

# AUSBILDUNG VON HEUTE FÜR ÄRZTE VON MORGEN DIE ZUKUNFT DER MEDIZIN IM SPIEGEL DER 8. NOVELLE DER APPROBATIONSORDNUNG

MICHAEL HÖLZER, GEBHARD ALLERT<sup>1</sup>, ULM; KURT STRAIF<sup>2</sup>, MÜNSTER;  
GERLINDE SPONHOLZ<sup>3</sup>, ULM

## Zusammenfassung

Derzeit absehbare Entwicklungen wie Explosion des Wissens, technischer Fortschritt, sozio-ökonomische Veränderungen werden die Medizin der Zukunft vor Herausforderungen stellen, die einen Paradigmenwechsel notwendig erscheinen lassen. Der vorliegende Beitrag erläutert und diskutiert anhand eines aktuellen Entwurfes einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur 8. Novelle der Ärztlichen Approbationsordnung (ÄAppO) die Konsequenzen, die diese auf das Medizinstudium im Hinblick auf zukünftige Ziele der Medizin haben werden. Die deutsche Arbeitsgruppe des vom Hastings Center 1992 initiierten Projektes "Goals of Medicine - Shaping new Priorities", hat sich exemplarisch mit der aktuellen Diskussion neuer Ausbildungsmodelle befaßt und hieran Konsequenzen für wünschenswerte Veränderungen diskutiert. Sie kommt zu dem Ergebnis, daß auch der vorliegende Entwurf (1) weder auf eine ausreichende Eigenverantwortung später tätiger Ärzte hinarbeitet, noch (2) auf deren größere Diskursfähigkeit mit zunehmend aufgeklärten Patienten abzielt (3) letztlich an einem naturwissenschaftlichen Paradigma sowie an der Fächergebundenheit der Stoffvermittlung festhält (4), die Transferfähigkeit des in der Ausbildung erworbenen Wissens durch das Beibehalten veralteter Lernformen gefährdet (5) den

Anspruch, Theorie (Vorklinik) und Praxis (Klinik) miteinander zu verzahnen, nicht einlöst.

## Summary

The explosion of knowledge, technical progress and socio-economical changes make a paradigm shift for future medicine necessary. In this article a proposal of the federal administration of the FRG is described, in which changes of the final board examination (Ärztliche Approbationsordnung = ÄAppO) are discussed as to their consequences for the study of medicine itself as well as to the international projekt, „Goals of Medicine -Shaping New Priorities“ initiated by the Hastings Center, has focused on the ongoing political debate, why and how the study of medicine has to be changed, taking this proposal as an example for a variety of other contributions. We reached to the conclusion that this proposal 1. neither contributes to more self-responsability of the future physicians 2. nor aims at improving their discourse capabilities 3. sticks to a natural science paradigm of medicine 4. makes transfer of knowledge aquired during the study into practical work even more unlikely and 5. will not effectively link the preclinical phase of learning to the clinical study of medicine.

---

## 1. Mediziner Ausbildung in der Krise

Forderungen, Inhalt und Methoden medizinischer Ausbildung im Hinblick auf Praxisnähe, Alltagsrelevanz und -brauchbarkeit zu überdenken, sind so alt wie die Ordnungssysteme, die diese Ausbildung

regeln. So attestieren auch v. Uexküll und Wirsching in ihrem "Freiburger Aufruf" (1994) der modernen Medizin, daß sie, bedingt durch technischen und naturwissenschaftlichen Fortschritt, "Gewaltiges vollbracht" hat, daß sie gleichzeitig jedoch

<sup>1</sup> Abteilung Psychotherapie der Universität Ulm

<sup>2</sup> Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin, Universität Münster

<sup>3</sup> Arbeitskreis Ethik in der Medizin an der Universität Ulm

"Grundlegendes", d.h. vor allem ihre psychosoziale bzw. anthropologische Dimension vernachlässige.

Forderungen nach der Etablierung bio-psycho-sozialer Konzepte in Ausbildung und Ausübung ärztlicher Tätigkeiten und einem "Paradigmenwechsel" von der naturwissenschaftlichen zur ganzheitlichen Medizin haben Tradition (5). Sie gewinnen jedoch angesichts der rapiden Entwicklung technischer Neuerungen bzw. des explosionsartigen Wissenszuwachses und dem dadurch entstandenen Auseinanderklaffen der Möglichkeiten einer technisierten Apparatemedizin einerseits und den subjektiven Bedürfnissen von Patienten andererseits neue Aktualität. Klagen über die Schattenseite der derzeit naturwissenschaftlich-technisch dominierten Medizin werden zunehmend auch in anderen Ländern der westlichen Welt laut. Das Ausweichen in naturheilkundlich oder homöopathisch-ganzheitliche Ansätze hat vor diesem Hintergrund Symptomcharakter. Die Diskussion um Ausbildungsinhalte und -methoden in der Bundesrepublik bezieht ihre aktuelle Dynamik daneben auch aus politischen Vorgaben: Zum einen sollen die Ausbildungssysteme der alten und der neuen Bundesländer weiter angeglichen werden, zum anderen zwingt das innerhalb der Europäischen Gemeinschaft erklärte Ziel, die Ausbildungssysteme in der Medizin zu vereinheitlichen, zu entsprechenden Maßnahmen.

