

„Wir befinden uns in einer permanenten Reform (...)“

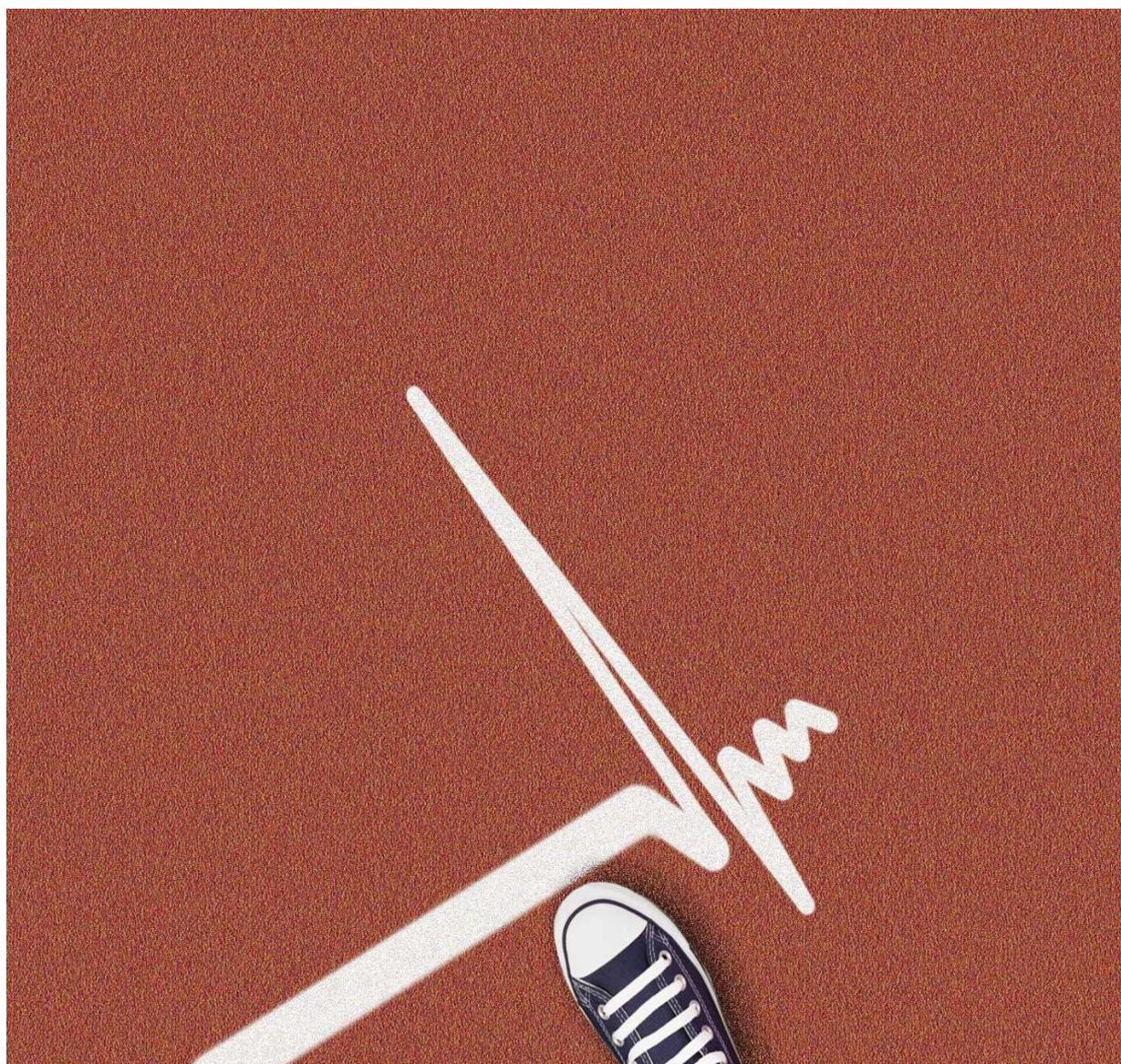
– Reformen in der Mediziner Ausbildung zwischen 1989 bis 2009

Ergebnisse einer Recherche

Brigitte Müller *mediCONcept*

im Auftrag der

Robert Bosch **Stiftung**



2012

Herausgeber

Robert Bosch Stiftung GmbH
Heidehofstraße
70184 Stuttgart
Telefon 0711 / 46084-0
info@bosch-stiftung.de
www.bosch-stiftung.de

Autorin

mediCONcept
Organisationsentwicklung im Gesundheitswesen
Analyse – Beratung – Realisation
Brigitte Müller
Heinrich - Janssen - Straße 22
D-42289 Wuppertal
Telefon 0202/254-2245
Telefax 0202/254-2246
info@mediconcept.org
www.mediconcept.org

Inhalt

VORWORT	5
EINLEITUNG	6
1 DAS ARZTBILD DER ZUKUNFT	8
1.1 „Denkanstöße geben“ – Hintergrund und Entwicklung	8
1.2 Zentrale Akteure: Der „Murrhardter Kreis“ - „Arbeitskreis Medizinerbildung der Robert Bosch Stiftung“	8
1.3 Die Veröffentlichungen	10
1.4 Zentrale Befunde und Schlussfolgerungen	11
1.5 „...weit über die Zeit hinaus“ – Rezeption und Einflussnahme	14
2 ENTWICKLUNGEN IN DER MEDIZINERAUSBILDUNG – ÜBERGEORDNETE EINFLUSSFAKTOREN	18
3 REFORMEN IN DER MEDIZINERAUSBILDUNG – BEISPIELE AUS DER PRAXIS	21
3.1 „Das Machbare für alle erreichen!“ - Das Beispiel München	22
3.2 „...ein Machtzuwachs für Lehre!“ - Das Beispiel Heidelberg / Mannheim	26
3.3 „Da muss man einen sehr langen Atem haben!“ - Das Beispiel Berlin	29
3.4 „Die lernfähige Arztpersönlichkeit steht an oberster Stelle!“ - Das Beispiel Witten-Herdecke	32
3.5 Zwischen Anspruch und Wirklichkeit – Weitere Reformansätze	36
4 WAS IST, WAS BLEIBT UND WAS WIRD? – BEWERTUNGEN, EINSCHÄTZUNGEN, SCHLUSSFOLGERUNGEN	38
4.1 Das Arztbild der Zukunft aus heutiger Sicht der damaligen Autoren	38
4.2 Erfahrungen sammeln und nutzen – Die Interviews	39
4.3 Einblicke und Aussichten	40
4.3.1 „Den Horizont erweitern“ – Motive und Anlässe für das Engagement in der Ausbildung von Medizinern und in anderen Gesundheitsberufen	40
4.3.2 „Das Reformklima hat sich verbessert.“ – Zentrale Veränderungen und Tendenzen in der Medizinerbildung	41
4.3.3 „Da sind eindeutig Fortschritte zu verzeichnen.“ – Stellenwert der Lehre und die Rolle der Dekanate	44
4.3.4 „Manchmal bin ich schon etwas enttäuscht.“ – Transfer und Nachhaltigkeit von Reformansätzen	45
4.3.5 „Eine deutliche Kluft zwischen Wissen und Handeln“ – Aus-, Weiter- und Fortbildung	46

4.3.6	„Wir sind noch immer zu sehr damit beschäftigt, uns abzugrenzen.“ – Interdisziplinäre und interprofessionelle Kooperationen	47
4.3.7	Feminisierung des Arztberufs	49
4.3.8	Erfordernisse	50
4.3.9	„Wir haben keine überzeugende Beschreibung.“ – Aktuelle Arztbilder	51
4.3.10	„Da muss man ein bisschen demütig sein.“ – Möglichkeiten und Grenzen der Einflussnahme	52
5	WAS ZU TUN BLEIBT – DESIDERATA UND FORSCHUNGSFRAGEN	55
5.1	Die Synopse: Auftrag und Quellenlage	55
5.2	Ausbildung und berufliche Sozialisation	55
5.3	Eine gute Zeit für Veränderungen!?	57
5.4	Parallelwelten, Querdenker und Brückenbauer	57
	LITERATUR	59
	ANHANG	64

FRAGESTELLUNGEN/LEITFADEN STUDIERENDE (STAND: 01.2010) **FEHLER! TEXTMARKE NICHT DEFINIERT.**

FRAGESTELLUNGEN/LEITFADEN (STAND: 12.2009) **FEHLER! TEXTMARKE NICHT DEFINIERT.**

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in all den Fällen, in denen weibliche und männliche Personen in gleicher Weise angesprochen werden, nur die männliche Form verwendet (z.B. Ärzte statt Ärztinnen und Ärzte, Patienten statt Patientinnen und Patienten).

Vorwort

Die Robert Bosch Stiftung unterstützt seit Beginn der 1980er Jahre Vorhaben zur Verbesserung der Prozessqualität ärztlichen Handelns sowie zur Aus- und Weiterbildung der Ärzte als Aspekt der Qualitätssicherung. Nach der 1982 veröffentlichten „Denkschrift zur Reform der ärztlichen Ausbildung“ erschien 1989 „Das Arztbild der Zukunft“ des Murrhardter Kreises, das 1995 in einer 3. vollständig überarbeiteten Auflage herausgegeben wurde. Neben Analysen zu (künftigen) Anforderungen wurden auch Konsequenzen für die Ausbildung der Ärzte sowie Rahmenbedingungen für und Ansätze von Reformen aufgezeigt. Die Publikationen waren Ergebnis eines langjährigen, intensiven, interdisziplinären und professionsübergreifenden Diskussionsprozesses.

Die Robert Bosch Stiftung stellte bis 2007 für Reformstudiengänge in der Medizin Fördergelder zur Verfügung und gab Gutachten in Auftrag, um internationale Erfahrungen beim Aufbau der Public Health Forschung zu nutzen. Sie förderte parallel die Entwicklung in anderen Berufsfeldern des Gesundheitswesens, insbesondere Neuansätze zur Reform der Ausbildung in den pflegerischen Berufen. Sie konnte entscheidende Akzente setzen für den Auf- und Ausbau einer eigenen Pflegewissenschaft und für die Etablierung pflege- und gesundheitswissenschaftlicher Studiengänge zur Heranbildung des nicht ärztlichen Führungspersonals. Die 1992 veröffentlichte Denkschrift „Pflege braucht Eliten“ der Kommission der Robert Bosch Stiftung zur „Hochschulausbildung für Lehr- und Leitungskräfte in der Pflege“ gilt als wegweisend für die Entwicklung in der Pflege.

Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und seinen Auswirkungen wurde und wird die Professionalisierung in medizinischen und nichtmedizinischen Gesundheitsberufen durch Modellprojekte, Stipendien und Graduiertenkollegs, durch neue Ausbildungskonzepte und internationale Austauschprogramme sowie durch die Veröffentlichung von Denkschriften und Memoranden, die in den politischen Dialog eingebracht werden, gefördert. Derzeit stehen Aktivitäten im Vordergrund, die die Kooperationsbereitschaft zwischen den Gesundheitsberufen bei der Berufsausübung verbessern und das interprofessionelle Lernen fördern. Gedacht als Beitrag zur Bewältigung der Gesundheitsversorgung der Zukunft unterstützt die Stiftung zusätzlich Aktivitäten, die die Berufsrollen und Kompetenzzuschnitte der Gesundheitsberufe in der Zukunft „neu denken“ und die dafür notwendigen rechtlichen Rahmenbedingungen klären.

