitverlängerung ist nicht eines der anerkannten Mittel zur Verbesserung der Unterrichtsqualität (beides, Lernzeit und Unterrichtsqualität, beeinflusst den Lernerfolg). Rechnet man An- und Abreisezeiten, Vor- und Nachbereitungszeiten, die Vorbereitungszeiten für Leistungsnachweise zur Präsenz hinzu, so kommt man leicht auf eine Arbeitsbelastung von mehr als 60 h/Woche. Die empirisch erhobene Arbeitsbelastung liegt derzeit bei der 7. Novelle der ÄAppO bei rund 40 h/Woche. Das ist auch schon viel für ein akademisches Studium, welches auch noch Zeit für vertiefende Eigenstudien lassen sollte. Nach einem 12-Stunden-Tag im Curriculum ist am Abend ein kreatives Studieren nicht mehr möglich. Folglich vergrößert dieser Entwurf die praxisferne Verschulung des Medizinstudiums. Im übrigen erfolgt der Patientenkontakt in diesem Entwurf in dem erforderlichen Umfang viel zu spät, so daß er insbesondere hier nicht eine wesentliche Vorgabe des Bundesrates erfüllt. An ausländischen Fakultäten haben die Studenten bereits im 1. Studienjahr in wesentlichem Umfang Kontakte zu Patienten (vgl. auch Punkt 2 im Folgenden).
2. Der Entwurf erhöht die Semesterwochenstundenzahl für Vorlesungen gegenüber allen anderen Entwürfen, so daß insgesamt die Vorlesung im 1. - 4. Studienjahr zur führenden Lehrform wird (1.456 Stunden, im Vergleich dazu: Seminar 210 Stunden, Kurs: 938, Blockpraktikum: 420). Kurs und Blockpraktikum zusammen liegen bei 1.358 Stunden, also unter der ausgewiesenen Vorlesungszeit. Beim BMG-Entwurf sind es 1.260 Stunden Vorlesung und immerhin 1.540 Stunden praxisbezogener Unterricht (Praktika, Unterricht am Krankenbett). Die Famulaturzeit wird gegenüber ÄAppO VII verkürzt. Es muß bezweifelt werden, ob damit einer der Eckpunkte der Reform, der vermehrte Praxisbezug zu realisieren ist. Die deutschen Fakultäten stünden mit dieser Priorisierung der Vorlesung weltweit allein da, weil die Reduktion der Vorlesungszeiten weltweit als ein Mittel zur Erhöhung des Praxisbezuges des Medizinstudiums gesehen und praktiziert wurde und wird. Vgl. Recommendations of the World Summit on Medical Education, The changing Medical Profession, Edinburgh 8.-12. August 1993, Recommendation # 13. Vgl. Association of American Medical

Colleges, Physicians for the Twenty-first Century, Report of the Project Panel on the General Professional Education of the Physician and College preparation for Medicine. AAMC (1985), der als Standard gilt:

„Conclusion 3, Recommendation 2: Reducing Scheduled Time

Recommendation 3: Reducing lecture Hours.

Medical faculties should examine critically the number of lecture hours they new schedule and consider major reductions in this passive form of learning. Many faculties state that they want to reduce the number of lectures for medical students, and abundant evidence indicates that the educational yield from lectures is generally low. Alternative methods such as tutorial groups [mentorielle Studiengruppen, Anm. der Verfasser] and laboratories achieve more than the transfer of information. They enhance motivation and promote skills in learning independently. The Project Panel is convinced that educational programs in many schools would benefit from a reduction in the number of hours currently devoted to lectures.“

3. Völlig unverständlich ist, daß der im BMG-Entwurf vorgesehene **gegenstands-bezogene (tutorielle) Unterricht**, den wir lieber als „Unterricht durch mentorielle Studiengruppen“ bezeichnen würden, im Entwurf der MFT-Präsidialkommission völlig ausgeblendet wird. Vergl. Kantrowitz, M., Kaufman, R., Mennir, S., Fúlóp, T., Guilbert, J.-J. (1987), *Innovative Tracks at Established Institutions for the Education of Health Personnel*, World Health Organisation, Geneva, 2. 52:

Zitat: „All of the innovative tracks employ tutorial groups. The tracks exhibit wide variation in number of Students per tutorial (5-25) number of tutorial meetings per week (2-5) and the length of time that each tutorial group stays together (5 weeks to 4 years). Important learning criterias are the opportunities to reason and think, to be simulated by the learning environment and to build a close relationship with faculty role models. All five innovative tracks with a community emphasis introduced the community component of their curricula in their students' first year [sic! Anmerkung der Verfasser, siehe auch unten], and prepared their students for this experience with training in clinical skills. Students thus provided useful community service during their learning experience. While problem-based learning tends to rely on simulated clinical problems, community-based learning carries problem-based learning a step further. It places students in confrontation with sufficient professional tools to reinforce scientific learning with meaningful health care.“

Diese Erfahrungen mit hausärztlich-orientiertem Unterricht in 5 innovativen Medical Schools werden auch durch neuere Erfahrungen, u.a. in London, gestützt: Vgl. Murray, E. (1996), *Teaching basic clinical skills in family practice: an experience in the United Kingdom*, In: *Change in Medical Education and Medical Practice* 9, 6-7; WHO/OHS/NL 96.1: „At University College London Medical School we have successfully replaced a hospital-based medical attachment for first-year clinical students with one based in general practice. Some 230 students per year have a five-week attachment to a GP in their first clinical year, in addition to the traditional four-week attachment in their second clinical year. The aims of the new attachment are to teach history-taking, physical examination and communication with patients. Two students are attached to each GP tutor, who arranges for them to see patients with common medical problems such as ischaemic heart disease, cancer, diabetes stroke and arthritis. Students take a full medical history and perform a complete physical examination. ... Students learn to reach a differential diagnosis from a presenting problem. We have evaluated the programme with student questionnaires, interviews of tutors and assessment of student performance. The results of the evaluation suggest that program is popular with students, medical school faculty, GPs and patients. ...Moreover, the faculty has been convinced that the carefully selected and trained GP [General Practitioner] tutors can, and do, give the students a good grounding in the basic clinical skills.“

Gleichartige Erfahrungen berichtet die University of Illinois at Chicago College of Medicine (UiCCOM) (a.a.O S. 7-8)

4. **Fehlender Praxisbezug** und 5. **mangelnde Betreuung** werden in einer repräsentativen Längsschnittuntersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung und Wissenschaft als grundsätzliche Kritikpunkte des AiP und in der Weiterbildung gesehen (Minks, K. H., Bathke, G.-W. (1994), *Absolventenreport Medizin. Reihe Bildung Wissenschaft Aktuell*, 9/94, BMBW, Referat Öffentlichkeitsarbeit, 53170 Bonn. Das gleiche gilt nach empirischen Befunden für die Ausbildung (vgl. Bargel, T., Ramm, M. O. (1993), *Das Studium der Medizin. Bildung Wissenschaft Aktuell* 20/93, BMBW, Bonn, S. 52 und S. 53.

Zitat: „Wenn die Studierenden in der Humanmedizin ihr Studienfach charakterisieren, so fällt auf, daß die wenigsten ihrem Studium eine gute Berufsvorbereitung attestieren. Zwei Drittel stellen fest, daß dies kein Merkmal ihres Studienfaches sei, und nur fünf Prozent haben den Eindruck, daß ihr Studienfach sich durch eine gute Berufsvorbereitung und Praxisnähe auszeichnet. Deshalb kommt der Hauptforderung der Mediziner nach **mehr Praxisbezug** [Hervorhebung durch Verfasser] im Studium zur Verbesserung ihrer unmittelbaren Studiensituation weiterhin eine Schlüsselrolle zu. ... Diese traditionelle Forderung der Mediziner hatte in den 80er Jahren sogar noch kontinuierlich zugenommen. Im WS 92/93 wünschen sich 82 % in ihrem Studium größere und bessere Praxisanteile.“

Entsprechend der Vorgaben des Bundesrates und aller in diesem Anhang genannten, empirischen Daten kann davon ausgegangen werden, daß die Praxisbezogenheit ein führendes Kriterium zur Beurteilung einer Qualifikation von Verbesserung der Ausbildung ist.

Auch hier läßt also der MFT-Entwurf, sollte er jemals in seiner jetzigen Konzeption umgesetzt werden, keine qualitative Verbesserung der Ausbildung erwarten.

6. Ein großes Problem beim MFT-Entwurf ist schließlich, daß durch den von ihm vorgesehenen Stundenplan der curriculare Normwert (CNW) in den Studienjahren 1 - 4 deutlich absinken würde, was zu einer Erhöhung der Studienanfängerzahlen um etwa das Doppelte führen könnte.