Sieht man von diesen deutschen Besonderheiten ab, erweisen sich die gegenwärtigen Probleme der technisierten Medizin jedoch als unabhängig von bestimmten Gesundheitssystemen oder -administrationen. Sie sind vielmehr Ausdruck einer Krise der Medizin in den westlichen Ländern überhaupt (s.a. 8).

Unter dem Titel "Goals of medicine. Shaping new priorities" hat daher das international renommierte Hastings Center 1992 ein Projekt auf den Weg gebracht, in dem Ziele und Zwecke einer Medizin der Zukunft vor dem Hintergrund sich wandelnder sozio-ökonomischer, wissenschaftlicher und technischer Voraussetzungen diskutiert werden (4). Hintergrund dieses Projekts ist die auch in den USA zunehmende Unsicherheit über den tatsächlichen Nutzen von medizinischem Fortschritt und die anhaltende politische Diskussion um die Reform des dortigen Gesundheitswesens. Die Grundannahme der Initiatoren des Projektes ist, daß die Betonung der ökonomisch-technischen Möglichkeiten bzw. der wissenschaftlichen Neuerungen der Medizin eine Diskussion ihrer ureigensten Ziele in der Vergangenheit überlagert bzw. behindert hat. "Bequeme Überzeugungen" und die heute praktizierten Selbstverständlichkeiten im medizinischen Versorgungssystem in Frage zu stellen sowie diese unter der Perspektive zukünftiger Entwicklungen zu diskutieren, ist zentrales Anliegen des Projektes. Die Fragen, die das Hastings Center den beteiligten Arbeitsgruppen aus 14 Ländern zur Beantwortung aus einer jeweils nationalen Perspektive vorgelegt hat, beziehen sich 1. auf die zukünftige Gestaltung des Versorgungssystems ("service delivery") 2. die Ausbildung zukünftiger Ärzte ("education") und 3. die

Funktion der Forschung für Ziele einer modernen Medizin ("research"). Von den am Projekt beteiligten Arbeitsgruppen sollen in exemplarischen "Fallstudien" thesenartig Stellungnahmen zu den genannten Bereichen erarbeitet und diskutiert werden. Auf diese Weise soll eine möglichst vielfältige Reflexion der für die Zukunft der Medizin relevanten Fragestellungen unter Berücksichtigung jeweils differierender kultureller Hintergründe ermöglicht werden. Von der deutschen Arbeitsgruppe wurde 1. auf die aktuelle Debatte um die "Reform des Medizinstudiums" ("education"), 2. auf die Diskussion um "Ethische Aspekte der Humangenetik" ("research") sowie 3. "Probleme der Ressourcenallokation in der Hämodialyse" ("service delivery") fokussiert. Die Fallstudie zur "Reform des Medizinstudiums" konzentriert sich auf die Kritik eines von einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe vorgelegten aktuellen Entwurfs einer Ärztlichen Approbationsordnung (ÄAppO, Stand 12/1995). Zur Einbettung dieser Kritik in die in Deutschland aktuelle Diskussion werden zunächst thesenartig die Anregungen des Murrhardter Kreises zur Reform des Medizinstudiums zusammengefaßt.

## 2. Die Arbeit des Murrhardter Kreises

In Deutschland hat sich die Diskussion um zukünftige Entwicklungen in der Medizin und damit um die Ausbildung von heute für Ärzte von morgen spätestens mit dem Zustandekommen des - von der Robert-Bosch-Stiftung finanzierten - Murrhardter Kreises intensiviert, der unter dem Arbeitstitel "Das Arztbild der Zukunft" seit mehr als 10 Jahren versucht, aus gegenwärtigen Strömungen und Entwicklungen ein "Anforderungsprofil" für zukünftige Ärzte sowie daraus resultierende Konsequenzen für eine grundlegende Reform des Medizinstudiums abzuleiten (1989, 1995).