Robert Bosch Stiftung

Stuttgart, im Dezember 2012

Einleitung

Seit Beginn der 1990er Jahre hat es massive gesellschaftspolitische Umbrüche, vielfältige Entwicklungen des Gesundheitswesens sowie grundlegende Änderungen in zentralen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung, in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung sowie bei den ärztlichen Tätigkeiten und Berufsfeldern gegeben. Erinnerung sei in diesem Zusammenhang an

- die Gesundheitsreformgesetze und die Ökonomisierung des Gesundheitswesens (⇒ Verschiebungen im Machtgefüge in den Krankenhäusern, neue Konkurrenzen und Kooperationen, Fallpauschalen und DRGs,...)
- die demographische Entwicklung und Veränderungen im Morbiditätsspektrum (⇒ neue Versorgungsformen, veränderte Arbeitsteilungen, neue Konkurrenzen und Kooperationen)
- den Ausbau und Umstrukturierungen der Bildungs- und Wissenschaftslandschaft (⇒ Ausbau der Gesundheitswissenschaften und Public Health - Studiengänge, Entwicklungen in den Pflegewissenschaften, Akademisierung weiterer Gesundheitsberufe, neue und veränderte Qualifikationsprofile, Quantität und Qualität neuer Ausbildungsgänge,...)
- den Wissenszuwachs und die technologische Entwicklung (⇒ Verkürzung der Halbwertszeit von Wissensbeständen, Spezialisierung, Ausdifferenzierung,...)
- den Zugang zum Studium und zu den ärztlichen Berufsfeldern (⇒ Rekrutierungsmechanismen, zwischenzeitlich erschwelter Zugang zum Beruf und aktuell verändertes Berufswahlverhalten, schwer zu befriedigende Nachfrage nach Absolventen, Gratifikations- und/oder Sinnkrisen, Medizinergesundheits,...)
- veränderte Handlungsgrundsätze und -normen in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung (⇒ Fusionen, Trägerwechsel, Privatisierungen, Kulturwandel, Konkurrenz um Ressourcen, Qualitätsmanagement, Veränderung der Führungskompetenzen)
- veränderte Wertemuster und Lebensentwürfe, „Feminisierung des Arztberufes“ (⇒ Rationierung und Priorisierung, Abwanderungstendenzen, Ausdifferenzierung von Berufsverläufen, Beschäftigungs- und Karrieremustern).

Die Veränderungsprozesse haben unmittelbare Auswirkungen auf die ärztliche Tätigkeit, auf Berufsfelder und Institutionen und stehen in Wechselwirkung mit dem Selbstbild von Ärzten sowie ihrer Wahrnehmung in der Öffentlichkeit. Sie hatten und haben einen mehr oder weniger starken Einfluss auf die Ausbildung der Mediziner.

Auch in Zusammenhang mit dem in diesem Zeitraum erfolgten Ausbau der Wissenschaftslandschaft und durch neue Versorgungsformen wurde das Bewusstsein für die Frage geschärft, ob das heutige Medizinstudium auf die Herausforderungen der Medizin und der medizinischen Versorgung des 21. Jahrhunderts vorbereitet und wie sich das (Selbst)-Bild, die Gesundheit und die Berufszufriedenheit von Ärzten darstellen (vgl. Stößel 2008).

Die Ziele, die sich der „Arbeitskreis Mediziner Ausbildung der Robert Bosch Stiftung“ und der „Murrhardter Kreis“ in den 1980er und 1990er Jahren gesetzt hatten, waren komplex: Es galt, Grundlagen für ein zeitgemäßes Arztbild zu gewinnen und zu beschreiben und dabei auch zukünftige Anforderungen zu antizipieren, Ableitungen für die Ausbildung der Ärzte zu formulieren, Studienreformansätze und deren Machbarkeit vorzustellen und aktiv zu unterstützen und die Diskussionen in den Medizinischen Fakultäten, in Fachgesellschaften und in der Öffentlichkeit insgesamt zu befördern. In den eigenen Reihen stießen die reformfreudigen Mediziner besonders in den ersten Jahren häufig auf Ignoranz und Widerstand. Gleichzeitig wurden und werden die Leistungen des Murrhardter Kreises bis heute anerkannt.

Vor dem skizzierten Hintergrund, eine „Synopsis“, eine knappe Zusammenfassung und vergleichende Übersicht über das Erreichte und Nichterreichte, den heutigen Stand und die Einschätzungen für die Zukunft, zu versuchen, geht mit dem Verzicht auf viele inhaltliche Aspekte und auf vertiefende Analysen einher. Impulsgeber und Akteure, Inhalte und Entwicklungen sowie die Verbreitung und Rezeption der verschiedenen Ausgaben des „Arztbild der Zukunft“ werden in Kapitel 1 nachgezeichnet, denn der Blick zurück sensibilisiert auch für das, was zwischenzeitlich

bewegt werden konnte. In Kapitel 2 werden zentrale übergeordnete Einflussfaktoren auf die Medizinerbildung aufgegriffen und in Kapitel 3 Entwicklungen an vier medizinischen Fakultäten skizziert. Für die Vorbereitung auf die Synopse wurden unter anderem leitfadengestützte Interviews durchgeführt, durch die eine Fülle von Motiven und Spannungsfeldern, Informationen, Einblicken, Erfahrungen und Einschätzungen gewonnen wurden. Zentrale Aussagen darüber, was sich aus Sicht von in der Medizinerbildung engagierten Persönlichkeiten geändert hat, sind in Kapitel 4 zusammengefasst. Abschließend werden in Kapitel 5 ausgewählte Desiderata und Spannungsfelder benannt.

Zwanzig Jahre lagen zwischen der Herausgabe der 1. Auflage des „Arztbild der Zukunft“ und der Entscheidung der Robert Bosch Stiftung, diese Zeitspanne als Anlass für eine Reflexion über zwischenzeitliche Entwicklungen in der Medizinerbildung zu nutzen und diese im Rahmen eines Symposiums im Juni 2010 um die „Ausbildung für die Gesundheitsversorgung von morgen“ zu erweitern. Die vorliegende Synopse soll in diesem Zusammenhang kein nostalgischer Rückblick sein, sondern eine den Tagungsband* ergänzende Bestandsaufnahme, bezogen auf (Nicht-) Erreichtes, auf Veränderungen von Rahmenbedingungen und Herausforderungen. Allen, die die Umsetzung dieses Vorhabens durch ihre Gesprächsbereitschaft und vielfältige Anregungen ermöglicht, unterstützt und bereichert haben und die an anderer Stelle noch namentlich genannt werden, danke ich bereits an dieser Stelle herzlich.

Wuppertal, im September 2010

Brigitte Müller

* Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (2011a): Ausbildung für die Gesundheitsversorgung von morgen. Stuttgart

1 Das Arztbild der Zukunft

1.1 „Denkanstöße geben“ – Hintergrund und Entwicklung

Im Vorwort zur ersten Auflage der Publikation „Das Arztbild der Zukunft“ wurde mit Hinweis auf die Satzung der Robert Bosch Stiftung ausgeführt, dass einer der Schwerpunkte im Förderungsgebiet Gesundheitspflege die Qualitätssicherung in der Medizin sei. Unter diesem Programmpunkt war zu Beginn der 1980er Jahre die Ausbildung der Mediziner als eine Frage der Sicherung der Strukturqualität aufgegriffen worden.

Als Ergebnis einer fast zweijährigen Beschäftigung mit dem Problem der ärztlichen Ausbildung hatten die Professoren Michael Arnold, Ekkehard Grundmann, Hans Heimann, Hans-Gotthart Lasch, Hansjakob Mattern und Edgar Ungeheuer 1982 eine „Denkschrift zur Reform der ärztlichen Ausbildung“ vorgelegt. Das Erscheinungsdatum wurde in einen Zusammenhang mit der Novelle der Approbationsordnung gestellt. Durch sie werde eine Abstellung akuter Mängel erwartet - ein Anspruch, der aber vermutlich nicht einzulösen sei, wie im Vorwort ausgeführt wurde:

„Nach menschlichem Ermessen werden aber die Klagen über die heutige Medizinerbildung nicht aufhören: In ihr sind strukturelle Schwächen vorhanden, die nur mit einer grundsätzlichen Reform beseitigt werden können. Hierfür wollen wir Denkanstöße geben.

Die fachliche Zusammensetzung unseres Kreises sollte die Gewähr dafür bieten, daß alle Aspekte der ärztlichen Tätigkeit bei der Kritik und bei den Reformvorschlägen berücksichtigt werden.“ (Arnold et al. 1982, 3)

Mit Bezug auf die vorausgegangene Denkschrift wurde im Vorwort zur 1. Auflage des „Arztbild der Zukunft“ formuliert, dass dort Maßstäbe für eine grundlegende und umfangreiche Kritik der Ärzteausbildung entwickelt und vorgestellt worden seien. Die öffentliche Reaktion warf den Autoren der „Denkschrift“ vor, eine zumindest in Teilen reaktionäre Kampfschrift geschrieben zu haben. Dies führte zu Überlegungen, in einem umfassenden Vorhaben ein integriertes Leitbild für den Arzt der Zukunft zu entwerfen und in einem Reformstudiengang zu erproben. Die Robert Bosch Stiftung entschloss sich nach sorgfältigen und auch kontroversen Überlegungen zu einer weiteren Förderung des Projektes.

1.2 Zentrale Akteure: Der „Murrhardter Kreis“ - „Arbeitskreis Medizinerbildung der Robert Bosch Stiftung“

In veränderter Konstellation nahm der „Arbeitskreis Medizinerbildung der Robert Bosch Stiftung“ ab 1983/84 seine Arbeit wieder auf. *„Wir suchten Leute, die schreiben und Input geben konnten, nicht als ‚Revoluzzer‘ galten, aber sich nachhaltig für Veränderungen engagieren wollten“*, erinnerte sich Hans-Jürgen Firnkorn, der damalige Betreuer des Murrhardter Kreises in der Stiftung.

Von den Mitgliedern der ersten Initiative verblieb nur der Tübinger Anatom Prof. Michael Arnold im neuen Kreis. Er war der maßgebliche Ideengeber für diese Initiative und dieses Thema. Neben dem Ulmer Onkologen Professor Hermann Heimpel, der vordem Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats beim Robert Bosch Krankenhaus war und 1971 mit Prof. Fliedner die neue Organisationsstruktur für dieses Krankenhaus entworfen hatte, wurde der Kreis um weitere Professoren der Medizin, aber auch um niedergelassene Mediziner und Krankenhausärzte, um den Juristen Prof. Dr. Hans Ullrich Gallwas, um die Medizinhistorikerin Prof. Dr. Renate Wittern, um Medizinsoziologen und Psychologen erweitert. Michael Wirsching beschrieb, dass die Ausweitung des Kreises anfangs zu Kontroversen zwischen alten und neuen Mitgliedern führte und die Moderation der Stiftung notwendig machte.

Auch die breite Einbeziehung verschiedener Perspektiven war offensichtlich nicht immer unproblematisch:



(Harald Mau pinx., In: Das Arztbild 1995, 76)

Darüber hinaus gehörten Standesvertreter und Vertreter aus der Politik zum Arbeitskreis, der seit 1985 unter der Bezeichnung „Arztbild der Zukunft – Grundlagen und Entwicklung der Qualifikation“ von der Robert Bosch Stiftung als verselbstständigtes Projekt gefördert wurde. Der Gießener Psychosomatiker Professor Michael Wirsching übernahm die Leitung einer kleinen Geschäftsstelle des neuen Kreises, der sich nach seinem Tagungsort Murrhardt im Schwäbischen Wald bald „Murrhardter Kreis“ nannte.

Der Arbeitskreis fasste sein Selbstverständnis 1988 in einer „Vorabinformation über den Projektbericht“ zusammen:

„Der Arbeitskreis besteht aus 22 Mitgliedern. Er versteht sich als eine von berufspolitischen Interessen unabhängige, dabei keineswegs in allen Fragen und Positionen homogene Gruppe. Gerade durch Beiträge aus unterschiedlichen Positionen ergab sich eine große Chance, die seit Jahren in der Öffentlichkeit kontroverse Ansicht über die Angemessenheit der ärztlichen Ausbildung im kleinen Kreis einer Klärung zuzuführen, Hintergründe aufzudecken und im interdisziplinären Gedankenaustausch einen tragfähigen Konsens zu entwickeln. (Arbeitskreis... 1988, 5)

Das Erscheinen der ersten und zweiten Auflage fiel zeitlich mit massiven politischen Umbrüchen zusammen. Außerdem hatte im Wintersemester 1988/89 ein Studierendenstreik die Medizinische Fakultät der Freien Universität Berlin durcheinander gerüttelt. Diese Entwicklungen wurden im Murrhardter Kreis mit größtem Interesse zur Kenntnis genommen, und der Kreis wurde Anfang der 1990er Jahre um Dieter Scheffner, seit 1987 Dekan der Medizinischen Fakultät des Rudolf-Virchow-Klinikums, erweitert. Auch der im Mai 1990 zum Dekan der Berliner Charité gewählte Harald Mau kam als neues Mitglied hinzu:

„Durch Michael Arnold erhielt ich die Möglichkeit, mich weiterhin mit Dieter Scheffner über die Möglichkeit des Medizinstudiums auszutauschen. Prof. Michael Arnold war als Mitglied der allmächtigen 6. Struktur- und Berufungskommission berufen worden. Er war der einzige Inhaber einer Stiftungsprofessur für Gesundheitssystemforschung und Mitglied des Murrhardter Kreises. Zur Mitgliedschaft in diesem Kreis wurde man eingeladen. Es war also durchaus ein elitärer Kreis, der sich die Aufgabe gestellt hatte, das Arztbild der Zukunft zu beschreiben. (...)

