

## Schwerpunkt II: Zu den Problemen der Ausbildung und Professionalisierung im medizinischen und psychosozialen Bereich

---

### Arbeitsgruppe II A: Zur Ausbildung von Medizinern

Rik van den Bussche: Protokoll

#### *Vorbemerkung*

Die Arbeitsgruppe bestand aus 16 Teilnehmern, in der Mehrzahl Medizinstudenten. Wegen der Breiten Streuung der Interessen der Teilnehmer (Klärung der individuellen Berufsperspektive, Information über jüngste politische Auseinandersetzungen und alternative Vorschläge zum Medizinstudium, Perspektiven und Probleme der studentischen politischen Arbeit etc.) und in Anbetracht der Knappheit der zur Verfügung stehenden Zeit, konnte die Diskussion nicht in einen fertigen und umfassenden Ziel- und Forderungskatalog münden. Wichtige Fragestellungen und Probleme des Medizinstudiums wurden jedoch angesprochen und vielfach kontrovers diskutiert. Die nachfolgende Darstellung der Arbeitsergebnisse ist somit nicht als eine Chronologie der Ereignisse in der Arbeitsgruppe zu verstehen, sondern als nachträgliche, systematisierende Aufarbeitung der angesprochenen Probleme und Kontroversen aufgrund eigener und anderer (Elke Korte) Protokollnotizen.

#### 1. Zum politischen Kontext der Diskussion um die Mediziner- ausbildung

Die Mediziner- ausbildung ist seit ca. 3 Jahren erneut ins Blickfeld der politischen Diskussion gerückt. Nachdem die 1970 verabschiedete Approbationsordnung für Ärzte (AO) bis 1978 bereits zweimal novelliert wurde, ist die Arbeit an einer dritten "Reform" gerade angelaufen. Die hierfür vom Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit jüngst eingerichtete "Kleine Kommission", die nahezu alle Institutionen und Verbände in diesem Bereich gruppiert, kann sich bei ihren Beratungen stützen auf eine Vielzahl von Studien und Stellungnahmen von Verbänden und Parteien (Bundesärztekammer (BÄK), Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Westdeutscher Medizinischer Fakultätentag (WMFT), Wissenschaftsrat (WR), Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokraten im Gesundheitswesen (ASG), CDU-Bundestagsfraktion, Bundestagsausschuß für Jugend, Familie und Gesundheit etc.).

Hervorzuheben ist, daß unter diesen Institutionen und Verbänden ein zwar oberflächlicher, aber sehr breiter Konsens existiert bezüglich des Mängelkatalogs der medizinischen Ausbildung. Das Medizinstudium wäre zu praxisfern, überfrachtet mit "theoretischem", naturwissenschaftlich-technischem "Ballast", dafür aber wäre die klinisch-praktische Qualifikation der Medizinstudenten zum Zeitpunkt der Approbation völlig unzureichend. Die Rede ist vom Scheitern der mit der AO 1970 eingeführten Konzeptionen des Kleingruppenunterrichts am Krankenbett und des Praktischen Jahres. Hierfür verantwortlich gemacht werden die AO insgesamt oder einzelne Elemente dieser (z.B. das zum zusammenhanglosen Pauken von Einzelfakten führende Multiple-Choice-Prüfungssystem), das Auslesesystem im Zusammenhang mit dem Numerus clausus (das die "falschen" Studienanfänger ins Medizinstudium brächte) und — in jüngster Zeit zunehmend — die angeblich zu große Zahl von Medizinstudenten überhaupt.

Diese Debatte um die "Ärztenschwemme" hat die Auseinandersetzungen um das Medizinstudium noch verstärkt. Allenthalben werden fehlende Weiterbildungsstellen und verfrühte Niederlassungen von ungenügend qualifizierten Ärzten vorhergesagt. In historisch gesehen bewährter Manier bemüht man sich dementsprechend um eine Novellierung der medizinischen Ausbildungsordnung zwecks Lösung eines primär strukturellen Problems der Gesundheitsversorgung.