Vom Murrhardter Kreis werden vielfältige Wurzeln der derzeitigen Krise im Ausbildungsbetrieb benannt und diskutiert. Nach Einschätzung des Murrhardter Kreises sind diese für eine hochwertige Qualität der Lehre schlechten Voraussetzungen nicht geeignet, zukünftigen Entwicklungen gerecht zu werden: Bedingt durch demographischen Wandel und Zunahme von Alterserkrankungen und Multimorbidität, eine zu erwartende Zunahme ökologischer Noxen bei gleichzeitig verschärfter Ressourcenallokation sind einerseits Veränderungen der Inanspruchnahme von Medizin durch veränderte Lebensbedingungen zu erwarten. Andererseits wird das heute noch relativ einheitliche "Arztbild der Zukunft" - bedingt durch Wissensexplosion und technischen Fortschritt und damit einhergehend weiterer Spezialisierung - weiter labilisiert werden. Eine "Neugewichtung heutiger medizinischer Grundlagen und Versorgungsforschung" bzw. eine grundlegende Umstrukturierung der medizinischen Ausbildung, die derartigen Entwicklungen Rechnung trägt, ist damit aus der Perspektive des Murrhardter Kreises unumgänglich (1995).

- (1) Die einseitige Ausrichtung der Medizin an einem naturwissenschaftlichen Paradigma, in dem lineare, monokausale Ursache-Wirkungszusammenhänge vorherrschen
- (2) Ein "reduktionistischer somatischer Krankheitsbegriff" sowie ein "objektivierter Zugang zum Patienten" und dadurch bedingt die Vernachlässigung der subjektiven, personalen Seite des Erlebens
- (3) Ein zu stark fachbezogener Unterricht und der Mangel an didaktisch geeigneten Methoden, die eine gegenstandsbezogene oder problemorientierte Ausbildung ermöglichen
- (4) Eine zu hohe Anzahl von Studenten, die die Ausbildungskapazität der Universitäten überschreiten
- (5) Die Überfrachtung der Studenten mit Faktenwissen ("knowledge"), die das Erlernen von Fertigkeiten ("skills") und die Aneignung von Haltungen ("attitudes and values") erschwert
- (6) Die mangelhafte Ausrichtung der Ausbildung an den realen Anforderungen einer primärärztlichen Versorgung zugunsten eines zweifelhaften Spezialistentums.
- (7) Der geringe Stellenwert von Lehre an den medizinischen Fakultäten vor allem im Vergleich zur Forschung

Abb. 1: Vom Murrhardter Kreis benannte Problemfelder, die eine adäquate Mediziner Ausbildung gegenwärtig behindern.

Die Vorschläge, die der Murrhardter Kreis unter Berücksichtigung dieser Entwicklungen zur Verbesserung des Medizinstudiums erarbeitet hat, haben in vielfacher Weise die öffentliche Diskussion befruchtet. Sie gingen besonders in die vom Wissenschaftsrat beschlossenen "Leitlinien zur Reform des Medizinstudiums" (1992) bzw. die "Vorschläge der Sachverständigenkommission zur Neuordnung des Medizinstudiums" (2) ein. Auch der im folgenden vorgestellte Entwurf der Bund-Länder-Arbeitsgruppe bezieht wesentliche Elemente aus diesen Vorarbeiten.

### 3. Die 8. Novelle der Ärztlichen Approbationsordnung (ÄAppO)

Die deutsche Arbeitsgruppe des Projekts "Goals of Medicine" fokussiert auf die aktuelle Ausbildungsdiskussion, da aus unserer Sicht "Ausbildung" die heute gesellschaftlich realisierte Antwort auf zukünftige Entwicklungen darstellt (s.a. 12). Exemplarisch soll der Entwurf der Bund-Länder-Arbeitsgruppe (Stand 12/1995) für eine Neugestaltung des Medizinstudiums (8. Novelle der ÄAppO) skizziert und daraufhin untersucht werden, ob und wie er den gegenwärtigen bzw. für die Zukunft absehbaren Problemen Rechnung trägt. Die exemplarische Diskussion des Entwurfs bot sich als Fallstudie im Rahmen des Projektes "Goals of Medicine" an, da dieser als aktueller Entwurf einer Prüfungsordnung die tatsächliche Umsetzung "schöner Worte" (14) weit mehr reflektiert als dies "Leitlinien" und "Vorschläge" können. Da die Art der Prüfung Lehr- und Lernverhalten in elementarer Weise beeinflusst, erlaubt die Reflexion der konkreten gesetzlichen Vorgaben noch am ehesten Rückschlüsse auf eine vermutlich daraus resultierende reale Praxis des Studiums.

Der durch die Arbeitsgruppe vorgelegte Entwurf zur 8. Novelle der ÄAppO soll den vom Bundesrat in zwei Beschlüssen (1986, 1989) für das Medizinstudium geforderten Veränderungen Rechnung tragen. Angemahnt wurden vom Bundesrat vor allem eine engere Verzahnung von Vorklinik und Klinik, mehr praktischer Unterricht am Krankenbett und ein stärker fächerintegrierender-gegenstandsbezogener Unterricht. Zu diesem Zweck wird im Entwurf ein sechsjähriges Regelstudium entsprechend der derzeit geltenden EU-Bestimmungen konzipiert, in dem 5500 Pflichtstunden auf drei Phasen (1. Abschnitt und 2. Abschnitt von je zweieinhalb Jahren Dauer sowie ein Praktisches Jahr) verteilt werden.