Für mich war die Mitarbeit in diesem Kreis ein Internat der Extraklasse: Mit Vorklinikern, Klinikern, Theoretikern und Juristen über das Notwendige und Mögliche der künftigen Ärzteausbildung zu beraten, ohne dass man nach einer Stunde zu irgend einer

unaufschiebbaren Nichtigkeit gerufen wurde, war schon angenehm. Dass man in dieser Runde Charité-Erfahrungen aus der Lehre vortragen konnte, ohne sogleich als lernunfähiger Ossi ins Abseits gestellt zu werden, war neu für mich und am schönsten war, dass ich mich in aller Ruhe mit Dieter Scheffner über Hinz und Kunz und die Welt austauschen konnte, obwohl wir doch von Amts wegen spinnefeind zu sein hatten. (...)

Im Kreis wurde wahrhaftig viel gestritten und diskutiert, aber auch viel gelacht. Bei der bunten Zusammensetzung des Kreises gab es natürlich bei jedem neuen Vorschlag irgend jemand, der beweisen konnte, dass gerade diese wunderbare Idee zwar in Holland oder in Schweden oder in den USA schon realisiert sei, in der Bundesrepublik aber dieses Gesetz oder jene Verordnung genau das verhindern würde. (...)

(Mau 2010, 4-6)

Harald Mau und Dieter Scheffner gehörten zu den Mitgliedern der zwölköpfigen Redaktionsgruppe, die die 3. erweiterte Auflage vorbereitete und durch ein dreiköpfiges Redaktionssekretariat unterstützt wurde. Harald Mau bereicherte die Zusammenkünfte und Publikationen außerdem mit Cartoons über die Arbeit im Murrhardter Kreis.

1994 umfasste der Murrhardter Kreis insgesamt 17 männliche und zwei weibliche Mitglieder, darunter 14 habilitierte und zusätzlich drei promovierte Mediziner, einen habilitierten Medizinsoziologen, eine habilitierte Medizinhistorikerin und einen habilitierten Juristen.¹ In der 1995 erschienenen Ausgabe wurden außerdem 16 Experten und drei Expertinnen verzeichnet, die, bezogen auf einzelne Aspekte und generelle Einschätzungen, um Stellungnahmen gebeten worden waren.

1.3 Die Veröffentlichungen

Nachdem man bereits im Mai 1988 die „Vorabinformation über den Projektbericht“ veröffentlicht hatte, legte der Murrhardter Kreis im September 1988 einem Kreis von Experten einen vorläufigen Abschlussbericht vor. Dieser Expertenkreis wurde am 25. und 26. September 1988 zur Diskussion des Entwurfs in das Wissenschaftszentrum nach Bonn - Bad Godesberg eingeladen. In den Vorträgen sollten die einzelnen Kapitel nicht vorgestellt, sondern einzelne Aspekte des Berichts vertiefend aufgegriffen, kritisiert und weitergehende Begründungszusammenhänge hergestellt werden. Sie wurden um Erfahrungen aus dem Ausland ergänzt:

„Die ausländischen Beiträge vermitteln in einer authentischeren Weise, als dies in Reiseberichten möglich ist, die Reformansätze und –schwierigkeiten an der Harvard Medical School in Boston und am Karolinska-Institut in Stockholm. Die ergänzende, pointierte und in vielen Punkten klärende und verdeutlichende Funktion der Beiträge des Symposions führte zu dem Entschluß, sie in einer eigenen Broschüre zugänglich zu machen und diese gleichzeitig mit dem endgültigen Abschlußbericht des Murrhardter Kreises zu veröffentlichen.“²

Das „Arztbild der Zukunft“ des Murrhardter Kreises erschien 1989 in der ersten Auflage. Aufgrund der großen Nachfrage wurde bereits ein halbes Jahr später die zweite Auflage, lediglich in minimal korrigierter Fassung herausgegeben; auch sie war nach einem Jahr vergriffen. 1995 wurde das „Arztbild der Zukunft“ in der 3. vollständig überarbeiteten Auflage publiziert. Neben Analysen zu (künftigen) Anforderungen wurden auch Konsequenzen für die Ausbildung der Ärzte sowie Rahmenbedingungen für und Ansätze von Reformen aufgezeigt. Deren Machbarkeit wurde beispielhaft am Entwurf für einen reformierten Studiengang dargestellt.

Der Murrhardter Kreis konstatierte, dass es seit Ende des Zweiten Weltkrieges zwar eine umfangreiche Literatur zur Reform der Mediziner Ausbildung und ein reiches Repertoire an konkreten Vorschlägen und Empfehlungen für die Änderung von Ausbildungsordnungen und

¹ Ein Verzeichnis der Mitglieder findet sich im Anhang.

² Vgl. Vorwort zur Veröffentlichung der Beiträge des Symposions (1989a), ohne Seitenangabe

-methoden, Fächerkanon und Organisation der Ausbildung gegeben habe. Unzureichend sei jedoch die wissenschaftliche Begründung der Einflussfaktoren, die das Arztbild im Wandel der gesellschaftlichen, wissenschaftlichen und technischen Verhältnisse prägten, sowie die fehlende systematische Zusammenschau dieser Faktoren und ihrer Auswirkungen auf die Mediziner Ausbildung.³

1.4 Zentrale Befunde und Schlussfolgerungen

Aus der Vielfalt der Determinanten des künftigen Arztbildes wählte der Murrhardter Kreis diejenigen aus, die nach seiner Einschätzung grundlegende Änderungen der medizinischen Ausbildung erforderten. Dazu gehörten unter anderem die Wurzeln der Krise der Medizin, das Verständnis von Krankheit und Gesundheit, die Änderung der Arzt-Patienten-Beziehung sowie die Ausweitung ärztlicher Tätigkeitsfelder.

Auf Grundlage des „Arztbildes der Zukunft“ wurden ebenfalls Konsequenzen für die Ausbildung aufgezeigt. Im Vorwort zur ersten Auflage verwies man in diesem Zusammenhang lediglich auf exemplarische, praktikable Reformvorschläge und darauf, dass eine Diskussion angeregt werden sollte. Aufgegriffen wurden darüber hinaus Rahmenbedingungen gesetzlicher, ökonomischer, standes- und fakultätspolitischer Art, deren Änderung Grundlage für die Durchführung von Reformvorschlägen sei. In diesem Zusammenhang wurde weiter darauf verwiesen:

„Die Wissenschaftlichkeit der Arbeit des Murrhardter Kreises bezieht sich im wesentlichen auf die systematische Zusammenschau der Einflussfaktoren, die das Arztbild prägen, sowie auf die Ableitung der Konsequenzen, die sich aus diesem Arztbild auf die Mediziner Ausbildung ergeben. Aus diesem Grund stellt es auch keinen Einwand gegen das Projekt dar, dass einige konkrete Empfehlungen nicht neu sind, sondern dass vorhandene Vorschläge aus den vergangenen Jahrzehnten aufgegriffen und wiederholt werden. Der Murrhardter Kreis hat dabei keineswegs einfach auf Vorhandenes zurückgegriffen, sondern ist größtenteils aus einem eigenen und oft völlig anderen Begründungszusammenhang zu teilweise gleichen Ergebnissen gekommen.“
(Murrhardter Kreis 1995, 13)

In der „Vorbemerkung“ zur dritten, vollständig überarbeiteten Auflage aus dem Jahre 1995 wurde als Ziel beschrieben,

„zu den Entwicklungen der Reformbestrebungen seit dem Erscheinen der ersten Auflage Stellung zu nehmen und konkrete Empfehlungen zur Neugestaltung des Medizinstudiums im wiedervereinigten Deutschland zu geben.“
(Murrhardter Kreis 1995, 15)

Umfassende Veränderungen gab es dementsprechend im zweiten Teil der Publikation, der die Konsequenzen für die medizinische Ausbildung in Deutschland zusammenfasste. In die dritte Auflage nahm man einen Studienplan auf,

„der im wesentlichen den Vorgaben des Wissenschaftsrates und der Sachverständigengruppe zur Neuordnung des Medizinstudiums entspricht. Die Diskussion der Realisierungsstrategien wurde um die Erfahrungen bei der Umsetzung der 7. Novelle der ÄÄppO erweitert.“ (ebd.)

Wurzeln der Krise der Medizin

Aus Sicht des Murrhardter Kreises waren unter anderem eine einseitige Ausrichtung der Medizin an den Naturwissenschaften und der damit verbundene reduktionistische somatische Krankheitsbegriff korrekturbedürftig. Eine ganzheitlich anthropologische

³ Vgl. Vorwort zur 3., vollständig überarbeiteten Ausgabe, Murrhardter Kreis 1995

Betrachtungsweise sei jedoch auch durch die notwendige Spezialisierung der ärztlichen Berufe gefährdet.

Eine Gleichsetzung von Naturwissenschaften und Wissenschaft werde auch in der Kritik an Reformbestrebungen immer wieder angeführt. Demgegenüber wurde postuliert:

„Naturwissenschaften und Geisteswissenschaften sind gleichberechtigte Ansätze in der Ausbildung von Medizinstudenten; die Gleichsetzung von ‚naturwissenschaftlich‘ mit ‚wissenschaftlich‘ ist erkenntnistheoretisch unsinnig, in der Argumentation von Reformkritikern aber immer wieder zu finden.“

(Murrhardter Kreis 1995, 31)

Als weitere „Wurzeln der Krise“ wurden unter anderem

- eine fortschreitende Medikalisierung von Befindensstörungen und psychosozialen Problemen,
- ein mit der Entwicklung des akademischen Standes des Arztes verbundener, erschwerter Zugang zum Patienten sowie
- das Ausweichen von Patienten in Laiensysteme benannt.

Krankheit, Gesundheit und neue Anforderungen

Das Verständnis von Krankheit und Gesundheit als einem Zusammenspiel endogener und exogener Faktoren wurde ebenso zu Grunde gelegt wie die Berücksichtigung der Komplexität bio-psycho-sozialer Erklärungsmodelle.

Kritisch reflektiert wurde aber auch, dass

„Ursachen- und Wirkungszusammenhänge häufig nur an großen Personenkollektiven durch epidemiologische Erhebungen oder durch Therapiestudien als statistische Wahrscheinlichkeiten sichtbar gemacht werden können. Im Arzt-Patient-Verhältnis aber ist nach dem zu erwartenden Nutzen einer Therapie für den einzelnen Patienten gefragt.“

(Murrhardter Kreis 1995, 120)

Auf dieser Ebene – und somit im weit überwiegenden Teil ärztlicher Berufsfelder – seien aber gemeinsame Überlegungen und Entscheidungen zwischen Arzt und Patient erforderlich.

Ärzte müssten zunehmend eine öffentliche Verantwortung übernehmen. Für die in Kliniken tätigen Ärzte zeichne sich das beispielsweise bezogen auf Qualitätssicherung und die Effektivität und Wirtschaftlichkeit der stationären Krankenversorgung ab.

