

- 9 Mitteilung der ZVS Dortmund vom 6. 4. 1978.
- 10 Wissenschaftsrat: Empfehlungen zum siebenten Rahmenplan für den Hochschulbau 1978–1981, Bd. 5, Bauvorhaben der Medizin.
- 11 Hauptvorstand der ÖTV: Perspektiven zur Gesundheitspolitik Stuttgart 1977.
- 11 a Informationen der Zentralstelle für Arbeitsvermittlung der Bundesanstalt für Arbeit Nr. 3/78: Zur Berufssituation der Ärzte in der Bundesrepublik Deutschland, S. 17; Frankfurt/Main, März 1978.
- 12 Krähe: Studienabbruch und Studienfachwechsel bei Medizinstudenten, HIS-Brief 8, Institut für Ausbildungsforschung München 1970.
- 13 Krämer (Direktor des Instituts für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen in Mainz) in: DÄ 5/78, S. 257 ff.
- 14 Krämer, in: DÄ 4/78, S. 188 ff.
- 15 Bund Demokratischer Wissenschaftler: Wissenschaftler – Bedarfsplan des BdWi 1978–1980, Marburg 1977.
- 16 Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen: Materialien zur kassenärztlichen Bedarfsplanung, Teil 1: Die regionale Verteilung der niedergelassenen Ärzte und Zahnärzte in der Bundesrepublik Deutschland, Bonn – Bad Godesberg 1977.
- 17 Die Ortskrankenkasse 3/78, S. 131.
- 18 WSI-Mitteilungen 4/1976, S. 193.
- 19 BuMiAS (Hrsg.): Unfallverhütungsbericht 1976, S. 118.
- 20 DÄ 14/78, S. 797.
- 21 Die Ortskrankenkasse 5/78, S. 207.
- 22 Sieben/Goetzke: Das Einkommen der niedergelassenen Ärzte, Vergleichende Studie über die Entwicklung der verfügbaren Nettoeinkommen von niedergelassenen Ärzten und Arbeitnehmern; Gutachten im Auftrag des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung, Köln 1978.
- 23 Thelen: Numerus clausus und Ärzteschaft, Gießen 1974, S. 143.

Eberhard Göpel

## Die bildungs- und gesundheitspolitische Bedeutung einer medizinischen Curriculumreform am Oberstufen-Kolleg der Universität Bielefeld

Die ärztliche Ausbildung in der Bundesrepublik ist durch die Approbationsordnung von 1970 gesetzlich geregelt. Durch mehrfache bundeseinheitliche schriftliche Prüfungen (innerhalb der 12-semesterigen Ausbildung sind 4 Staatsprüfungen zu absolvieren) und durch eine extreme Forderung obligatorischer Veranstaltungen ist der Spielraum für die praxisnahe Erprobung struktureller Reformen innerhalb des Medizinstudiums in der Bundesrepublik praktisch beseitigt worden.

Hinzu kommt, daß auch an den medizinischen Fakultäten bei deren gegenwärtigem Aufbau keinerlei Voraussetzungen für eine grundlegende Curriculumentwicklung und -evaluation bestehen.

Dabei ist allgemein anerkannt, daß gerade im Bereich der medizinischen Ausbildung grundlegende Änderungen für die Lösung zumindest der folgenden Probleme dringend notwendig sind:

### 1. *Das Problem des Zugangs und der Eignungsprüfung.*

Solange die ärztliche Praxis privatwirtschaftlich betrieben werden kann und die Erlöse wesentlich über durchschnittlichem Arbeitnehmer-Einkommen liegen, kann davon ausgegangen werden, daß der Zustrom zum Medizinstudium anhält. Als besonders ungenügend sind nun Selektionskriterien für Studieninteressenten zu bewerten, die allein oder überwiegend Faktoren berücksichtigen, die zwar als computerfreundlich gelten können, aber nachgewiesenermaßen kaum oder keinen Prognosewert für das Staatsexamen, geschweige denn die spätere Praxistätigkeit, haben. Dies gilt für Abiturdurchschnittsnoten in gleicher Weise wie für aufwendige Tests. Das ist auch kaum verwunderlich, denn die Gemeinsamkeiten etwa zwischen den Fachrichtungen Psychotherapie und Neurochirurgie, die beide auf einer ärztlichen Ausbildung aufbauen, dürften nahe bei Null liegen.