Statt wie bisher vier werden als Abschluß der jeweiligen Phase nur noch drei Prüfungen durchgeführt, die mit Ausnahme der dritten (rein mündlich-praktisch) sowohl schriftlich (staatlich, multiple-choice) als auch mündlich-praktische Elemente enthalten (lokale Prüfung durch die Fakultäten). Insgesamt ist eine stärkere Betonung der mündlich-praktischen Elemente in Ausbildung und Prüfung beabsichtigt. Zu diesem Zweck werden (den Vorschlägen der Sachverständigen folgend) verschiedene Unterrichtsformen definiert und Höchstzahlen (in Klammern) für die jeweilige Unterrichtsform festgelegt: Systematische Vorlesung, Blockpraktikum, Seminar (20), gegenstandsbezogene Studiengruppe (7), Tutorial, Patientendemonstration (6), Patientenuntersuchung (2). Im Entwurf wird hervorgehoben, daß für bestimmte Bereiche "soweit möglich und zweckmäßig" fächerübergreifender Unterricht zu erteilen ist. Die für einen fächerübergreifenden Unterricht genannten Bereiche weichen allerdings deutlich von den Vorschlägen der Sachverständigenkommission ab, insbesondere wird der

Bereich "Psychosomatik und Psychotherapie" nicht mehr explizit als Querschnittsbereich aufgeführt.

Die Inhalte der ersten Phase umfaßt 5 Bereiche, deren

Reihenfolge und Umfang bzw. Art und Weise der Durchführung ganz in die Hände der jeweiligen Hochschule gelegt werden und aus denen Studenten Kenntnisse nachweisen müssen.

**Der schriftliche Teil des 1. Abschnitts der Ärztlichen Prüfung betrifft folgende Stoffgebiete**

1. Biologie, Embryologie, Anatomie, Allgemeine Pathologie,
2. Physiologie, Pathophysiologie, Physik
3. Biochemie/Molekularbiologie, Pathobiochemie/Klinische Chemie/, Pharmakologie, Chemie

**Der mündliche Teil dieser Prüfung wird in zwei der oben genannten Fächer sowie in den beiden folgenden Bereichen durchgeführt:**

1. Allgemeine ärztliche Untersuchungsmethoden
2. Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie, Epidemiologie, Medizinische Biometrie, Medizininformatik

Abbildung 2: Inhaltliche Strukturierung des 1. Abschnitts der Ärztlichen Prüfung nach dem Entwurf der Bund-Länder-Arbeitsgruppe, Stand 12/95.

Die zweite Phase umfaßt den Nachweis grundlegender Kenntnisse aus den aus Abbildung 3 ersichtlichen Stoffgebieten.

**Der schriftliche Teil des 2. Abschnitts der Ärztlichen Prüfung umfaßt folgende 4 Stoffgebiete:**

1. "Allgemeines Stoffgebiet", (Strukturen des Gesundheitswesens, Gesundheitsvorsorge, Arzneimitteltherapie, Infektionslehre, Spezielle Pathologie)
2. Nichtoperatives Stoffgebiet (Innere Medizin, Kinderheilkunde)
3. Operatives Stoffgebiet (Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe)
4. Nervenheilkundliches Stoffgebiet (Neurologie, Psychiatrie)

**Der mündliche Teil dieser Prüfung betrifft je ein Fach aus insgesamt 4 Prüfungsgebieten:**

1. Arbeits- und Sozialmedizin, Mikrobiologie, Physikalisch-Rehabilitative Medizin, Öffentliches Gesundheitswesen, Rechtsmedizin, Pathologie
2. Innere Medizin, Kinderheilkunde, Immunologie, Dermatologie, Radiologie, Humangenetik
3. Chirurgie, Frauenheilkunde, Anästhesiologie, Augenheilkunde, Orthopädie, Urologie, Hals-Nasen-Ohren Heilkunde
4. Allgemeinmedizin, Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik/Psychotherapie, Klinische Pharmakologie, Klinische Chemie

Abbildung 3: Inhaltliche Strukturierung des 2. Abschnitts der Ärztlichen Prüfung nach dem Entwurf der Bund-Länder-Arbeitsgruppe, Stand 12/95.