Die herausgehobene Position des ärztlichen Berufes sei nur in Verbindung mit einer konkret eingelösten Verantwortung zu rechtfertigen:

„Verantwortungsbereitschaft in einer dem Gemeinwohl verpflichtenden Weise stellt sich nicht von selbst ein. Sie bedarf ständiger Reflexion ihrer Inhalte und Grenzen sowie der Schärfung des Unterscheidungsvermögens, berufliche Sonderinteressen und Gemeinwohl gegeneinander abzugrenzen. In einer verbändepluralistischen Demokratie ist letzteres eine unverzichtbare politische Tugend. Diese Aspekte ärztlicher Ethik in der Atmosphäre deutscher Universitäten zu vermitteln, die sich eher als politikfern verstehen, stellt ein bisher nicht ausreichend erkanntes und daher ungelöstes Problem dar.“

(Murrhardter Kreis 1995, 121)

Ausweitung ärztlicher Tätigkeitsfelder

Die Erweiterung und zunehmende Differenzierung ärztlicher Tätigkeitsfelder stellt eine wesentliche Determinante des heutigen und zukünftigen Arztbildes dar. Alle Tätigkeitsfelder erforderten aber bestimmte Kenntnisse, Fähigkeiten und Einstellungen. Vor allem die beiden

letzteren definierten die Tätigkeit von Ärzten als einheitliches, wenn auch vielfältiges Berufsbild.⁴

Das zu Grunde gelegte Verständnis von Ausbildung umfasste „medical education“ und „medical training“. Nach einer Darstellung von Stößel (2009)⁵ lassen sich im „Arztbild“ beschriebene Anforderungen folgendermaßen zusammenfassen:

<i>Kenntnisse</i>	<i>Fähigkeiten</i>	<i>Einstellungen</i>
der Grundlagen der Anthropologie, die neben den anatomischen, physiologischen und biochemischen Eigenschaften die genetisch determinierten und epigenetisch modifizierten menschlichen Verhaltensweisen einschließt	Informationen strukturiert und verständlich zu übermitteln und im Diskurs mit Angehörigen nichtärztlicher und anderer ärztlicher Disziplinen sinnvoll zu verwenden	die dazu führen, dass sich Ärzte bemühen, eigene Kompetenzgrenzen nicht nur zu erkennen, sondern diese Erkenntnis in zweckmäßige Kooperation umzusetzen
der für die Arzt-Patient-Beziehung, also für die Wirkungen ärztlicher Tätigkeit im engeren Sinne wichtigen ethischen, rechtlichen und psychosozialen Determinanten	die Entstehung wissenschaftlicher Theorien, die experimentelle und empirische Herleitung wissenschaftlich belegter Daten sowie die kognitive Struktur ärztlicher Entscheidungen zu verstehen und danach zu handeln	welche die Ärzte befähigen, für die Medizin und die ärztliche Tätigkeit charakteristische Dilemmata und Konfliktsituationen wahrzunehmen und Entscheidungen auf der Grundlage anerkannter Prinzipien der medizinischen und bio-wissenschaftlichen Ethik zu fällen

Konsequenzen für die medizinische Ausbildung

In der 3. Auflage des „Arztbild der Zukunft“ wurde die Gliederung verändert. Der 2. und 3. Teil, die sich mit den „Konsequenzen für die Ausbildung“ und den „Grenzen und Möglichkeiten einer Reform des Medizinstudiums in der Bundesrepublik Deutschland“ befasst hatten, wurden völlig neu gestaltet und zu einem neuen zweiten Teil zusammengefasst. Während in der Erstausgabe ein neu strukturiertes Curriculum und seine Teilstrukturierung für die ersten beiden Studienjahre abgebildet waren, wurde in die 3. Auflage ein Studienplan integriert,

„(...) der im wesentlichen den Vorgaben des Wissenschaftsrates und der Sachverständigengruppe zur Neuorientierung des Medizinstudiums entspricht. Die

⁴ Vgl. S. 122ff.

⁵ Die Abbildung ist der Folie 23 des Vortrags entnommen, vgl. Stößel 2009

Diskussion um die Realisierungsstrategien wurde um die Erfahrung bei der Umsetzung der 7. Novelle der ÄAppO erweitert.“
(Murrhardter Kreis 1995, 15)

Der zweite Teil „Konsequenzen für die medizinische Ausbildung in Deutschland“ begann mit einer Darstellung zum Thema „Einheitlichkeit des Arztbildes und Grundmodelle der Mediziner Ausbildung“ (Kapitel I). In der Vorbemerkung zu diesem Kapitel wurde ausgeführt, dass

- die Vielzahl ärztlicher und nichtärztlicher medizinischer Tätigkeiten und die Divergenz ärztlicher Berufsfelder weiter zunehmen würden und die Berücksichtigung von Methoden und Sichtweisen neuer Fachdisziplinen erforderten; das dürfe aber nicht mit einer parallelen Ausdehnung des Fächerkanons einhergehen. An anderer Stelle wird eine maximale Regelbelastung der Studenten von ca. 25 Wochenstunden für die Kernpflichtfächer und circa 8 Stunden für den Besuch von Wahlpflichtveranstaltungen benannt;
- sich die Auswahl der Ausbildungsinhalte an gemeinsamen Anforderungen ärztlicher Tätigkeiten orientieren solle und neben der Gliederung der Lehrgegenstände nach traditionellen Unterrichtsfächern fachübergreifende Themen als neues Gliederungsprinzip an Bedeutung gewinnen werden;
- Probleme des Alterns, der Gesundheits- und Leistungserwartungen, der Beurteilung der Arbeits- und Berufsunfähigkeit sowie der Hilfe bei persönlichen und sozialen Problemen an Bedeutung gewinnen;
- ein erweiterter Krankheitsbegriff, ein verändertes Gesundheitsverständnis und erweiterte Möglichkeiten der Diagnose und Therapie zur Entwicklung integrativer, interdisziplinärer Wissensvermittlung bereits im Studium führen müssten.⁶

Aus diesen und weiteren Befunden und Prognosen (z.B. bezogen auf die Dynamisierung von Wissensbeständen, Medizintechnik und Informatik, eine zunehmend multikulturelle Gesellschaft und sich ausdifferenzierende Vorstellungen über Lebensqualität, die zunehmende Bedeutung der Gesundheitsökonomie, u.v.a.m) leitete man unter anderem ab, dass eine Trennung von Vorklinik und Klinik sowie ein wie auch immer benanntes Physikum obsolet wären.

Alternativen, an den Erfordernissen orientierte Grundmodelle für den Erwerb berufsspezifischer Kompetenzen, setzten allerdings voraus, dass man auch die Struktur und zukünftige Entwicklung der Weiter- und Fortbildung mit einbeziehen müsse; sie liegt in Deutschland in der Verantwortung der ärztlichen Selbstverwaltung.

1.5 „...weit über die Zeit hinaus“ – Rezeption und Einflussnahme

Dass man über die Publikationen hinaus die Wirklichkeit mitgestalten wollte, war eine erklärte Absicht, die sich durch die Vorworte aller Veröffentlichungen zog:

„Die Robert Bosch Stiftung übergibt auch dieses kleine Bändchen der Öffentlichkeit mit der gleichen Hoffnung wie den endgültigen Abschlussbericht des Murrhardter Kreises: nämlich die öffentliche Auseinandersetzung um diese Themen weiter anzuregen und zu verstärken. Es geht dabei nicht einfach nur um Änderungen des bestehenden aus Überdruß und Abwechslungssucht, sondern um die Schaffung von Voraussetzungen, unter denen Ärzte herangebildet werden können, die den Anforderungen der Zukunft entsprechen.“⁷

⁶ Vgl. dazu ausführlich Murrhardter Kreis 1995, 131ff.

⁷ Vgl. Vorwort zur Veröffentlichung der Beiträge des Symposiums (1989), ohne Seitenangabe

Bereits im Juni 1987 hatte der Murrhardter Kreis seine „12 Thesen zur Reform der ärztlichen Ausbildung“ vorgestellt, über die die Medizinjournalistin Rosemarie Stein am 19.04.88 in der FAZ berichtete.⁸

Auch das bereits erwähnte Symposium im September 1988 in Bonn-Bad Godesberg verdeutlichte die Brisanz, die in der Diskussion steckte. Rosemarie Stein erinnerte sich an „eisige Reaktionen“, die die Beiträge bei den Gegnern und bei Teilen der Vertreter aus der Politik auslösten. Im Vorwort zur Veröffentlichung wurde ausgeführt:

„Die Diskussionen auf dem Symposium waren zwar äußerst lebhaft, hinterließen aber in ihrer Emotionalität und in ihrer inhaltlichen Verschiedenheit der Argumente einen zwiespältigen Eindruck, der sich weder für eine wörtliche Wiedergabe eignet noch ohne wertende Verfälschung systematisierend beschrieben werden kann. Einige nach dem Eindruck des Herausgebers wichtigen Punkte seien daher aneinanderreihend und mit dem Risiko auf Fehlinterpretation genannt.“⁹

Was seinerzeit heftig debattiert worden war und zum Teil stark polarisierte, wurde im Vorwort weiter ausgeführt. Zusammengefasst einige der zentralen Fragestellungen und Aspekte:

- Besteht hinsichtlich der Analyse und Begründung eines neuen Arztbildes als Grundlage für konkrete Reformvorschläge, auf die sich der Murrhardter Kreis zunächst schwerpunktmäßig konzentriert hatte, nicht ohnehin weitgehend Konsens, und ist eine Diskussion darüber somit überhaupt sinnvoll?
- Welche Strategie ist vor dem Hintergrund der hohen Studierendenzahlen und ihrer Bedeutung für die Qualität der medizinischen Ausbildung und deren Reform zielführend? Bringen eine Reduzierung der Studentenzahlen und ein besseres Lehrer-Studenten-Verhältnis ausreichende Verbesserungen mit sich, oder müssen unabhängig davon schon Verbesserungen in Form und Inhalt des Studiums in Angriff genommen werden?
- Zielt das Bild eines zukünftigen, in gleicher Weise biologisch, sozial und psychologisch orientierten Arztes auf eine „Omnipotenz“ oder die „Anmaßung einer umfassenden Behandlungskompetenz“? Und ist das eigentliche Anliegen des Murrhardter Kreises, nämlich die Fähigkeit, Krankheit nicht mehr als biologische Entgleisung anzusehen, ihre sozialen und psychischen Voraussetzungen und Folgen anzuerkennen und – ggf. unterstützt durch entsprechende Fachleute – in Behandlungskonzepte einzubeziehen nicht vor dem Hintergrund einer Studienzeiterkürzung eine Illusion?
- Ist die vom Murrhardter Kreis intendierte und nicht quantifizierte Reduktion naturwissenschaftlichen Stoffes angesichts der Fülle der wachsenden Erkenntnisse nicht „verantwortungslos“? Können psychosoziale Fähigkeiten überhaupt erworben werden? In welcher Phase des Studiums sind sie sinnvollerweise zu vermitteln, oder gehört ihr Erwerb nicht ohnehin in die Weiterbildung und die ersten Berufsjahre?
- Führen die Verrechtlichung des Studiums und das damit einhergehende Multiple-Choice Prüfungsverfahren zu weiteren Zwängen und unüberwindlichen Hindernissen für Reformen, und schöpfen die Fakultäten bestehende Spielräume ohnehin nie aus?

Neben allen Fragen und Polemiken bestand Einigkeit über den Missstand, Medizinstudenten an einem Spektrum höchst differenzierter Krankheiten auszubilden, die allenfalls 10 % aller Krankheiten ausmachten. Eine weite Übereinstimmung gab es auch hinsichtlich der Einschätzung, dass in erster Linie die Fakultäten die Kompetenz hätten und gefordert seien, das Medizinstudium zu reformieren. Um die Bedeutung der Lehre für die Karriere der Hochschullehrer zu fördern, müssten neue Anreize gefunden und eingesetzt werden.

⁸ Rosemarie Stein begleitete die Arbeit des Murrhardter Kreises und die Studienreformbemühungen in zahllosen Artikeln. Eine systematische Auswertung der (Fach-)Presse steht noch aus.

⁹ ebd.

Den Studierenden empfahl man, ihr Recht auf eine ausreichende Ausbildung und die Qualität der Lehre genauso als konkreten Anspruch einzuklagen, wie die Studienplätze selbst.