Die einzige sinnvolle Alternative zu dem gegenwärtigen willkürgesteuerten Lottosystem besteht im Einräumen einer praktischen Überprüfungsmöglichkeit der berufsspezifischen Interessen und Fähigkeiten zu einem Zeitpunkt, zu dem die Studienentscheidung noch ohne Zeit-, Finanz- und Prestigeverlust revidierbar ist. Dies wäre im Rahmen der studienbezogenen Ausbildungsgänge der Sekundarstufe II denkbar.

Gegenwärtig enthält die gymnasiale Oberstufe aber weder irgendeine Form von Berufsbezug noch gibt es den Wissenschaftsbereich der Medizin als Lernangebot.

### 2. *Das Problem der Struktur der ärztlichen Ausbildung.*

Die gegenwärtige ärztliche Ausbildung in der Bundesrepublik findet in spezialisierten Instituten und Kliniken statt und besteht im wesentlichen aus einer Addition der verschiedensten Wissensgebiete, deren praktischer Zusammenhang für die Auszubildenden nicht erkennbar werden kann, weil er innerhalb der medizinischen Fakultäten selbst nicht mehr oder nur noch in Spezialitäten existiert.

Notwendige Folge der zusammenhanglosen Aneignung von Detailwissen der verschiedenen Fächer und Fachgebiete ohne ausreichende Erfahrungs- und Verarbeitungsmöglichkeit ist eine unter Prüfungsdruck erzeugte orientierungslose Parzellierung des Bewußtseins, die statt kreativer Selbständigkeit angstgesteuerte Reproduktion und Imitation, statt Kritikfähigkeit Faktengläubigkeit, statt Ich-Stärke und Solidarität zynische Regression fördert.

Unter sozialisationstheoretischen Gesichtspunkten ist für das Ausbildungsziel, kompetente helfende Mitmenschlichkeit einzuüben, wohl kaum ein noch destruktiveres Ausbildungsarrangement zu ersinnen, als das der gegenwärtigen ärztlichen Ausbildung in der Bundesrepublik, insbesondere im Rahmen der vor-klinischen Ausbildung.

In beinahe allen Industriestaaten sind in den letzten Jahren neue Versuche begonnen worden mit einer völligen Umstrukturierung des medizinischen Curri-

culums, das von Anfang an von der Problemstellung der kompetenten Hilfeleistung abgeleitet wird und das sog. Grundlagen-Wissen an diesem Maßstab orientiert.

Eine derartige Ausbildung findet ihre Bezugspunkte überwiegend außerhalb der klinischen Forschung und Behandlung und ist innerhalb der Strukturen und Kompetenzen der gegenwärtigen medizinischen Fakultäten in der Bundesrepublik undenkbar.

Die zentralistische Starrheit der Approbationsordnung sichert auf absehbare Zeit ein hohes Niveau bei der Lösung von schriftlichen multiple-choice-Fragen unter den deutschen Medizinstudenten. Sie stiftet gewiß Gerechtigkeit unter den gleichermaßen inkompetent Ausgebildeten, spendet aber kaum Trost für alle von der praktischen Anwendung Betroffenen und schon gar nicht ermutigt sie Reformwillige, den Einsatz gegen dieses erkanntermaßen verderbliche Ausbildungskonzept zu wagen und Alternativen zu entwickeln und zu erproben.

### *3. Das Problem der Zuordnung der ärztlichen Ausbildung zur Ausbildung der übrigen Medizinalfachberufe.*

Bis heute wird medizinische Ausbildung in der Bundesrepublik noch weitgehend als gleichbedeutend mit ärztlicher Ausbildung angesehen.