In der Beschreibung dieser Stoffgebiete deckt sich der Entwurf der Bund-Länder-Arbeitsgruppe weitgehend mit den Vorschlägen des Sachverständigenrats. Dieser hatte jedoch darüber hinaus vorgeschlagen, daß zwei Themen aus drei sogenannten "Querschnittsbereichen" die Hauptstoffgebiete ergänzen sollten: (1) "Systemstörungen" (Onkologie, Herz-Lungen-Gefäß-Störungen, Infektionen, Stoffwechselstörungen), (2) "Primäre Gesundheitsversorgung" (Mutter und Kind, Alter und Alterskrankheiten, Chronische Krankheiten und Multimorbidität) sowie (3) "Behandlungskonzepte", ei-

nem Stoffgebiet dem von den Sachverständigen neben der Klinischen Pharmakotherapie auch der Schwerpunkt "Psychosomatik und Psychotherapie" zugeordnet wurde. Diese Querschnittsbereiche werden im Entwurf nicht mehr berücksichtigt.

Im dritten Abschnitt der ärztlichen Prüfung, der im Gegensatz zu den beiden vorherigen rein mündlich erfolgen soll, werden neben Kenntnissen vor allem auch Fertigkeiten aus den folgenden Bereichen geprüft.

<p><b>Der mündliche 3. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung beinhaltet</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fragen aus der Inneren Medizin, der Chirurgie und einem Gebiet, in dem der Prüfling zusätzlich sein Praktisches Jahr absolviert hat.</li> <li>2. Fragen aus den übrigen Fächern (z.B. Kinderheilkunde, Gynäkologie, Nervenheilkunde, Pathologie, Pharmakologie etc.)</li> <li>3. Aspekte der Medizinischen Soziologie und Epidemiologie</li> <li>4. Fragen zu den geistigen und ethischen Grundlagen der Medizin, des Arzt-Patient-Verhältnisses und der koordinierenden Funktion des Hausarztes</li> </ol> <p>Der Prüfling soll daneben Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten nachweisen in</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. der Technik der Anamneseerhebung und einfachen klinischen Untersuchungs- und Laboratoriumsmethoden</li> <li>2. der Gewinnung und Gewichtung von diagnose- bzw. indikationselevanter Informationen</li> <li>3. der Pathologie bzw. pathogenetischen Grundlagen</li> <li>4. der Indikation operativer und konservativer Therapien unter Berücksichtigung gesundheitsökonomischer Gesichtspunkte</li> <li>5. pharmakologischen Grundlagen unter Berücksichtigung Aspekte und arzneirechtlicher Vorschriften</li> <li>6. Prävention und Rehabilitation</li> <li>7. den koordinierenden Funktionen des Hausarztes bzw. Anderen Anforderungen hausärztlicher Tätigkeit</li> <li>8. den allgemeinen Regeln des ärztlichen Verhaltens insbesondere bei chronisch und unheilbar Kranken und Sterbenden</li> </ol>	
---	--

Abbildung 4: Inhaltliche Strukturierung des 3. Abschnitts der Ärztlichen Prüfung nach dem Entwurf der Bund-Länder-Arbeitsgruppe, Stand 12/95.

Der Entwurf schreibt daneben vor, daß für die Lehre ethischer Aspekte in der Medizin während des Praktischen Jahrs sechs 2-3 stündige Veranstaltungen besucht werden müssen.

#### 4. Wird der Entwurf der Bund-Länder-Arbeitsgruppe den Prioritäten und Zielen einer zukünftigen Medizin gerecht?

Auch wenn einige der vom Murrhardter Kreis bzw. vom Wissenschaftsrat sowie der Sachverständigengruppe erarbeiteten Vorschläge in Formulierungen des Entwurfs zu den Zielen bzw. der Gestaltung des Studiums einfließen, so laufen aus unserer Sicht wesentliche Ausführungsbestimmungen des Entwurfs den notwendigen Reformen entgegen. Besonders bedenklich stimmen bezüglich einer adäquaten Ausbildung heute für Ärzte von morgen die 5 folgenden Punkte:

1. Im Entwurf wird eine deutliche Erhöhung der Pflichtstundenzahl in den drei Ausbildungsabschnitten auf 5500 (begründet durch die Anpassung an EG-Normen) festgeschrieben. Damit wird einer weiteren Verschulung des Studiums Vorschub geleistet und die Bedeutung der geplanten "Wahlpflichtveranstaltungen" in denen Studenten "eigene Interessen besser als bisher" vertiefen sollen, relativiert. Soll die Vermittlung von "Eigenverantwortlichkeit" und "Selbständigkeit" wie im Entwurf eingangs betont tatsächlich ein wesentliches Ziel der Ausbildung darstellen, so kann sich eine weitere Erhöhung der Pflichtstundenzahl angesichts der das Medizinstudium schon jetzt kennzeichnenden Verschulung in bezug auf diese Lernziele nur abträglich auswirken. Wie die Fähigkeit als Arzt autonom zu handeln bzw. die (in Zukunft zunehmende) Autonomie von Patienten zu respektieren, in einem derart verschulenden Ausbildungsgang vermittelt werden soll, bleibt fraglich. Studenten, die nicht angeleitet wurden, ihr Studium eigenverantwortlich zu gestalten, werden sicher später - als Ärzte in der Hierarchie des Medizinbetriebs - Verantwortungsübernahme nicht anstreben, denn die Delegation von Verantwortung an paternalistische Strukturen entlastet von Gewissensdruck. Warum sollten junge Mediziner ein aus psychodynamischer Sicht bequemes Verhaltensmuster mit dem Ende ihres Studiums aufgeben? Die Forderung nach mehr "Ethik" in der Ausbildung bleibt Lippenbekenntnis, wenn sie auf die inhaltliche Veränderung von Prüfungsfragen reduziert wird. Die Forderung nach einem "Leistungsnachweis" Ethik in der Medizin (S. 72) wird die Probleme kaum lösen, die durch den Mangel an Reflexion ethischer Probleme im Studium entstehen. Verantwortungsübernahme kann eben nicht einfach als Inhalt - z.B. durch systematische Vorlesungen - verordnet, sondern muß an praktisches Handeln gekoppelt prozessual vermittelt und eingeübt werden.