Weitere gravierende Mängel des MFT-Entwurfes werden aus Gründen der Beschränkung auf einige wenige, besonders gravierende Unzulänglichkeiten hier nicht weiter ausgebreitet. Sie bleiben einer ausführlichen Stellungnahme der GMA vorbehalten, wenn der endgültige Entwurf des MFT nach dem 26.11.1996 vorliegt.

<sup>11</sup> Es ist nicht primäre Aufgabe der GMA, im hochschulpolitischen Tagesgeschäft Stellung zu nehmen, - wie hier erfolgt. Wegen des Ernstes der Situation, der eine deutliche Kritik erfordert, sei hier an Folgendes erinnert:

1. Die Fakultäten stehen mit ihrer Strategie der Erhöhung des Vorlesungsanteils zur Verbesserung des Medizinunterrichts isoliert da: „Medical schools are well aware of the merits of the learner-centred and problem-oriented approaches and are striving towards their adoption, moves which are strongly encouraged. Most are reducing their reliance on the didactic lecture format and are promoting small group learning wherever possible. They are seeking to improve the personal guidance available to individual students on both academic and non-academic matters, a practice that we strongly commend.“ General Medical Council (1993), Tomorrow’s Doctors Recommendations on undergraduate Medical Education.
2. Die kapazitätsrechtlichen Auswirkungen des MFT-Konzeptes scheinen nicht durchdacht zu sein: Der Generalsekretär der HRK, Herr Weber, äußerte sich auf der letzten AWMF-Sitzung in Frankfurt in einer Diskussionsbemerkung dahingehend, daß der Entwurf zu einer 30 % Reduktion des Lehrpersonals führen werde.
3. Im übrigen ist der MFT-Entwurf in weiten Teilen bereits im BMG-Entwurf enthalten, so daß die Vorstellungen des MFT-Entwurfs in wesentlichen Punkten bei Inkrafttreten des BMG-Entwurfs realisiert würden.

Die Einteilung in 3 gleiche, zweijährige Studienabschnitte dürfte den 2. Studienabschnitt stofflich überfrachten und dadurch die Studierbarkeit in Frage stellen, auch die Durchführbarkeit des 3. Studienabschnittes ist fraglich. <sup>12</sup> Lokalreformen sind auch schon unter der 7. Novelle möglich. Innovative, qualitativ hochstehende Projekte sind in den Fakultäten vorhanden, (vgl. auch Pabst, R. (1995), Medical Education and Reform Initiatives in Germany, Acad. Med. 70 (11): 1006-11), werden aber offenbar von den Dekanen nicht zur Kenntnis genommen. An 13 Fakultäten waren 1995 innovative Reformprojekte zu beobachten (Indikator: Curriculum-Evaluation, vgl. Eitel, F. (1995), Neuere Entwicklungen in den Fakultäten zur Verbesserung der Lehrqualität, Protokoll des Ordentlichen Medizinischen Fakultätentages der Bundesrepublik Deutschland, 16/17.06.95, Göttingen, Typoskript, S. 115 - 123). Auf der MedEd 21 in Vaals/ Maas-

Tabelle 3: Präsentation MedED21, Vaals/Maastricht, Niederlande, 27.05. - 01.06.1995

1. Eitel, F., München, Problem-based learning: and Then?
2. Falck-Ytter, Bircher, J., Witten-Herdecke, Use of an Objective Structured Clinical Examination for Post-Clerkship Assessment in Internal Medicine
3. Fetzer, A., Gatter, J., Gulich, M., Kautenberger, M., Heimpel, A., Ulm: Enhancing Patient - oriented Instructions within the Basic Clinical Skills Course and the Medical Clerkship at the University of Ulm
4. Georg, W., Remstedt, S., Haller, R., Burger, W., Scheffner, D., Berlin: State of Development of the Virchow-Klinikum of the Humboldt-Universität zu Berlin, Germany
5. Grifka, R., Morgenroth, K., Bochum: Decentralised Clinical Education at the Ruhr-University Bochum
6. Lefering, R., Linke, M., Blöchl, H., Neugebauer, E., Köln: Reform of a Practical Surgical Course: Implementation and Evaluation
7. Rothkötter, H. J., Pabst, R., Hannover, Advantages Evaluating the Medical Curriculum at the End of the Medical Education and after Several Years of Clinical Practice
8. Sohn, W., Nöring, R., Schimmend, W., Schwandt, U., Sellbach, H., Helmich, P., Düsseldorf: Structures of Problem-oriented Lessons ('POL') in small groups- Results of the Practical Courses 'Berufsfelderkundung' und 'Allgemeinmedizin' after Three Semesters of Evaluation.
9. Wechsel, H. W., Mattauch, W., Bichler, K. H., Tübingen: Measures to Improve Academic Teaching at the < Private > Department of Urology
10. Wels, Th., Wagner, H. J., Kerse, K. J., Marburg: A comprehensive course on „Interventional Radiology“, Migration from Lecture to Problem-Based Learning
Anmerkung: Weitere Reform-Institutionen finden sich z.B. in: Gießen, Göttingen, Greifswald, Heidelberg und Münster