Das „Arztbild der Zukunft“ wurde Kristallisationspunkt der Auseinandersetzung zwischen Reformorientierten und Reformgegnern. Die Debatten seien „heftig“, aber nicht unbedingt von der Kenntnis der Inhalte geprägt gewesen, wie sich einige Mitglieder des Murrhardter Kreises erinnerten. Sie referierten an verschiedenen Hochschulen, führten eigene Veranstaltungen durch und versuchten die Inhalte und Reformideen unter anderem über die Mitwirkung im Sachverständigenrat, bei Fakultätentagen, in Fachgesellschaften und Akademien zu transportieren. Dabei sammelte man Erfahrungen, an die man zum Teil „nur ungern“ zurückdenke und die Harald Mau in ein Cartoon übersetzt hatte:



(Harald Mau pinx., In: Murrhardter Kreis 1995, 260)

Die Nichtbeachtung durch die Ordinarien sei insgesamt ein Problem gewesen, und bei Vorträgen vor Fachgesellschaften habe es mehr Gleichgültigkeit als Widerstand gegeben. Scharfe Kontroversen gab es, wenn Versorgungsstrukturen tangiert wurden oder sich die Vertreter der eigenen Fachrichtung nicht ausreichend vertreten sahen, wie Hermann Heimpel und Michael Wirsching ausführten. Kritisch sei auch gewesen, wenn Interessen der Professoren tangiert wurden. Sie bekamen beispielsweise zu der Zeit noch „Hörergeld“ für Vorlesungen und Vertretern des Murrhardter Kreises wurde unterstellt, sie wollten die Vorlesungen abschaffen.¹⁰ Für die reformorientierten Kollegen hätten die Publikationen zum Teil als „Bibel“ und „als Metapher für Aufbruch“ gegolten, aber die Rezeption habe wahrscheinlich eher „im Kreise der Ethiker, der Medizinsoziologen und –historiker“ stattgefunden.

Auch die Überarbeitung und Veröffentlichung der erweiterten 3. Auflage von 1995 waren von vielfältigen Veranstaltungen begleitet, die hier nur punktuell benannt werden können. So erinnerte Hermann Heimpel daran, dass seiner Verabschiedung von der Universität Ulm im

¹⁰ Eigene Aufzeichnungen, vgl. Verzeichnis der Interviewpartner im Anhang

Jahre 1995 eine Veranstaltung der Robert Bosch Stiftung zu den Ergebnissen des Murrhardter Kreises vorgeschaltet war.

Der Medizinhistoriker Udo Schagen führte im Interview aus, dass sich der Murrhardter Kreis durch eine große Problemlösungskompetenz ausgezeichnet habe. Bemerkenswert seien auch seine Unabhängigkeit vom Fakultätentag, von den Ministerien und von der Konkurrenz der Fakultäten gewesen, ebenso wie das Engagement einiger Vertreter des Murrhardter Kreises im Sachverständigenrat und der lange Zeitraum der Förderung durch die Robert Bosch Stiftung.

Die Bedeutung des Arztbildes wurde und wird bis heute gewürdigt. So führte beispielsweise Gregor Breucker in seiner Dissertation über ein Projekt zur ärztlichen Gesprächsführung an der Universität Münster aus: „Die kommunikative Handlungskompetenz spielt in der Studienreform bisher nur eine untergeordnete Rolle. Ausnahmen bilden hier die schon mehrfach genannte Analyse des Arbeitskreises Medizinerausbildung (1989) sowie die Vorschläge der Deutschen Gesellschaft für medizinische Ausbildung (GMA) 1988.“ (Breucker 1995, 67).

Jürgen von Troschke knüpfte in seinem Buch „Die Kunst ein guter Arzt zu werden“ mehrfach an „Das Arztbild der Zukunft“ an und konstatierte, dass der Murrhardter Kreis von besonderer Bedeutung für die deutsche Diskussion war (Troschke 2004, 53). Verschiedene Studien verwiesen auf die grundlegenden Ausführungen des Arztbildes, wie beispielsweise Hohner (2003) und nutzen dort formulierte Anforderungen als Referenz (Stößel 2002). Die Medizinjournalistin Rosemarie Stein beschrieb in ihrem Beitrag zur Reform des Medizinstudiums in Berlin mit Hinweis auf die Arbeit des Murrhardter Kreises, dass das Rad nicht neu erfunden werden müsse. Der Abschlussbericht „Das Arztbild der Zukunft“ gelte unter Studienreformern *„nach wie vor als aktuelles Standardwerk – nur in Berlin scheint man ihn teilweise zu ignorieren.“* (Stein 2009, 18)

Einigen der jüngeren Gesprächspartner war das Arztbild im Medizinstudium in Vorlesungen oder Literaturhinweisen begegnet, vermutlich sei es *„von den nicht gelesenen Büchern das am häufigsten zitierte“*. Außerdem hätten *„einzelne charismatische Vertreter des Murrhardter Kreises“* auch überzeugt, ohne dass man sich mit der Publikation auseinandergesetzt hätte.

2 Entwicklungen in der Mediziner Ausbildung – Übergeordnete Einflussfaktoren

Zu den übergeordneten Einflussfaktoren auf die medizinische Ausbildung gehören die Approbationsordnungen für Ärzte (ÄAppO), Weichenstellungen durch Kultusministerkonferenzen, den Wissenschaftsrat, Ländergesetze (z.B. Hochschulmedizinreformgesetz BaWü) und andere bildungs- und finanzpolitische Programme und Entscheidungen, wie z.B. Exzellenzinitiativen, der Bologna-Prozess, die Zuweisung von Ressourcen etc..¹¹

Der Murrhardter Kreis hatte sich ausführlich mit den komplexen rechtlichen Rahmenbedingungen befasst und sowohl die Kompetenzverteilung zwischen Bund, Ländern und Hochschulen als auch die Geschichte der Bestallungsordnung und der 1970 eingeführten Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO) reflektiert. Er kam zu dem Ergebnis:

„Die Benennung der Fächer, insbesondere derjenigen mit praktischen Übungen, oder die Benennung der Fächer für die einzelnen Prüfungsabschnitte sind wesentliche Grundlage der heutigen Fakultätsstruktur gewesen und geblieben. An und für sich lässt die ÄAppO in diesen Grenzen den Fakultäten erheblichen Spielraum für die Gestaltung der Ausbildung innerhalb der einzelnen Studienabschnitte. Erst die Verquickung mit dem Kapazitätsrecht hat zu einer faktischen Orientierung an dem „Beispielstundenplan“ der zentralen Vergabestelle für Studienplätze geführt, die wesentlich durch die Rechtsprechung von Verwaltungsgerichten in Zulassungsfragen geprägt ist. Diese Orientierung ging so weit, daß nicht wenige Hochschullehrer der Meinung sind, eine ihnen einmal zugestandene und gewohnte Stundenzahl sei als Teil der ÄAppO vorgeschrieben.“
(Murrhardter Kreis 1995, 143ff.)¹²

Mit der ÄAppO waren auch das am Vorbild der USA orientierte Multiple-choice Verfahren eingeführt und das „Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungen“ (IMPP) als zentrale Dienstleistungseinrichtung der Landesprüfungsämter mit Sitz in Mainz gegründet worden. Dauer der Prüfungen und Anzahl der Fragen in den jeweiligen Stoffgebieten waren in der ÄAppO vorgegeben.

Das hatte nicht nur in den Fakultäten und für das Lernverhalten der Studierenden vielfältige Effekte. Auch die Bedeutung neuer Fächer und Ausbildungsinhalte wurde nicht zuletzt daran gemessen, ob und in welchem Umfang es gelang, in den Kanon der Prüfungsfragen aufgenommen zu werden, wie einige Interviewpartner anmerkten.¹³

Der Murrhardter Kreis beschrieb darüber hinaus die Kapazitätsverordnung, Zulassung und Auswahl der Studienanfänger und Möglichkeiten und Grenzen der Hochschulautonomie als zentrale Faktoren für die Einschränkungen der Ausbildungsgestaltung.

Mit Verweis auf die „Leitlinien zur Reform des Medizinstudium“ des Wissenschaftsrats aus dem Jahr 1992 wurde aber auch auf einen breiten Konsens darüber hingewiesen,

„(...), daß die Neuorientierung des Medizinstudiums nur gelingen wird, wenn sie nicht als Spielwiese einiger ambitionierter Hochschullehrer verstanden wird, sondern wenn die gesamte Fakultät die Neuordnung des Studiums zu ihrem Anliegen macht.“
(Murrhardter Kreis 1995, 155)

„Insbesondere wird es entscheidend darauf ankommen, eine ausreichend große Zahl von Hochschullehrern für eine Reform des Studiums zu gewinnen, Planungen neuer Curricula sorgfältig vorzubereiten, mit allen Beteiligten abzustimmen und Motivation und Leistungswillen der Medizinstudenten zu verstärken.“ (a.a.O., 274)

¹¹ Auch diese Einflussfaktoren waren Gegenstand der Interviews.

¹² Zu den vielfältigen Implikationen und politischen Konfliktlinien von Arztausbildungsreformen vgl. Pütter 1988

¹³ Vgl. dazu auch Schagen 2002 und Fabry 2008, 21ff.

Bislang hätten medizinische Fakultäten auf neue Ausbildungserfordernisse mit extensivem Wachstum reagiert und durch Spezialisierungen neue ärztliche Funktionen begründet. Eine weitere Zunahme der am Medizinunterricht beteiligten Fächer unterstütze aber weder automatisch die Vermittlung von Basiskompetenzen, noch verhindere sie eine weitere Aufsplitterung der Ausbildungsinhalte. Insgesamt entsprächen sich Ausbildungsbedürfnisse und Binnenorganisation der Medizinischen Fakultäten nicht. Sie förderten eine monodisziplinäre Forschung und eine voranschreitende Spezialisierung, die außerdem durch Karrieremuster und Ressourcenzuweisungen verstärkt würden.

Änderungen der Approbationsordnung

1989, im Erscheinungsjahr der ersten Ausgabe des Arztbildes, war die 7. Novelle der ÄAppO in Kraft getreten: Dadurch wurden

„(...) einzelne Elemente einer Studienreform festgeschrieben, die durchaus den Intentionen des Murrhardter Kreises entsprechen. Die Erfahrungen mit der Umsetzung zusätzlicher Lehrveranstaltungen werden im folgenden beschrieben. Sie sind für zukünftige (auch innerhalb des Murrhardter Kreises immer wieder kontrovers diskutierte) Versuche, eine Studienreform durch explizite Vorgaben einer bundeseinheitlich gültigen Verordnung zu erreichen, von Bedeutung.“ (31995, 199ff.)

Zeitgleich begannen bereits Vorarbeiten zu einer neuen Approbationsordnung, die in einem vom Bundesministerium für Gesundheit vorgelegten Reformvorschlag mündeten. Der Entwurf sah eine praxisorientierte Ausbildung vor, die fächerübergreifend stattfinden sollte, und griff auch andere vieldiskutierte Defizite auf.

„Die Umsetzung dieses Entwurfs hätte die bisherige fächerorientierte Orientierung des Medizinstudiums stark in Frage gestellt und vermutlich auch strukturelle Veränderungen an den Hochschulen notwendig gemacht (z.B. hinsichtlich der Verteilung von Lehrdeputaten...). Obwohl die medizinischen Fakultäten und wissenschaftlichen Fachgesellschaften an der Ausarbeitung dieses Entwurfs zunächst mitgearbeitet hatten, lehnten sie ihn schließlich dennoch ab. Stattdessen setzte der Medizinische Fakultätentag eine Präsidialkommission ein, die eigene Empfehlungen zur Reform des Medizinstudiums erarbeitete (MFT 1996). Diese sahen eine Stärkung der theoretischen Wissensvermittlung und einen Erhalt der bisherigen Fächerstruktur vor (...). Damit standen sich zwei Entwürfe gegenüber, die im Grunde einander entgegengesetzte Konzeptionen beinhalteten (Clade 1997). Aus ihnen wurde in den Folgejahren als Kompromißvorschlag die jetzige Approbationsordnung (2002) entwickelt. Aus diesem Kompromißcharakter ist verständlich, dass damit zwar einerseits eine fächerübergreifende und vertikal integrierte Lehre nahegelegt wird, dass aber andererseits die bisherigen Fächerstrukturen und die Teilung des Studiums in Vorklinik und Klinik weitgehend erhalten geblieben sind.“
(Fabry 2008, 22)

Auf dem langen Weg zur neuen Approbationsordnung wurde durch die Achte Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte vom 11.02.1999 die rechtliche Grundlage für die Durchführung von Modellstudiengängen in der medizinischen Ausbildung geschaffen.