2. Der Diskursfähigkeit des Arztes, seinen Möglichkeiten, Patienten zu verstehen bzw. komplexe Sachverhalte zu vermitteln, wird angesichts des zunehmenden Umfangs und Differenzierung medizinischen Wissens und Könnens immer größere Bedeutung zukommen, sollen Konzepte, wie z.B. des "informed consent" nicht zu Schlagworten verkommen. Auch die genannten Veränderungen des Morbiditätsspektrums, v.a. die Zunahme chronischer

Krankheiten verlangen in der Zukunft mehr nach einem "Mittler" medizinischen Wissens, dem Arzt als Berater, der einen Patienten in der Bewertung von Befunden und therapeutischen Möglichkeiten unterstützt, als dem traditionell-paternalistischen "Heiler", der Wissen monopolisiert und Abhängigkeiten von Patienten fortschreibt. Eine Verschärfung der Entwicklung zum Spezialistentum derer, die von immer weniger immer mehr wissen, scheint angesichts der Wissensexplosion in der Zukunft unvermeidlich, wird dem nicht durch die fächerübergreifende Vermittlung einer bio-psycho-sozialen Perspektive entgegengesteuert. Die Ausweitung der Anzahl der Prüfungsfächer unterstreicht jedoch, wie sehr am fächergebundenen Ansatz und damit an der Atomisierung des Wissens in Spezialbereichen festgehalten wird: Für die Wahlpflichtbereiche des Zweiten Abschnitts werden insgesamt 39 verschiedene Einzelfächer aufgelistet. Die Vermittlung der Fähigkeiten, dieses Wissen an Patienten weiter zu vermitteln bzw. der Fähigkeiten über die Ziele einer Behandlung in den Diskurs mit Patienten und Kollegen einzutreten, wird als Lernziel im Entwurf nicht einmal genannt.

3. Das Vorherrschen eines einseitig naturwissenschaftlichen Paradigmas hat stets zur Akzentuierung von Faktenvermittlung und zur Bevorzugung linear-monokausaler Erklärungsmuster geführt. Primärärztlicher Fähigkeiten und ganzheitlich-medizinischer Ansätze sowie ökosystemisches Denken, in dem sich Risikofaktoren "wie Vektoren nach Art und Stärke unterscheiden ... deren Zusammenspiel die Krankheitsentstehung und Entwicklung bedingt" (Murrhardter Kreis, 1995, S 28) wurde dem gegenüber vernachlässigt. Der Wegfall des in den vorherigen Entwürfen explizit genannten, fächerübergreifenden "Querschnittsbereichs" Psychosomatik/Psychotherapie und der Ausschluß der Psychosomatik aus dem Kanon der Pflichtfächer kann sich in diesem Zusammenhang nur fatal auswirken (s.a. 7). Angesichts der Bedeutung, die einem vertieften Verständnis der Arzt-Patient-Beziehung in einer für die Zukunft anzustrebenden bio-psycho-sozialen Perspektive zugestanden werden müßte, und dem Ziel, die "psychischen Fähigkeiten" des in der Primärversorgung tätigen Hausarztes zu unterstützen, sollte die Vermittlung basaler psychosomatischer Konzepte und deren Verzahnung dieser Konzepte mit traditionell somatisch orientierten Ansätzen unverzichtbarer Bestandteil in der Ausbildung zukünftiger Mediziner sein. Zu denken wäre in diesem Zusammenhang an, im Entwurf der ÄAppO nicht erwähnte aber in der Praxis längst als praktikabel erwiesene Teilnahme an Balintgruppen für Studenten (10). In solchen Gruppen können von Beginn an studienbegleitend Erfahrungen mit Patienten bzw. der gesamten Ausbildungssituation aus einer subjektiven oder personalen Perspektive reflektiert werden.