Die hierdurch verunsicherten Medizinstudenten treffen in der Tat auf sehr unzureichende materielle Ausbildungsbedingungen. Die Studienanfängerzahlen sind in den 70er Jahren stark angestiegen (Verdoppelung im Zeitraum 1970—78). Die Zahl der Lehrkörpermitglieder, der Räume, der Lehrkrankenhäuser etc. ist jedoch wesentlich langsamer gewachsen, die Ausbildungsbedingungen sind somit relativ schlechter geworden. Die Relationen Lehrkörper zu Studenten tendieren zum Niveau von 1960. Im übrigen hat das staatliche bildungsplanerische Instrumentarium (Kapazitätsverordnung) zur Folge, daß jedwede Verbesserung der Ausstattung sich sofort in eine Erhöhung der Studienanfängerzahlen niederschlägt, somit qualitätsneutral bleiben muß. Dies ist nur ein Ausdruck der aktuellen staatlichen Bildungspolitik, die primär auf Kostenminimierung bei gleichzeitiger "Öffnung" der Hochschulen abstellt.

Diese Politik hat im übrigen ihr Korrelat in der von Staat und Sozialversicherungsträger praktizierten Politik der "Kostendämpfung" im Gesundheitswesen.

## 2. Zur Richtung der aktuellen Lösungsvorschläge

Festzustellen ist, daß die aktuell kursierenden Studien und Vorschläge

— bei allen Unterschieden — folgende Kernpunkte aufwiesen:

- Veränderung bzw. Verschärfung der Zulassung (KMK-Tests), Krankenpflegejahr (CDU/ASG), Verringerung der Zulassungszahlen (BÄK/ASG),
- Verschärfung der Prüfungsanforderungen (BÄK, ASG, WMFT, AO-Novelle 1978),
- Intensivierung des Studiums, und zwar im wesentlichen ohne Kompensation der entsprechenden Verschlechterung der materiellen Lage der Studenten (Ausweitung der Famulaturen in der semesterfreien Zeit und des Praktischen Jahres bei BÄK, ASG und CDU),
- Auflösung der für die AO 1970 konstitutiven Integration von Theorie und Praxis im Studium zugunsten einer Sequenz von einem primär theoretischen Grundstudium (4—5 Jahre) und einer praktisch-klinischen Qualifikationsphase (1—3 Jahre), (BÄK, ASG). Bezüglich letzterem Punkt bestehen nach wie vor größere Differenzen zwischen den Interessenten bezüglich Bezahlung und Status der Mediziner in diesem Abschnitt (Neueinführung Medizinalassistenten-Zeit?, eingeschränkte Approbation?)

### 3. Zur Kritik dieser Vorschläge

Festgestellt wurde, daß alle diese Lösungsvorschläge eine mehr oder weniger starke Verschlechterung der Studien- und Lehrbedingungen zur Folge haben, und daß sie im übrigen nicht von einer inhaltlichen Zielvorstellung für das Medizinstudium — basierend auf einer entsprechenden gesundheitspolitischen Konzeption — ausgehen, sondern im Gegenteil lediglich auf kapazitative, finanzielle und formal-strukturelle Gesichtspunkte abstellen.

Die Diskussion in der Arbeitsgruppe befaßte sich dementsprechend zunächst vor allem mit Fragen einer Soll-Vorstellung von Konzeption und Zielsetzung des Medizinstudiums.

Über eine Reihe von nach wie vor aufrechtzuerhaltenden diesbezüglichen Forderungen bestand Konsens. Hierzu gehören u.a.:

- die Erhöhung des Stellenwertes der psychosozialen und sozialmedizinischen Studienanteile und deren Ausrichtung auf die Versorgungserfordernisse der Arbeitnehmer,
- die Gewichtsverlagerung von einer diagnostisch-therapeutischen Kompetenz des Mediziners zugunsten einer präventiven und sozialintervenierenden Orientierung,
- eine stärkere Berücksichtigung der Erfordernisse der (ambulanten und stationären) Grundversorgung im Medizinstudium,
- die Notwendigkeit, im Medizinstudium Teamfähigkeit durch Kooperation mit anderen Berufsgruppen (bzw. deren Auszubildenden) einzuüben.