In der Entwicklung in anderen Industriestaaten zeichnet sich jedoch ab, daß in Zukunft der ärztliche Beruf nur einer unter mehreren Medizinalfachberufen ist, die in gleicher Weise auf medizinisches Grundwissen zurückgreifen und dieses in arbeitsteiliger Spezialisierung anwenden. Darüber hinaus wird medizinisches Wissen auch zunehmend unter präventiven Gesichtspunkten an andere Berufe vermittelt werden, die dieses zwar nicht therapeutisch verwenden, gleichwohl aber eine fundierte medizinisch-wissenschaftliche Kenntnis für ihre Berufsausübung in den verschiedensten Bereichen benötigen, um sachgerechte Entscheidungen auch unter dem Gesichtspunkt der Krankheitsvermeidung und Gesundheitsförderung treffen zu können.

Innerhalb der OECD-Planungen ist die Vorstellung einer „Gesundheitsuniversität“ entwickelt worden, die den Rahmen für eine umfassende Vermittlung medizinischen Wissens unter den verschiedensten Anwendungsgesichtspunkten und für eine entsprechende Forschung bilden kann.

Für die Bundesrepublik ist es allerdings sehr unwahrscheinlich, daß ein derart umfassendes Konzept in absehbarer Zeit realisiert werden könnte. Weder ist eine plötzliche Änderung des rein kurativ-naturwissenschaftlich ausgerichteten Paradigmas der medizinischen Forschung wahrscheinlich, noch ist anzunehmen, daß seitens der ärztlichen Standesorganisationen der Monopolanspruch auf das medizinische Wissen in realistischer Selbsteinschätzung der eigenen Interessenposition in absehbarer Zeit aufgegeben würde.

Für alle drei genannten Problemkreise kann die Hypothese aufgestellt werden, daß sie bei der gegenwärtigen Struktur unseres Schulsystems – angesichts der institutionellen Trennung von beruflicher und allgemeiner Bildung – und der gegenwärtigen Struktur der Medizinischen Fakultäten – angesichts deren einseitiger Forschungs- und Interessenausrichtung – auf absehbare Zeit nicht grundlegend gelöst werden können.

Für diejenigen, die in dieser Erkenntnis nicht verzagen wollen, bleibt die einzige realistische Reformstrategie die systematische Erprobung von Alternativen im Rahmen von hinreichend abgesicherten und unterstützten Modellversuchen, die die Möglichkeit eingeräumt erhalten, in einem begrenzten und überschaubaren Rahmen theoretisch ausgewiesene institutionelle und inhaltliche Alternativen praktisch zu erproben.

Einen derartigen Ansatzpunkt gibt es z. B. am Oberstufen-Kolleg der Universität Bielefeld.

Das Oberstufen-Kolleg wurde im Jahre 1970 als zentrale Einrichtung an der Universität Bielefeld gegründet. Es wurde zunächst in einer dreijährigen Vorlaufphase von der Stiftung Volkswagenwerk finanziert und ist seit 1972 eine Einrichtung des Landes Nordrhein-Westfalen an der Universität Bielefeld. Es ist in seiner Zielsetzung aus den bildungspolitischen Diskussionen um eine Neuordnung des Bildungswesens entstanden und versteht sich innerhalb einer Gliederung von Gesamtschulen und Gesamthochschulen als eine neue „Tertiärstufe“ im Übergang von schulischer Allgemeinbildung zu wissenschaftlicher Spezialisierung.

Die Ausbildung am Oberstufen-Kolleg wurde im Herbst 1974 begonnen. Sie zielt darauf ab, in einem einheitlichen vierjährigen Ausbildungsgang Jugendliche nach Abschluß der Sekundarstufe I zu einem Hauptstudium an der Universität in den wichtigsten wissenschaftlichen Disziplinen zu befähigen.

Für die 220 Kollegiaten, die jedes Jahr aufgenommen werden, werden gegenwärtig 23 Grundstudiengänge als *Wahlfächer* angeboten. Unter diesen befindet sich auch der Ausbildungsgang „*Gesundheitswissenschaftliche Propädeutik*“ als eine grundlegende Einführung und Vorbereitung auf ein klinisches Studium der Medizin.