Durch die ÄAppO aus dem Jahre 2002 (Geltung ab 01.10.2003, geändert durch Art. 3 G v. 21.7.2004) sollte die praktische Ausbildung verbessert und die Vermittlung sozialer Kompetenz gefördert werden. Die notwendige ganzheitliche Sicht der Situation der Patienten sowie die interdisziplinäre Gestaltung der Behandlungsprozesse wurden stärker berücksichtigt.

„So früh wie möglich werden klinische Inhalte auch in die theoretischen Abschnitte einbezogen. Die Verknüpfung von Theorie und Praxis erfolgt fortlaufend während des

gesamten Studiums. Das Medizinstudium soll sich künftig auch nicht mehr nur an den einzelnen Fachgebieten ausrichten, sondern sich an Krankheitsbildern orientieren. Der Unterricht wird deshalb verstärkt fächerübergreifend gestaltet. So werden Querschnittsbereiche geschaffen, die von den Hochschulen angeboten und geprüft werden müssen. In diesen Bereichen werden die Inhalte themenbezogen, am Patienten ausgerichtet, problemorientiert und fächerverbindend vermittelt.

(...) Entsprechend den neuen Anforderungen an das Studium ist auch der Inhalt der Prüfungen reformiert worden. Die Prüfungen im Medizinstudium werden künftig verstärkt durch die Universitäten gestaltet und somit den Hochschulen die Gelegenheit gegeben, neue Prüfungsformen zu entwickeln und durchzuführen. Die Zahl der Staatsprüfung wird auf zwei reduziert und die Wertigkeit des schriftlichen Antwortwahlverfahrens (MC-Verfahrens) vermindert. Am Studienende wird eine fallbezogene Prüfung verlangt, die sich an den berufspraktischen Anforderungen und den wichtigsten Krankheitsbildern orientiert. (...)

Durch die Neuregelung können innovative Entwicklungen und alternative Studiengänge auf den Weg gebracht werden, auch wenn sie von einigen ansonsten zwingenden Vorgaben der Approbationsordnung für Ärzte abweichen.¹⁴

Mit der 2003 in Kraft getretenen ÄApprO wurde ein neuer Schub von Initiativen ausgelöst, andere Medizinische Fakultäten konnten bereits entwickelte Ansätze über die Approbationsordnung zusammenführen und in neuen Studienordnungen abbilden.

Auch der seit Januar 2009 ausgeschriebene „Wettbewerb exzellente Lehre“ bildet einen Bezugsrahmen für Entwicklungen der Hochschulmedizin. Das im Jahr 2007 vorgelegte Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklungen im Gesundheitswesen sowie sein Sondergutachten von 2009 greift unter anderem Defizite in der Koordinierung der Gesundheitsberufe auf und belegt die Notwendigkeit für die Entwicklung nationaler und europäischer kompetenzbasierter Lernzielkataloge.¹⁵

„Es macht gerade besondere Freude, über Lehre und Studium an den Hochschulen zu schreiben. Es war auch noch nie so spannend, über die besondere Situation der medizinischen Ausbildung nachzudenken. Es bewegt sich etwas in den Deutschen Landen, und man reibt sich gelegentlich die Augen und staunt über die vielen Initiativen zur Verbesserung von Lehre und Studium an den Hochschulen in Deutschland. (...)“

kommentierte unlängst der Vorsitzende der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) und Dekan der Fakultät für Gesundheit der Universität Witten-Herdecke. Und er führte weiter aus:

„Die erfreuliche Einsicht in Politik, Wirtschaft und Hochschulen kann nur ein Anfang sein, und er präsentiert sich zaghaft und halbherzig. (...) Bund und Länder müssen sich an der Schnittstelle von Forschung und Lehre schnell auf ein innovatives Verfahren einigen, das die Föderalismusgesetze berücksichtigt. Hier sind weitsichtige und mutige politische Entscheidungen gefordert, die vom Hochschulausschuss der Kultusministerkonferenz für die Amtschefkonferenz der Kultusministerien und die Ministerkonferenz sorgfältig vorbereitet werden müssen.“¹⁶

Auch diese Äußerungen verdeutlichen, wie wichtig es ist, die Entwicklungen an den Hochschulen und in den Fakultäten selbst in den Blick zu nehmen.

¹⁴ http://www.bmg.bund.de/cln_171/nn_1168278/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/A/Glossarbereich-Aerztliche-Ausbildung-in-der-Bundesrepublik-Deutschland.html#doc1180086bodyText3, 25.09.09

¹⁵ Vgl. Hahn 2009, Hahn 2011

¹⁶ Hahn 2009, 1ff.

3 Reformen in der Medizinerbildung – Beispiele aus der Praxis

Mitte der 1960er bis 1970er Jahre waren im Zuge einer allgemeinen Expansion des Hochschulbereichs im internationalen Bereich Reformfakultäten eingerichtet worden, die für die deutschen Entwicklungen richtungsweisend wurden. Seit Ende der 1970er Jahre diskutierte man auch, traditionelle Curricula und innovative parallel anzubieten. Auch dazu lagen aus dem Ausland viel versprechende Ergebnisse vor.

Der Murrhardter Kreis rezipierte die internationalen Entwicklungen, entwarf Modellcurricula und stellte Reformansätze an verschiedenen Hochschulen vor. Deren Umsetzung wurde häufig von der Robert Bosch Stiftung und anderen Stiftungen unterstützt. Neben der Reformstrategie der Neugründungen galten Parallelprogramme sowie eine schrittweise Umgestaltung als Erfolg versprechende Vorgehensweisen.

Das 1988 veröffentlichte Rahmencurriculum des Murrhardter Kreises, verstanden als „konkrete Utopie“, konzentrierte sich auf die ersten beiden Studienjahre. Dort müssten die entscheidenden Veränderungen vollzogen werden und die ersten Prägungen der Studierenden erfolgen. Als Grundelemente des Curriculums wurden ein früher Patientenkontakt, das problemorientierte, selbstständige und aktive Lernen, die Integration von Lehrgegenständen sowie eine größtmögliche Wahlfreiheit bei der Studiengestaltung unter Vorgabe des nach zielorientierten Kriterien ausgewählten Pflichtstoffes benannt. Wesentliche strukturelle Veränderungen bezogen sich unter anderem auf die Einführung des Studienjahrs und eine neue Festlegung des Zulassungszeitpunktes, auf die Einführung des Wahlpflichtstudiums und die Reduktion staatlicher Prüfungen.

Eine Umsetzung des Curriculums sei nicht ohne Änderung der gegenwärtigen Rahmenbedingungen, der universitären Strukturen und der Einstellung der Lehrenden zu verwirklichen. Ein Fazit lautete: *„Es fehlt nicht an Einsichten, Vorschlägen und Modellen - Die Reform selbst ist das Problem“* (Arbeitskreis Medizinerbildung 1988, 30).

Um eine vertikale und horizontale Integration von Lehrinhalten zu ermöglichen, hatte man das Bild des Spiral-Curriculums oder der Lehr-Lernspirale geprägt:

„Diese in der ersten Auflage des Berichts erstmals verwendete Metapher ist heftig und teilweise mit unqualifizierten Formulierungen von Vertretern eines klassischen systematischen Studienaufbaus angegriffen worden.“
(Murrhardter Kreis 1995, 176ff.)

In der 1. Ausgabe des Arztbildes wurden bis 1985 begonnene Reformansätze vorgestellt. Auch die 3. Auflage enthielt differenzierte Darstellungen über Grundlagen, Vorschläge zur Reform des Medizinstudiums, Realisierungsstrategien sowie Hindernisse und Widerstände. Diesem mehr als 150 Seiten umfassenden zweiten Teil folgte ein Anhang, in dem auf knapp 200 Seiten Projekte und Modellversuche zur Reform des Medizinstudiums beschrieben wurden. Dabei handelte es sich um Ansätze aus Berlin, Düsseldorf, Gießen, Hannover, Leipzig, München, Münster und Ulm. Sie gingen auf die Arbeit des Murrhardter Kreises zurück oder standen in engem Zusammenhang mit dieser.¹⁷

Inwieweit die im „Arztbild“ skizzierten Projekte und Modellversuche Bestand hatten und wie sie sich weiterentwickelten, kann hier nur exemplarisch und punktuell aufgegriffen werden. Jedes der ausgewählten Beispiele bietet in seiner Komplexität und mit den vielfältigen Wechselwirkungen wiederum Stoff für gesonderte umfangreiche Fallstudien und manche Doktorarbeit.

An den Fakultäten waren Entscheidungen für unterschiedliche Strategien getroffen worden. In München setzte man ab Mitte der 1980er Jahre auf ein Konzept des Wandels in kleinen Schritten. Auch an der Universität Heidelberg wurden Änderungen angestrebt, die für alle

¹⁷ Vgl. 195ff. und 287–354

Studierenden galten. Die Entwicklungen in Mannheim, ebenfalls der Heidelberger Medizinischen Fakultät zugehörig, verdeutlichen darüber hinaus die Komplexität und Dynamik der Entwicklungen, die durch das Inkrafttreten der ÄAppO seit 2003 unterstützt wurde und darüber hinaus vielfältige andere Zusammenhänge aufweist. Das Beispiel Berlin entwickelte sich aus studentischen Protesten. Hier wurde unter Bezug auf die Experimentierklausel parallel zum Regelstudiengang ein Reformstudiengang eingerichtet. Das Beispiel der Privatuniversität Witten-Herdecke knüpfte an die Strategie der Neugründung an.

3.1 „Das Machbare für alle erreichen!“ - Das Beispiel München

Mitte der 1980er Jahre gab es an der Chirurgischen Klinik Innenstadt der Ludwig-Maximilians-Universität München Bestrebungen, den chirurgischen Unterricht zu verbessern und gleichzeitig eine empirische Grundlage für einen Studienreformansatz zu schaffen.

In Anknüpfung an den 1985 veröffentlichten so genannten GPEP-Report der Vereinigung Amerikanischer Medizinischer Hochschulen (AAMC), in dem grundlegende Kritik am Medizinstudium geäußert und weitgehende Reformvorstellungen publiziert worden waren, und in Anlehnung an die Arbeit im Murrhardter Kreis sowie an die im Münsteraner Modellversuch unter Leitung von Prof. Dr. Habeck unternommenen Ansätze für eine von Einzelveranstaltungen ausgehende Reorganisation des klinischen Unterrichts, setzte man auf ein Konzept des Wandels in kleinen Schritten.

Das Münchner Curriculare Innovationsprojekt (M-CIP)

Unter Leitung der Professoren F. Eitel und L. Schweiberer wurde die wissenschaftliche Sektion der Klinik („Theoretische Chirurgie“) Ende 1985 mit der Programmentwicklung und -durchführung betraut und in den Jahren 1986 bis 1988 das Münchener Curriculare Innovationsprojekt (M-CIP) entwickelt. In dem durch die Robert Bosch Stiftung geförderten Modellprojekt konzentrierte man sich auf drei Zielsetzungen:

- Professionalisierung des Unterrichts und Sicherstellung eines strukturierten, an einer Reihe ausgewählter Krankheitsbilder/Symptomen orientierten Patientenkontakts
- Stärkere Berücksichtigung der Lernmotivation der Studierenden
- Evaluation der Konzeption und Durchführung des M-CIP

Im Programm M-CIP wurden Lernziele in Kategorien studentischer Eigentätigkeit definiert. Lerninhalte wurden nach Häufigkeit und Dringlichkeit der klinischen Probleme in Diagnostik und Therapie vermittelt, und die Lehrformen wurden analog zum Stand der studentischen Qualifikationsstufe eingesetzt und aufeinander abgestimmt.