4. Die Transferfähigkeit des im Studium erworbenen Wissens wird gefährdet, weil der Entwurf letztlich an überalterten Lernformen - vor allem der systematischen Vorlesung mit insgesamt 1260 (von 3640 in den beiden ersten Abschnitten zu erbringenden Pflichtstunden) -

festhält. Der für die Vorbereitung auf eine primär-ärztliche Tätigkeit so wichtige Unterricht am Krankenbett bzw. das gegenstandsbezogene Lernen spielen im Entwurf der neuen ÄAppO nur eine sehr untergeordnete Rolle: Die für diese Bereiche vorgesehenen 638 Stunden dürften kaum zu einer "Integration" des gegenstandsbezogenen Lernens führen. Angesichts der Regelung, daß diese Stundenzahl um 20% gekürzt und durch andere Lernformen wie z.B. Vorlesungen ausgeglichen werden können - mehr als 80% des Studiums bleiben damit Großgruppenveranstaltungen - konzipiert der Entwurf eher eine halbherzige Umschichtung denn eine grundlegende Neuorientierung. Letztlich wird am Primat des faktenorientierten Wissenserwerbs festgehalten. Von einer ausgewogenen Balance der Lernformen, die einen adäquaten Transfer von "knowledge" in die spätere ärztliche Praxis garantiert, kann nicht die Rede sein.

5. Da die Art einer Prüfung, die Art der Vorbereitung darauf und damit das Studium an sich wesentlich beeinflusst, kommen den einschlägigen Passagen im Entwurf besondere Bedeutung zu. Wesentliche Aspekte der Gestaltung der Zwischenprüfung werden nicht den Universitäten überantwortet, sondern bleiben vor allem in ihrem schriftlichen Teil unter staatlicher Kontrolle. Das Festhalten am Staatsvorbehalt am Ende des ersten klinischen Abschnitts und damit an einer in bezug auf die primärärztliche Orientierung fraglichen "Validität" des Prüfungsvorganges (multiple choice) bedingt faktisch ein Auseinanderfallen von Prüfung und "eigentlich" zu vermittelnden Inhalten. Auch der Verzahnung von vorklinischen und klinischen Inhalten wird durch den ersten Abschnitt der Staatsprüfung mit ihrem bundeseinheitlich gestalteten Fragenkatalog eher entgegengearbeitet. Die Kritik an der Validität dieser Prüfungsform (z.B. Fachtagung Medizin, 1994) ist vielstimmig schon der alten Approbationsordnung entgegengehalten worden und braucht deswegen an dieser Stelle nicht erneuert zu werden. Da das Abschneiden in der Prüfung das Lernverhalten der Studenten auch zukünftig mehr beeinflussen wird als andere Elemente des Studienplans, bedingt das Festhalten an der Bundeseinheitlichkeit des schriftlichen Teils der Zwischenprüfung auch eine weitgehende inhaltliche Ausrichtung der Studenten an dieser Prüfungsform.

## 5. Zusammenfassende Beurteilung

Es bleibt festzuhalten, daß die Ausführungsbestimmungen des Entwurfs nicht einlösen werden, was in der Begründung fast euphorisch verkündet wird: Eine "grundlegende Neuregelung des Medizinstudiums". Die vom Bundesrat angemahnte stärkere Verzahnung zwischen Theorie und Praxis bleibt Idee, vor deren Verwirklichung auch diese 8. Novelle zurückschreckt. Damit erscheint der Entwurf der Bund-Länder-Arbeitsgruppe trotz eines Votums für Veränderungen in den Details seiner Ausführungsbestimmungen wenig hilfreich, den Anforderungen zukünftiger Entwicklungen gerecht zu werden. Die durch ihn produzierte Realität schreibt in wesentlichen Punkten fort, was eigentlich reformiert

werden sollte: Das Medizinstudium als pragmatischer Interessensausgleich und nicht als systemtische Ausbildung ganzheitlich orientierter Ärzte.