Im Zuge dieser Diskussion wurden jedoch mehrere grundlegende Probleme und Fragestellungen deutlich, über die in der Kürze der

Zeit nur in wenigen Fällen ein ausgereifter Konsens zu erzielen war. Sie werden im folgenden näher beschrieben.

#### 4. Grundlegende Probleme des Medizinstudiums

##### 4.1. *Wo liegen die Grenzen des Aufgabenbereichs der Ärzte?*

Die Forderung nach einer stärkeren präventiven und psychosozialen Ausrichtung ärztlicher Tätigkeit — und nach einer entsprechenden Ausgestaltung des Medizinstudiums — gerät leicht in Widerspruch zu der Forderung nach Kompetenzausweitung und Qualifikationserhöhung anderer, nicht-ärztlicher Berufe im Gesundheitswesen.

Ist es denn überhaupt sinnvoll — und erreichbar — die Ärzte für die Prävention, Diagnose und Therapie auf allen Ebenen von Krankheit und Gesundheit (somatisch, psychisch wie sozial) zuständig bzw. kompetent zu machen? Ist dies nicht eine — wohlgemeinte — Variante des ständischen ärztlichen Omnipotenzanspruchs, in dem andere Berufsgruppen bestenfalls nachrangig einen Platz finden?

Muß nicht vielmehr verstärkt konzeptionell und praktisch auf ein Gesundheitsversorgungssystem hingearbeitet werden, das eine rationale Arbeitsteilung zwischen verschiedenen Berufsgruppen mit spezifischer Teilkompetenz gewährleistet?

Die Forderung nach einer Ausweitung der Kompetenz des Arztes kann somit auch begriffen werden als das Ausbildungskorrelat einer zunehmend inadäquaten Versorgungsstruktur, die durch die Dominanz der Ärzte gekennzeichnet ist. Veränderungen in der Organisation des Gesundheitswesens — wie sie im westeuropäischen Ausland bereits in Ansätzen zu beobachten sind — würden die psychischen und sozialen Dimensionen von Gesundheit und Krankheit primär anderen Berufsgruppen als Aufgabenbereich zuweisen, die hierfür spezielle Qualifikationsprozesse nachweisen können. Der Aufgabenbereich der Ärzte in solchen multidisziplinär besetzten Versorgungseinheiten wäre dann — vermutlich — wiederum primär naturwissenschaftlich-klinisch definiert.

Diesem Argumentationsstrang steht nun vielfach die Forderung nach einer "breiten", nicht frühzeitig auf spezifische Tätigkeitsbereiche ausgerichtete Grundausbildung gegenüber. Diese Forderung wird u.a. von einem großen Teil der Studenten — individuell wie kollektiv — geäußert, jedwede "Verengung" der Kompetenz- und Erfahrungsbereiche als Dequalifizierungsprozeß begriffen.

##### 4.2. *Das Ausbildungsziel und sein Verhältnis zur medizinischen Weiterbildung*

Die Bedeutung der Weiterbildungsphase nach der Approbation im

ärztlichen Qualifikationsprozeß hat in den letzten Jahrzehnten wesentlich an Bedeutung gewonnen. Auch für den Bereich der Allgemeinmedizin wird — wie die entsprechenden Vorschläge, auch des Auslandes, zeigen — davon ausgegangen, daß die Berufsfähigkeit der Ärzte nicht bei Abschluß ihrer Ausbildung erreicht werden kann. Trotzdem gründen sich auf dieser Vorstellung nach wie vor die Ausbildungszielvorstellungen z.B. der Ärzteverbände (zum Zeitpunkt der Approbation soll der Arzt die ärztliche Kunst “sachgerecht, eigenverantwortlich und unabhängig” ausüben können), wie auch — implizit — die vieler Studenten und ihrer Organisationen. Nach wie vor ist deren Kritik wesentlich damit begründet, daß der Student am Ende des Studiums nicht genügend klinischpraktische Kompetenz besitzt.