Um diese Ziele zu erreichen wurde auch die Weiterbildung der Ausbilder geplant. Sie sollte im Erfolgsfall interfakultär durchgeführt werden. Der Einsatz neuer Medien und eine studentenorientierte Durchführung des M-CIP bildeten weitere Schwerpunktthemen. Hintergrund war die Erfahrung, dass die Prüfungen nach dem Multiple-Choice-Verfahren das Lernverhalten der Studierenden verändert hatten. Daher sollte die Einführung von „Lernplätzen“ ein konstruktivistisches Lernen fördern, die Studierenden zum vertiefenden Weiterlernen motivieren und „Freude am Stoff in erlebter und erwünschter Eigentätigkeit“ vermitteln.¹⁸

Eitel und Schweiberer resümierten Mitte der 1990er Jahre für das M-CIP-Projekt, dass sich die Ergebnisse der Berner Medizinischen Fakultät, die McMaster Philosophie, der Münsteraner Modellversuch und das Konzept des Murrhardter Kreises bei der Programmentwicklung als besonders hilfreich erwiesen hätten. Die Qualität der Programmdurchführung sei empirisch gesichert.

¹⁸ Murrhardter Kreis 1995, 309, vgl. dazu ausführlich: 308–312

Durch die Evaluation wurde die Lehre des M-CIP in den Rahmen des Qualitätsmanagements gestellt. Für die Prozessevaluation wurden unter anderem Daten durch direkte Beobachtung des Unterrichtsverlaufs generiert. Die Ergebnisevaluation sollte anhand der Staatsexamina und der am Hause durchgeführten Examina im OSCE-Format (objective structural clinical examination) erfolgen und ergab im reformierten Unterricht tendenziell bessere Ergebnisse.

Bezogen auf die Strukturqualität konnten gute Erfolge erzielt werden. So verdoppelte sich beispielsweise die Zeit, die Studierende am Krankenbett verbrachten, durch die Einbeziehung nicht universitärer Kliniken in den praktischen Unterricht. Die Patienten-Studenten-Relation sank von 1:14 auf konstant 1:3, und die Dozenten-Studentenrelation wurde auf 1:7 halbiert. Die Ergebnisse der Evaluationen bildeten auch eine gute Grundlage, erkannte Defizite in weiteren Reformschritten abzubauen.

Das M-CIP wurde für die Programmentwicklung und -durchführung anderer Praktika genutzt, wie beispielsweise eines neu einzurichtenden Praktikums in der Notfallmedizin (Universität Frankfurt, Berufsfeuerwehr München und Universität München).

Darüber hinaus gab es unter anderem einen Austausch der Münchener Erfahrungen mit anderen Universitäten (z.B. Köln, Greifswald, Frankfurt):

„Das M-CIP beteiligte sich darüber hinaus an der Entwicklung und Durchführung interdisziplinärer Veranstaltungen der Fakultät nach der 7. Novelle der Approbationsordnung (zum Beispiel Praktikum der Berufsfelderkundung, Einführung in die Klinische Medizin).

Nachdem das M-CIP bis 1993 eingerichtet, in seiner Durchführungsqualität nach den Evaluationsergebnissen gesichert und in seinen Organisationsstrukturen auch auf andere Institutionen übertragen worden war (...), wendet es sich nunmehr im sechsten Jahr seiner Laufzeit plangemäß der Veränderung der Rahmenbedingungen der Lehre im Sinne einer Beschäftigung mit der Studienreform zu. Hierzu wurde 1993 zusammen mit zehn anderen auswärtigen Fakultätsmitgliedern ein Positionspapier zur Studienreform verfasst und distribuiert, dessen wesentlicher Inhalt ein pragmatischer Diskussionsbeitrag zur professionellen Organisation der Lehre an den Fakultäten ist.“ (Murrhardter Kreis 1995, 310ff.)

M-CIP entwickelte sich somit über die erste Projektphase hinaus zu einem Studienreformprogramm, das nicht 1:1 auf andere Fakultäten übertragbar war, aber eine Beratungsgrundlage bot:

„Damit stehen Strukturen des M-CIP quasi als ‚Software‘ oder Gerüst zur Reorganisation von Lehrveranstaltungen zur Verfügung. Die im M-CIP entwickelte Theorie des Reformversagens sagt voraus, daß ein von der Einzelveranstaltung ausgehender und dann progredient auf andere Veranstaltungen sich auswirkender, evaluationsgesteuerter Studienreformansatz größere Erfolgchancen hat als eine zentral gesteuerte, konzeptionell von oben entwickelte Studienreform, die sich auf alle Veranstaltungen einer Gesamtfakultät gleichzeitig erstreckt. Die letztgenannte Strategie scheint nur bei Fakultätsneugründungen erfolgversprechend. Die gegenwärtigen Erfahrungen in Deutschland deuten darüber hinaus darauf hin, dass der erstgenannte Ansatz unter den gegebenen Bedingungen schneller zum Erfolg führt.“ (a.a.O., 311)

Das Projekt CASUS

„Das Machbare für alle erreichen“ – das war auch eine Intention des interdisziplinären Projektes CASUS, das am 01. Januar 1995 begann. Ausgehend von der Einschätzung, dass die intensivste Form problemorientierten Lernens unbestritten der praktische Unterricht am Patienten sei, dieser aber aufgrund begrenzter Ressourcen nicht beliebig ausgeweitet werden kann, sollte durch computergestütztes, problemorientiertes Lernen anhand von

authentischen Patientenfällen ein Beitrag für die Verbesserung der Ausbildung in der Medizin insgesamt geleistet werden.¹⁹

Den theoretischen Hintergrund bildeten konstruktivistische Instruktionsansätze, die sich mit der Gestaltung problemorientierter Lernumgebungen in komplexen Domänen befassten.

Die Realisierung problemorientierten Lernens sollte vom Beginn des Medizinstudiums an ermöglicht und die Integration der Sichtweisen verschiedener Fächer erreicht werden:

„Dieses innovative Lernsystem kann in ein spiralig aufgebautes Curriculum integriert werden, das Vorklinik und Klinik miteinander verbindet und es den Studenten ermöglicht, selbständig und kooperativ zu lernen (...).

Die Struktur eines Falles in CASUS orientiert sich am klinischen Ablauf der Patientenversorgung: Bei der Bearbeitung eines Falles muß der Studierende die Programmschritte Anamnese, Klinische Untersuchung, Labor, Technische Untersuchung, Diagnose und Therapie durchlaufen (...). Die Falldarstellung auf dem Computer unterstützt ihn dabei, sein bestehendes Wissen aktiv anzuwenden und neues Wissen anwendungsbezogen zu erwerben.“ (Murrhardter Kreis 1995, 351)

Im Wintersemester 1993/94 wurde „Thyroidea“, der Prototyp für CASUS mit Beispielfällen zum Thema Schilddrüsenerkrankungen, in den Kurs für Innere Medizin des 7. Studiensemesters an der Medizinischen Klinik-Innenstadt der LMU implementiert und umfassend evaluiert.

Für die Fallerstellung war in CASUS von vornherein ein einfach zu bedienendes Autorensystem konzipiert worden. An einem Fall arbeiteten die Vertreter der jeweils benötigten Disziplinen in einer inhaltlich abgestimmten und durch ein einheitliches EDV-Format unterstützten Weise. Die Lernfälle sollten nach inhaltlicher und didaktischer Prüfung ihrer Qualität Teil einer umfassenden Fallbibliothek der Medizin werden. In die formative Evaluation wurden Experten aus der Medizin und der Instruktionspsychologie einbezogen, und mit Studierenden wurden Wirkungsanalysen durchgeführt.

Bis Ende 1997 sollte die technische Entwicklung einschließlich der Evaluation des Systems abgeschlossen sein. Neben der Robert Bosch Stiftung unterstützten das Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie, das Bayerische Staatsministerium für Unterricht, Kultus, Wissenschaft und Kunst sowie das Sächsische Staatsministerium für Kultus das Projekt.

Inzwischen wird CASUS national und international an über 120 Fakultäten in der Aus- und Weiterbildung von Medizinern eingesetzt. Die Fallbibliothek umfasst mehr als 500 Fälle für diverse Fächer und Bildungskontexte. Es findet inzwischen in anderen Gesundheitsberufen (z.B. Intensivpflegeausbildung, Physiotherapie) und Fachbereichen, wie z.B. Rechtswissenschaften, Anglistik oder Veterinärmedizin Anwendung.²⁰ CASUS wurde unter anderem mit dem MEDIDA-PRIX 2002 ausgezeichnet.

Diese Entwicklungen fanden seit 1993 unter der Obhut von Peter C. Scriba statt und wurden wesentlich von Martin Fischer entwickelt und gestaltet.²¹

Vom Münchener Modell zu MeCuM^{LMU} – Die München-Harvard Educational Alliance (MHEA)

Die Ergebnisse der Modellversuche M-CIP und CASUS sind in großem Umfang in das Medizinische Curriculum München (MeCuM^{LMU}) eingeflossen.

¹⁹ Dazu ausführlich Fischer et al. In: Murrhardter Kreis 1995, 350-354 und Fischer et al. 1994.

²⁰ Vgl. www.casus.eu, und www.medidaprix.org

²¹ Scriba war von 1990 – 2000 Lehrstuhlinhaber (Innere Medizin) und Direktor der Medizinischen Klinik, Klinikum Innenstadt der LMU München. Fischer absolvierte sein AiP bei Prof. Scriba. Er hatte bereits 1989 in Freiburg eine Multimedia-Agentur für Medizinische Ausbildung mit gegründet.

Der Weg zu MeCuM wurde wesentlich durch die München-Harvard Allianz vorgezeichnet. In ihrem Rahmen etablierte man ein umfassendes PJ-Programm. Die Teilnehmer brachten nach ihrer Rückkehr aus Harvard nicht nur POL-Fälle mit, sondern wurden häufig auch als Tutoren und Bedside-Instrukteure eingesetzt; einige engagierten sich auch als Mitglieder von Planungsgruppen.²²

Bereits im November 1996 war eine Delegation von zehn Münchener Hochschullehrern unter Leitung von Reinhard Putz an der Harvard Medical School geschult worden, um schrittweise neue Lehr- und Lernformen an der LMU einzuführen. In den folgenden Jahren der Zusammenarbeit wurde ein umfangreiches Schulungsprogramm ausgebaut. Pro Jahr bildete man 80 Dozenten für den problemorientierten Unterricht aus und machte sie mit neuen Lehr- und Prüfungsformen vertraut. Die standardmäßige, mehrtätige Schulung der Dozenten fand auf der Insel Frauenchiemsee statt.²³

1997 war der erste problemorientierte Kurs zum Kardiovaskulären System (KVK) für das 1. klinische Semester etabliert worden. Bis 1999 folgten drei weitere verpflichtende, interdisziplinäre Kurse: Infektionskrankheiten und Immunologie (IKI, 2. klinisches Semester), Notfall und Muskuloskelettales System (MuSkel, 4. klinisches Semester) und Nervensystem und Verhalten (NerV, 5. klinisches Semester)²⁴.

So entstand im Münchener Modell im klinischen Studienabschnitt ein Hybridcurriculum aus problemorientierten und nicht problemorientierten Anteilen. Diese grundlegende curriculare Reform gleichzeitig für alle Studierenden wurde im Rahmen der München Harvard Allianz realisiert und von einem intensiven Fakultätsentwicklungsprogramm begleitet. Somit waren auch wesentliche Vorleistungen für die Umsetzung der neuen Approbationsordnung und für die neue Studienordnung erbracht, die zum Wintersemester 2003/2004 eingeführt wurde:

„Die neue Studienordnung in „MeCuM^{LMU}“ baut auf Erfahrungen mit verpflichtendem POL für alle Studierenden auf, ohne die im klassischen deutschen Unterrichtssystem bewährten Methoden beiseite zu schieben. Vor allem aber hat die München-Harvard Educational Alliance mit ihrem über die Landesgrenzen hinaus bekannt gewordenen Ausbildungsprogramm für Hochschullehrer bewirkt, dass das Thema „Ausbildung“ einen sehr positiven Stellenwert im Bewusstsein der Fakultät erlangt hat.