Auch wenn vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Zwänge sowie internationaler Konkurrenz eine Veränderung des Medizinbetriebs bzw. eine Anpassung der Medizin an zukünftige Herausforderungen nicht primär und nur von der Ausbildung her in Gang gesetzt werden kann: Ein Beitrag zur Humanisierung der Medizin bzw. zur Anpassung an sich verändernde Bedingungen wäre auch von dieser Seite her erforderlich. Die genannten Kritikpunkte am Entwurf der Bund-Länder-Arbeitsgruppe lassen jedoch keine optimistische Prognose zu. Denn die Praxis der in diesem Entwurf umrissenen Ausbildung bleibt ein Reflex auf die die derzeitige Medizin kennzeichnenden Bedingungen, die Ausbildung bleibt Überbau über ein in Fächer gespaltenes Kartell von Interessen, die primär nicht auf die Verbesserung dieser Ausbildung zielen. Der "Egoismus der Fächer" dürfte weiterhin dafür sorgen, daß Inhalte "additiv" (11) und nicht integriert unterrichtet werden, denn vor dem Hintergrund allgegenwärtiger Wünsche nach Besitzstandswahrung wird auch der Ruf nach besserer Abstimmung der in der Lehre Tätigen verhallen. Von Uexküll (1993) hat in diesem Zusammenhang den Fakultäten grundsätzlich "Unfähigkeit zur Reform" vorgeworfen und eigentlich "Unwillen" gemeint. Zu Recht hat er die Reformfähigkeit gewachsener Ausbildungsstrukturen in Frage gestellt und darauf hingewiesen, daß alle wesentlichen Reformmodelle in der Medizinerbildung Neugründungen gewesen sind. Die eher halbherzige "Modellversuchsklausel, die es ermöglicht, daß neben den Neuerungen für den Regelstudiengang noch *darüber hinausgehende* Reformüberlegungen realisiert werden können" (Hervorhebung durch d. Verf.), also im Grundsatz *abweichende* Regelungen nicht zuläßt, wird dafür sorgen, daß in Deutschland derartige Neugründungen nicht zu erwarten sind. Der minimale Gestaltungsspielraum, der den Fakultäten durch die neue ÄAppO bleibt, ist leider auch Spielraum für Nicht-Gestaltung. Ob also Appelle an die *Gestaltungspflicht* der Fakultäten (6) ausreichen werden, diese in ihren Zielkonflikten zu mehr Engagement in der Lehre zu bewegen, darf bezweifelt werden.

## Literatur

- 1 Allert, G.: (1994) Ethische und gesundheitspolitische Fragen in der Ziel- und Prioritätensetzung in der Medizin. Zeitschrift für medizinische Ethik, 40, S. 256-257.
- 2 Bundesministerium für Gesundheit: (1993). Vorschläge zur Gestaltung des Medizinstudiums der Sachverständigenkommission zu Fragen der Neuordnung des Medizinstudiums. Bonn; 315-4331-0/43 B
- 3 Bundesministerium für Gesundheit: (1995) Entwurf einer Approbationsordnung für Ärzte. Fassung

- nach dem Arbeitsstand der Bund-Länder-Arbeitsgruppe, Dezember 1995. Bonn
- 4 Callahan, D.: Setting Limits: Medical Goals in an Aging Society. Simon & Schuster (1992)
  - 5 Engel, G. L.: (1982) The biopsychosocial model and medical education. New England Journal of Medicine (306), 802-805.
  - 6 Heimpel, H.: (1993) Gestaltungsrecht und Gestaltungspflicht der Universitäten als Voraussetzung zur Reform der medizinischen Ausbildung. Mitteilungen des Hochschulverbandes (4), 244-247.
  - 7 Hölzer, M., Pfäfflin, F., Allert, G.: (1995) Die Ausbildungsreform im Medizinstudium - Auswirkungen der 8. Novelle der ärztlichen Approbationsordnung auf das Fach Psychosomatik/Psychotherapie. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 45, 436-441
  - 8 Lohölter, R.: (1993) Zur internationalen Entwicklung der Studienreform in der Medizin. In: Habeck, G. Schagen, U., Wagner, G. (Hrsg.) Reform der Ärzteausbildung, Berlin: Blackwell Wissenschaft, 51-69
  - 9 Robert Bosch Stiftung: Das Arztbild der Zukunft. Gerlingen: Bleicher-Verlag (1989, 1995)
  - 10 Schüffel, W.: Sprechen mit Kranken. Urban & Schwarzenberg, München (1993)

- 11 Van de Loo, J.: (1993) Zur Reform des Medizinstudiums. Die Leitlinien des Wissenschaftsrates. Mitteilungen des Hochschulverbandes (4), 231-234.
- 12 van den Bussche, H.: (1993) Prüfungen in der ärztlichen Ausbildung - Funktionen, Möglichkeiten und Grenzen. In: Habeck, G. Schagen, U., Wagner, G. (Hrsg.) Reform der Ärzteausbildung, Berlin: Blackwell Wissenschaft, 91-107.
- 13 von Uexküll, T.: (1993) Von der Unfähigkeit medizinischer Fakultäten zur Reform. Psychomed, 5, 254-258.
- 14 von Uexküll, T.; Wirsching, M.: Freiburger Aufruf zur Entwicklung einer ausgewogenen humanen Medizin (1994)
- 15 Wissenschaftsrat: Leitlinien zur Reform des Medizinstudiums. Bremen (1992)

### **Anschrift des Verfassers**

Dr. med. M. Hölzer,  
Abteilung Psychotherapie der Universität Ulm,  
Am Hochsträß 8  
D 89081 Ulm