Das Oberstufen-Kolleg versucht, durch konsequente Zusammenfassung von Ausbildungsinhalten der gymnasialen Oberstufe und des universitären Grundstudiums zu einer einheitlichen wissenschaftspropädeutisch orientierten Tertiärstufe, in der traditionell-schulische Allgemeinbildung mit zunehmend fachlich-beruflicher Spezialisierung verbunden ist, eine rationalere, an den individuellen Interessen und Fähigkeiten der Kollegiaten ausgerichtete Studienfach- und Berufswahl zu ermöglichen.

Es will dabei nachweisen, daß es gelingt, innerhalb eines mindestens 4-jährigen Ausbildungsgangs am Oberstufen-Kolleg einen kompensatorischen Ausgleich der unterschiedlichen Eingangsvoraussetzungen zu schaffen und zugleich eine Alternative zum Abitur im herkömmlichen Sinn und zu den gegenwärtigen Regelungen des Hochschulzugangs zu entwickeln. In diesem Sinne besteht ein zentrales pädagogisches Ziel des Ausbildungsgangs „*Gesundheitswissenschaftliche Propädeutik*“ darin, den an einer ärztlichen Ausbildung und Tätigkeit interessierten Kollegiaten eine Möglichkeit zu eröffnen, ihre Studienmotivation durch eine realistische Vorstellung von dem angestrebten Berufsfeld zu überprüfen und ihre Studien- und Berufseignung durch praktische Erfahrung erproben zu können.

Durch seine Zwischenstellung zwischen Schule und Hochschule will das Oberstufen-Kolleg in beide Institutionen verändernd wirken. Es kann einerseits zu einer didaktischen Fundierung des Grundstudiums beitragen und andererseits die Studienvorbereitung in der Schule verbessern. Es ist zumindest nicht ausge-

schlossen, daß es künftig auch zu einem Abbau der Kluft zwischen akademischer und beruflicher Bildung beitragen kann. Die Rahmenvorgaben sind weitgespannt genug, um die Integration von Berufserfahrung zu ermöglichen.

Diese allgemeinen Rahmenbedingungen machen es möglich, wesentliche Beiträge zur Reform der medizinischen Ausbildung zu leisten:

- Für das Problem der Studienentscheidung erscheint die Ausbildung am Oberstufen-Kolleg im Sinne eines „Probestudiums“, das bei endgültiger Entscheidung auf das Medizinstudium angerechnet wird, eine sinnvolle und geeignete Lösung, da sich die medizinische Ausbildung von Anfang an auch auf medizinische Praxis bezieht und diese Erfahrungen als Entscheidungsgrundlage dienen.
- Für das Problem der Struktur der Ausbildung ist die Umstellung der Studieneingangsphase im Hinblick auf eine problem- und praxisbezogene Ausbildungsgestaltung eine sinnvolle Alternative, die die Auszubildenden auf dem Hintergrund einer selbständigen Problemerkennung zu zielgerichtetem und kritischem Grundlagestudium anleitet.
- Für das Problem der Zuordnung der ärztlichen Ausbildung zur Ausbildung der übrigen Medizinalfachberufe bietet es zumindest einen ersten Schritt zur Verbesserung, indem es Angehörigen der nichtakademischen Medizinalfachberufe einen unmittelbaren Zugang zu einem aufbauenden Studium ermöglicht, und nicht erst den formalen Erwerb der Allgemeinen Hochschulreife voraussetzt.

Die institutionelle Trennung von einer Medizinischen Fakultät und die Einordnung in eine pädagogische Institution ist nicht nur kein Mangel, sondern gegenwärtig eher notwendige Bedingung, um die Realisierung zu sichern. Voraussetzung ist allerdings, daß die einseitigen Forschungs- und Praxisfelder der Medizinischen Fakultäten durch geeignete Erfahrungsbereiche in den verschiedenen Institutionen der gesundheitlichen Primärversorgung ersetzt werden können. Dies setzt eine Kooperationsbereitschaft mit Berufsbereichen voraus, die bisher kaum oder gar nicht in Ausbildungszusammenhänge einbezogen waren. Hierfür müssen zunächst erst noch geeignete Formen der Zusammenarbeit und Möglichkeiten der Institutionalisierung entwickelt werden. Dies gilt vor allem auch für die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten in deren Praxis, Sozialstationen, Beratungseinrichtungen und anderen Institutionen der gesundheitlichen Primärversorgung.