Die Frage muß stärker in den Vordergrund gerückt werden, ob derartige Kriterien sinnvoll und erreichbar sind. Zu prüfen ist, ob nicht das zentrale Problem des Medizinstudiums die Tatsache ist, daß immer noch vom Konzept eines einheitlich ausgebildeten und am Ende der Ausbildung berufsfähigen Arztes ausgegangen wird. Dieses Konzept hat eine stark ständische Komponente (vgl. Nürnberger Ärztag). Die — erklärbare — Furcht der Ärzteverbände vor einer Differenzierung des Berufsbildes Arzt (und vor der entsprechenden Differenzierung (in) der Ausbildung) und die damit einhergehende Forderung nach einer sorgfältigen Trennung der Segmente Ausbildung (zuständig: Staat und Universitäten) und Weiterbildung (zuständig: Landesärztekammern) sollte nicht länger bruchlos und unüberprüft hingenommen werden. Es muß — im Gegenteil — vielmehr eine stärkere Koordination und Abstimmung dieser beiden Segmente hingearbeitet werden, sowohl auf der curricularen wie auf der formalen Ebene.

#### *4.3. Über die Wissenschaftlichkeit, die Didaktik und den Praxisbezug im Medizinstudium*

Einigkeit bestand in der Forderung, daß das weitgehend rezeptive Lernen und an Faktenkenntnissen orientierte Prüfen zu ersetzen ist durch Lernprozesse, die die selbständige Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit bzw. mit den ihnen entsprechenden Theorien und Verfahren beinhalten. Unklar blieb, wie diese, sich im “Projektstudium” und “exemplarischen Lernen” konkretisierenden Forderungen vermittelt werden sollen zu der These, daß das nosologische Wissen in der Medizin nunmal ein unabänderliches, wesentliches Merkmal der ärztlichen Arbeit bzw. des Medizinstudiums bleiben muß.

Wichtig ist auch, auf mögliche Zusammenhänge mit dem Postulat der Einheit des Medizinstudiums hinzuweisen. Faktisch ist das

Medizinstudium — im Zuge der Wissenschaftsentwicklung in der Medizin — zu einem relativ oberflächlichen Kontaktaufnahme-Prozeß mit ca. 40 Disziplinen geworden. Innerhalb der einheitlichen Ausbildung zum Mediziner wird nahezu jede Reformkonzeption entweder zu Lasten der bisherigen systematischen Ausbildung oder der praktischen oder beider gehen. Die Realisierung wissenschaftlicher Lernprozesse ist jedenfalls mit der bisherigen disziplinar vermittelten Nosologie praktisch kaum in Einklang zu bringen. Erst die Differenzierung innerhalb des Studienganges kann den erforderlichen Raum schaffen, andere Lernprozesse und -formen überhaupt zu realisieren und tragfähig zu halten.

## 5. Was tun?

5.1. Notwendig ist eine verstärkte Auseinandersetzung mit den interessenspolitischen Konstellationen, die das aktuelle Medizinstudium in Konzeption und Realität maßgeblich bestimmen. Weiterhin ist ein alternatives — aber zugleich realisierbares — Konzept für die Zielsetzung und die curricularen Leitgedanken des Medizinstudiums zu erarbeiten. Hierbei muß verstärkt auf eine Abstimmung zwischen Aus- und Weiterbildung abgestellt werden wie auch an das Verhältnis zur Aus- und Weiterbildung anderer Berufsgruppen mitgedacht werden.