tricht (27.05.-01.06.1995) konnte die GMA 10 empirische Unternehmungen aus deutschen Fakultäten organisieren (Tabelle 3). Die Ressourcen für Reformprojekte sind offenbar vorhanden, was plausibel erscheint, wenn man die in der letzten Zeit immer wieder veröffentlichten Daten zur Wahrnehmung der Lehrverpflichtung seitens der Dozentschaft verfolgt.

<sup>13</sup> Dies wäre ein freiwilliges Aufgeben der Aktionsmöglichkeiten und würde die Fakultäten zum bloßen Reagieren auf äußere Entwicklungen verurteilen. Diese bestünden wahrscheinlich in einer Mittelkürzung (vergl. Protokoll des MFT in Leipzig, Vortrag, Dr. R. Grupp und Diskussionsbeitrag von Frau Dr. Steppuhn).

<sup>14</sup> Über die Folgen dieser und der folgenden Optionen kann nur spekuliert werden. Es scheint aber nun weitgehend akzeptiert zu sein, daß eine Neukonzeption der ÄAppO erforderlich ist.

<sup>15</sup> Um die bestehenden Überlegungen zu einer Neukonzeption zu unterstützen, seien hier die Stellungnahmen der GMA als konstruktive Gestaltungsvorschläge erwähnt:

- Positionspapier zur Reform der Medizinischen Ausbildung ( Medizinische Ausbildung (1993) 10, S.123-138)
- Positionspapier zum Prüfungswesen, welches auf Anfrage bei der Redaktion von „Forschung und Lehre“ erhältlich ist (über Herrn Felix Grigat, M.A., beim Deutschen Hochschulverband, Rheinallee 18, 53173 Bonn)
- Stellungnahme zum Entwurf einer Approbationsordnung für Ärzte (Medizinische Ausbildung (1996) 13, S. 2-3),

Vgl. auch:

- F. Eitel, A. Bräth, L. Schweiberer(1993): Evaluation der Lehre - Erste Erfahrungen mit der Qualitätserfassung des chirurgischen Unterrichts (Beitrag zur Hochschulforschung 4, S. 469-494)
- Boelen, C., Bandaranayake, R., Bouhuijs, P. A. J., Page, G. G., Rothman, A. I.(1993), Towards the assessment of quality in medical education, Typoskript WHO/HRH/92.7, WHO, Geneva.
- Reerink, E. (1995), Quality assurance in health care and medical education: Where is the connection, Changing Medical Education and Medical Practice, June 95: 22-23 und im Literaturverzeichnis Nr. 2, 3, 4, 5, 7, 8.

Auf einen Nenner gebracht, kommt es beim Qualitätsmanagement der Lehre in erster Linie darauf an, Regelungen zu gestalten im Sinne der Rückkopplung von Ergebnissen in die Planung des Unterrichts. (Siehe Abb. 2):