Der Ausbildungsgang „Gesundheitswissenschaftliche Propädeutik“ am Oberstufen-Kolleg ist jedoch gegenwärtig kein realistisches Modell für eine allgemeine Reform des Hochschulzugangs und der Studieneingangsphase des Medizinstudiums.

Die spezifischen Strukturmerkmale des Oberstufen-Kollegs, die auf eine Abschaffung des Abitursystems abzielen zugunsten eines Ausbildungsprozesses, der eine auf praktische Erfahrung gegründete Studien- und Berufsentscheidung ermöglichen soll, sind den rückschrittlichen bildungspolitischen Bestrebungen der letzten Jahre, die auf eine erneute Verfestigung der traditionellen formalen Qualifikationsstrukturen abzielen, diametral entgegengesetzt.

Es ist daher nicht ausgeschlossen, daß dieser Modellversuch, der innerhalb der bildungspolitischen Landschaft zunehmend zu einem nunmehr ärgerlichen Dokument früherer sozialdemokratischer Reformziele geworden ist, in absehbarer

Zeit beendet oder in seinen wesentlichen Elementen grundlegend verändert wird.

Es wird wesentlich von der Unterstützung der bildungspolitischen Öffentlichkeit abhängen, ob es gelingt, diesen Reformansatz zumindest als singulären Modellversuch zu erhalten, um von hier aus praktische Erfahrungen und Argumente auch für die dringend notwendige grundlegende Reform der medizinischen Ausbildung in der Bundesrepublik gewinnen zu können.

Reinhard Laux

## Kursus der Medizinischen Soziologie

### Zur problemorientierten, praxisbezogenen Ausbildung von Medizinstudenten

„Ein Pflichtpraktikum, das sich ausschließlich mit soziologischen Fragen beschäftigt, ist auch kaum denkbar. Was sollte hier wohl ‚praktiziert‘ werden? – Daß in einem aus der experimentellen Psychologie herausgelösten Pflichtkurs für Soziologie einiger politischer Zündstoff liegt, dürfte Ihnen . . . hoffentlich klar sein.“ Mit einem solchen Schreiben an den damaligen Fachbereichssprecher versuchte 1971 ein Hamburger Ordinarius zu verhindern, daß im Rahmen der Medizinischen Soziologie ein Praktikum durchgeführt werden könnte. Damals hatten sich Teile der ausgehenden kritischen Studentenbewegung die Medizinische Soziologie angeeignet, mit dem erklärten Ziel, sie als Waffe in der Kritik der bürgerlichen Medizin zu nutzen. Und so ergänzten sich die übersteigerten Erwartungen von rechts und links zu der Gleichung: Soziologie + Praxis = Revolution; Medizinsoziologie + Berufsperspektive = revolutionäre Berufspraxis.

Schaut man sich allerdings heute – 6 Jahre danach – in den medizinischen Fakultäten um, so läßt sich feststellen, daß die Visionen besorgter Standes- und Vaterlandsretter sich nicht bestätigten<sup>1</sup>. Es gibt entweder keine Lehrstühle in diesem Fach – oder – wenn es sie gibt – sind sie in der Regel so harmlos besetzt, daß sich niemand Sorgen zu machen braucht, von dem hier „Praktizierten“ ginge eine Gefahr für die herrschende Medizin und deren Herren aus. Sofern die medizinsoziologische Lehre nicht als Vorlesung von Allgemeinmedizinern, Mikrobiologen oder Hygienikern miterledigt wird, ist sie so hinreichend in das Gerümpel administrativer Studien, „reform“ verfilzt, daß sie wirkungslos bleibt.

Wo früher noch von Kaderschulung gemunkelt wurde, gibt es heute bestenfalls Schulveranstaltungen. „Steht das denn auch im Gegenstandskatalog?“ dürfte denn auch die mit Abstand am häufigsten an engagierte Medizinsoziologen gestellte Frage sein. In dieser tristen hochschulpolitischen Landschaft wach-