5.2. Nach wie vor muß auf die Institutionalisierung bzw. den Ausbau der sozialwissenschaftlichen und sozialmedizinischen Institute und Lehranteile hingearbeitet werden, um die gesundheitspolitische Relevanz des Medizinstudiums im Sinne der Versorgungsbedürfnisse der Arbeitnehmer zu verstärken. Diese Orientierung darf jedoch nicht zur Folge haben, daß die berufliche Relevanz und die Lernbedingungen in den 'traditionellen' naturwissenschaftlichen und klinischen Fächern vernachlässigt werden.

5.3. Eine Steigerung der Relevanz der Lernprozesse im Medizinstudium im Sinne einer stärkeren Orientierung an die Versorgungserfordernisse für Arbeitnehmer muß verstärkt mittels konkreter Kooperationsprojekte an Lehrenden und Lernenden in der Universität mit Angehörigen anderer Berufe und mit an der Versorgung beteiligter Institutionen außerhalb der Universität — z.B. im Sinne der Kooperationsprojekte des "Vereins zur Förderung der Studienreform" — angestrebt werden.

5.4. Die Tendenzen, die materiellen Probleme der Ausbildung zum Medizinstudium nicht zu beheben, sondern sie über bloße Intensivierung des Studiums und stärkere Selektion in den Griff zu bekommen, müssen stärker in die Öffentlichkeit getragen werden, wenn Aussicht auf ihre Verbesserung bestehen soll. Hierbei muß stärker als bisher der Zusammenhang zwischen der Ausbildungs-

qualität und den potentiellen Folgen für die Versorgung der Bevölkerung deutlich gemacht werden. Eine Zusammenarbeit von Lehrenden und Lernenden in der Darstellung und Kritik dieser Ausbildungslage und -qualität muß verstärkt werden.

5.5. Die Kritik der AO muß mit einer Verteidigung ihrer sinnvollen Elemente gegen manche ihrer Kritiker einhergehen.

## Arbeitsgruppe II B: Probleme der Professionalisierung und des Status von Gesundheitsberufen

### Heiner Keupp und Cornelia Schwartz: Einleitende Thesen

Wir sehen die Entwicklung innerhalb der Klinischen Psychologie als Beispiel für eine bestimmte Form der Professionalisierung, die im Entwurf des Psychotherapeuten-Gesetzes ihren vorläufigen Höhepunkt erreicht hat.

1. Der Entwurf des Psychotherapeuten-Gesetzes soll die allgemeine Rechtsunsicherheit des Klinischen Psychologen klären. Wir fragen daher zunächst, ob die Defizite klinisch-psychologischer Berufspraxis tatsächlich generell durch die unklare Rechtslage bestimmt sind, die durch das Heilpraktikergesetz gegeben ist.

Mit der Ausweitung der Klinischen Psychologie in der BRD erweiterte sich fast explosionsartig das Psychologenangebot, neue Berufsfelder wurden erschlossen. Mit der Verlagerung von der Diagnostik zur Beratung und Behandlung ergaben sich neue Probleme in der Berufspraxis:

— Verschärfung der Arbeitsmarktlage als Wettbewerbsverschärfung durch erhöhte Absolventenzahlen und Kostendämpfung im Gesundheitswesen.

— Kooperationsprobleme bei der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen: Hierarchie-, Status- und Identitätsprobleme.

— Überforderung durch steigenden Bedarf nach psychosozialen Dienstleistungen.

— Überforderung als Folge praxisirrelevanter Ausbildung, die in das Bedürfnis nach immer neuen Zusatzausbildungen umschlägt.

2. Wir betrachten den Entwurf zum Psychotherapeutengesetz als Niederschlag einer bestimmten Verarbeitungsform von Praxisdefiziten, der auf eine Verschiebung des Machtpotentials der Berufsgruppen abzielt. Welche Bedeutung hat dieser Entwurf für die Defizite der Berufspraxis? Was ergibt sich jenseits der berufspolitischen Positionen-