## Algorithmus eines Qualitätsmanagements der Lehre

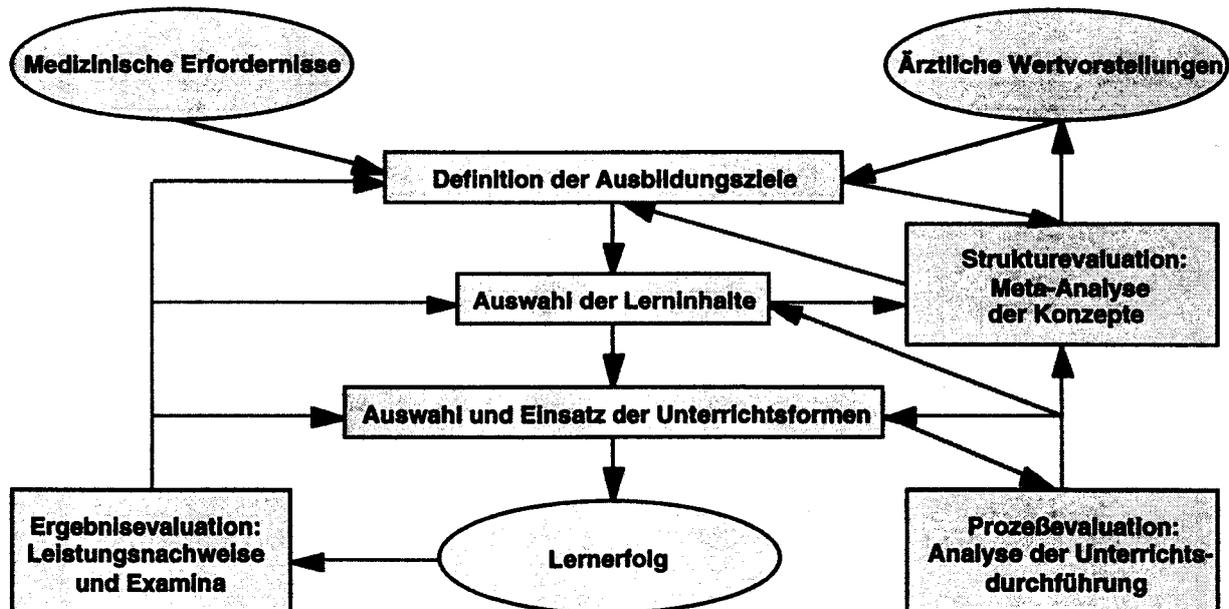


Abb. 2: Algorithmus eines Qualitätsmanagements der Lehre. Die Pfeile bedeuten einen Informationsfluß, die Rauten einen In- oder Output, die Rechtecke einen Prozeß. Der Beziehungspfeil von der Ergebnis- zur Strukturevaluation ist der Übersichtlichkeit halber weggelassen. Die zentrale Bedeutung der Definition von Ausbildungszielen wird deutlich, in gleicher Weise die zentrale Rolle der Evaluation. Dieses Regelungsgefüge dient der Gestaltung der kontinuierlichen Verbesserung der Lehre (Studienreform).

Für die Definition der Lernziele bzw. Auswahl der Lerninhalte stehen wiederum gesonderte Algorithmen zur Verfügung (Eitel, unveröffentlichte Ergebnisse), die einen wissenschaftssystematischen, regel- und fallorientierten, kriteriengesteuerten Katalog erzeugen. Diese Algorithmen werden demnächst als Hypercard-Stacks im Internet auf den Webpages der GMA vorliegen (<http://www.gma.mwn.de>).

#### Literatur:

1. Training of doctors - Blueprint 1994: Objectives of undergraduate medical education in the netherlands, University Publication office, University of Nijmegen, The Netherlands, ISBN 9037902160
  - 2a. Eitel, F. (1993), Die Studienreform ist tot, es lebe die Studienreform, Med. Ausbildung 10/2:114-122.
  - 2b. Eitel, F. (1993): Lernforschung als Voraussetzung für die Unterrichtsorganisation. In: Bichler, K. H., Mattauch, W., Wechsel, H. W. (Hrsg.): Innovationen und Trends des Medizinstudiums im klinischen Teil, pmi Verlagsgruppe, Frankfurt/Main, S. 72-96
  3. Eitel, F., Bräth, A., Schweiberer, L. (1993): Evaluation der Lehre. Erste Erfahrungen mit der Qualitätserfassung des chirurgischen Unterrichts. Beitrag zur Hochschulforschung 4:469-494
  4. Eitel, F. (1996): Qualitätsmanagement des Medizinunterrichts. ZSfHD 1-2/96:18-28
  5. Fulton, W. (1996): Fundamental Consideration of the Evaluation Process: Goals, Validity and Utility. ZSfHD 1-2/96: 44-65
  6. Murrhardter Kreis (1995, 3. Aufl.): Das Arztbild der Zukunft, Robert-Bosch-Stiftung, Gerlingen
  7. Schuwirth, L. W. T., van der Vlieten, C. P. M. (1996): Quality Control: Assessment and Examinations. ZSfHD 1-2/96: 67-76
  8. Schwemmler, K., Hemmeking, K., Langer, C., Luider, R., Schuck, R., Steinmann, I. (1994): Mehr Qualität durch Aufgabenmanagement. Dtsch. Ärzteblatt 91 (37): B1790-94 und Diskussionbeiträge hierzu in: Dtsch. Ärzteblatt 91 (47) B2368-71
-