Mit der Umsetzung von „MeCuM^{LMU}“ hat die MHEA ihr erstes Ziel erreicht und kann sich in der Zukunft darauf konzentrieren, die Entwicklung von Ausbildungsmodellen für Hochschullehrer voranzutreiben und dafür zu sorgen, dass die für die neue Studienordnung notwendige Zahl von Tutoren und Instrukteuren ein profundes Training erhält. Zentrale Idee dabei ist, gerade die besonders wissenschaftlich interessierten jungen Kolleginnen und Kollegen zu fördern. Sie sollen in die Lage versetzt werden, sich durch die Verfügung über hohe praktische und theoretische didaktische Kompetenz mit Freude und ökonomischem Zeitkonzept dem Unterricht der Medizinstudenten zu widmen.

Die enormen Herausforderungen an die moderne Universität sowohl in der Wissenschaft als auch auf dem Gebiet der medizinischen Aus- und Weiterbildung können nur bewältigt werden, wenn es uns gelingt, eine neue Lehr- und Lernkultur auf Basis eines neuen akademischen Geistes zu entwickeln.“ (Putz, Christ 2003, 62)

Die positiven Erfahrungen der Fakultät aus dem Harvard-München-Programm werden auch aktuell im Selbstverständnis und in der Präsentation der LMU deutlich.²⁵

²² Vgl. Putz, Christ 2002, 11–13

²³ a.a.O., 49ff.

²⁴ Vgl. Frick 2002

²⁵ Vgl. www.mecum-online.de

3.2 „...ein Machtzuwachs für Lehre!“ - Das Beispiel Heidelberg / Mannheim

Die ersten Vorlesungen in Medizin fanden an der Universität Heidelberg 1388 statt und somit zwei Jahre nach deren Gründung. Auf der Homepage wird auch auf den Grund für die Verzögerung hingewiesen: Es war kein Lehrbeauftragter zur Organisation der Fakultät und der Lehre verfügbar. Heute ist die Medizinische Fakultät eine der größten und abwechslungsreichsten in Europa. Sie bietet neben einem Abschluss in Medizin auch Abschlüsse in Medizinischer Informatik, Zahnmedizin, Pharmazie und Gesundheitswesen in Entwicklungsländern.

Seit 1969 absolvierten auch die der Fakultät für Klinische Medizin Mannheim zugeordneten Studierenden ihre vorklinische Ausbildung in Heidelberg, das führte zu sehr unterschiedlichen Studienanfängerzahlen im vorklinischen und klinischen Abschnitt.

HeiCuMed (Heidelberger Curriculum Medicinalis)

Nachdem 1998 die Novellierung der ÄApprO gescheitert war, beschloss die Medizinische Fakultät der Universität Heidelberg eine Reform des vorklinischen und klinischen Unterrichts. Sie sollte im Rahmen der geltenden Ausbildungsordnung realisierbar sein. Daher blieb die Trennung von Vorklinik und Klinik prinzipiell erhalten, für beide Bereiche ergab sich aber eine Neuordnung mit dem Ziel einer höheren interdisziplinären Verflechtung (Henningsen et al. 2002, 52). Das neue vorklinische Curriculum wurde zum Oktober 1998 eingeführt, ein Jahr später das Studienjahr.

Zum Wintersemester 2001/2002 wurde erstmalig HeiCuMed (Heidelberger Curriculum Medicinalis) eingesetzt, ein modulares themenzentriertes Kursprogramm im klinischen Studium, das sich auf die vorhandene Fächerstruktur stützte, jedoch „weitestgehend interdisziplinäre Elemente“ enthielt:

„Es sieht eine durchgehende tutorielle Betreuung der Studierenden in kleinen Gruppen vor; eingesetzt werden dabei fallorientiertes Lernen, computerbasiertes Training (CBT) und neben der obligaten Wissensprüfung auch eine Prüfung der klinisch-praktischen und kommunikativen Fähigkeiten.“ (Henningsen et al. 2002, 52ff.)

Es gab unisono einen Konsens dahingehend, dass sich Lehre ändern muss, und das problemorientierte Lernen sei ein zentrales Anliegen gewesen. Als hilfreich für eine Umsetzung hätte sich auch die Mitgestaltung durch Vertreter aller Fachrichtungen erwiesen, und für die einzelnen Bereiche seien Curricula geschrieben worden. Außerdem habe die Orientierung an Harvard viele gelockt, erinnerte sich Harald Resch, der die Entwicklungen als (stellvertretender) Studiendekan mitgestaltete. Außerdem sei sehr viel Geld für Lehre in die Hand genommen worden. Für die einzelnen Blöcke wurden Koordinatoren definiert und den Fachbereichen hinzufinanziert. Die beteiligten Kollegen waren fachlich integriert, hatten eine hohe wissenschaftliche Reputation und wurden über das Dekanat finanziert. Lehre wurde in der Folge nach Aufwand finanziert, wer eine gute Lehre machte, erhielt eine entsprechende Finanzierung. So konnte eine Mehrheit derer erreicht werden, die etwas zu sagen hatte.

Zur Vorbereitung der neuen didaktischen Elemente und der neuen Prüfungsformen wurden in Kooperation mit der Harvard Medical School in Boston, USA, bis 2002 ca. 30 Heidelberger Dozenten in Boston geschult.

In Anlehnung an das dortige Ausbildungsprogramm wurde in HeiCuMed zusätzlich zur spezifischen Ausbildung in den psychosozialen Fächern die Ausbildung allgemeiner kommunikativer Fähigkeiten als Element in das klinische Studium integriert. Im Februar 2003 wurde erstmalig der Block 3 realisiert, in dem das vierwöchige Modul der so genannten Psycho-Gruppe enthalten war. Es war von einer seit 1999 bestehenden Planungsgruppe aus

Vertretern der Psychiatrischen Klinik, der Psychosomatischen Klinik, der Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der Abteilung Allgemeine Klinische Medizin der Medizinischen Klinik ausgestaltet worden, die Prof. Dr. Resch leitete.²⁶

HeiCuMed stellte einen Kompromiss dar, in dessen Rahmen das Ziel der Ausbildung zum „guten Arzt“ dominierte und nicht die Selbstdarstellung der Fächer. Wie die in der allgemeinen Struktur des Curriculums prinzipiell vorgesehene Vernetzung von Modulen realisiert werden könne, war zum damaligen Zeitpunkt noch nicht absehbar. Sozialkompetenz sei aber zum Ausbildungsziel erklärt worden, und das integrierte Curriculum erzwingt automatisch, dass verschiedene Dimensionen der Diagnostik, Erklärungs- oder Therapieansätze nicht mehr unvermittelt nebeneinander stehen:

„Auch für eine ‚Horizontenerweiterung‘ der an der Lehre beteiligten Mitarbeiter der jeweiligen Kliniken und nicht nur für die Vermittlung eines geschlossenen Bildes an die Studenten wird diese Art der Integration bedeutsam werden.“ (a.a.O., 59)

HeiCuMed fand große überregionale Anerkennung. Die Voraussetzung für ein lebendiges Gelingen der neuen Form der Zusammenarbeit war nach Einschätzung von Resch durch einen von gegenseitigem Respekt geprägten Umgangsstil der Beteiligten gegeben.

Der Aufbaustudiengang Master of Medical Education (MME)

Die Universität Heidelberg bietet in Kooperation mit dem Medizinischen Fakultätentag außerdem seit 2004 einen berufs begleitenden Aufbaustudiengang Master of Medical Education (MME) an, der vom Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft unterstützt wird. Durch den MME sollen Führungspersonen und Multiplikatoren in der Medizinischen Ausbildung qualifiziert, ein Netzwerk aufgebaut und die Lern- und Ausbildungsforschung gestärkt werden. Unter Beteiligung weiterer Standorte (München, Tübingen, Wien, Berlin, Köln, Dresden) und einer jährlich wechselnden internationalen Fakultät werden bislang 150 Multiplikatoren und Führungspersonen in der Medizinischen Ausbildung qualifiziert. Auch die Dozententeams sind aus nationalen und internationalen Experten zusammengesetzt. Inhaltliche Schwerpunkte bilden Curriculumentwicklung, Lerntheorie, Lehr- und Prüfungsmethoden, Evaluation, Teambildung und Gruppendynamik, Projektmanagement, Leadership und Fakultätsentwicklung sowie Ausbildungsforschung. Jeder Teilnehmer führt ein lokales Projekt zur Verbesserung der Lehre an der eigenen Fakultät durch und schreibt eine Masterthese über ein Ausbildungsforschungsprojekt. 2010 schlossen 22 Studierende den Studiengang mit dem Master ab. Durch Evaluationen wurde eine hohe Teilnehmerzufriedenheit, bezogen auf die einzelnen Module, bestätigt, und eine externe Evaluation aus internationalen Experten bewertete den Studiengang als beispielhaft für die Struktur eines akademischen Ausbildungsprogramms, das alle Aspekte der modernen ärztlichen Ausbildung, einschließlich relevanter Fertigkeiten im Bereich von Führungs- und Managementaufgaben, beleuchtet.²⁷

Das „Mannheimer Reformierte Curriculum für Medizin und medizinnaher Studiengänge“ (MaReCuM)

Die in den 1960er Jahren gegründete Medizinische Fakultät Mannheim ist die zweite medizinische Fakultät der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg²⁸. Während zunächst die vorklinischen Semester bis zum ersten Staatsexamen in Heidelberg absolviert werden mussten, ist Mannheim seit dem WS 2006/2007 eine Vollfakultät. Die „Sachverständigenkommission Universitätsmedizin Baden-Württemberg“ hatte das MaReCuM als innovativ

²⁶ Vgl. Henningsen et al. 2002

²⁷ <http://www.mme-de.de/index.php?curriculum>, letzter Zugriff: 10.04.2010. Vgl. auch Resch et al. 2011

²⁸ Zu den weiteren Besonderheiten der Medizinischen Fakultäten Baden-Württembergs vgl. auch Ministerium...2006

bewertet, und 2006 wurde es als Gesamtkonzept vom Ministerium für Wissenschaft und Kunst Baden-Württemberg genehmigt. Mit MaReCuM sollte auf die Herausforderungen reagiert werden, die sich in Folge der Zunahme an Diversifizierung, Ökonomisierung und Technisierung des Gesundheitssektors stellen. Angehende Ärzte müssen frühzeitig während der klassischen Mediziner Ausbildung motiviert werden, sich mit medizinnahen theoretischen Themenfeldern auseinanderzusetzen und entsprechende interdisziplinäre Kenntnisse und Fähigkeiten zu erwerben. Gleichzeitig gäbe es einen Bedarf an akademisch ausgebildetem und über medizinische Kenntnisse verfügendem Personal, das nicht ärztlich-kurativ am Patienten tätig wird und über neue Angebote im medizinnahen Bereich ausgebildet werden sollte.

Das auf die ärztliche Tätigkeit hin ausgerichtete naturwissenschaftliche und praxisnahe Studium der Humanmedizin enthält individuelle Qualifizierungsmöglichkeiten und unterscheidet aktuell drei Qualifizierungswege: die klinische Praxis, das Masterstudium und den Qualifizierungsweg Wissenschaft. Die Masterstudiengänge stehen auch externen Bewerbern und erfolgreichen Absolventen des Bachelorstudienganges „Medizin- und Gesundheitswissenschaften“ zur Verfügung.²⁹

Aufgrund der einzigartigen Ausgangssituation habe man die außerordentliche Chance gehabt, bei Null anzufangen und den Lehrkörper völlig neu aufzubauen, betonte der Prodekan für die Lehre an der Medizinischen Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg, Professor Dr. med. Harald Klüter. Der Unterricht ist in integrierten Modulen organisiert und schreibt ein strukturiertes Pflegepraktikum vor. Körperorgane und Krankheitsbilder stehen als Themen im Mittelpunkt, und die klassischen Fachgrenzen werden durchbrochen. Das Studium orientiert sich an den verbindlich festgelegten ärztlichen Kernkompetenzen; somit bilden die Ethik ärztlichen Handelns, ärztliche Kommunikation, der Umgang mit Patienten und Gesundheitsökonomie feste Bestandteile des Curriculums, das unter Einbeziehung und Mitwirkung der Mannheimer Medizinstudierenden entstand. Die Vorklinik ist nach wie vor rein lernbasiert. Die Studierenden werden von Beginn an von Mentoren begleitet, die ein Leistungsfeedback gewährleisten. Auf den Webseiten und in Flyern wird unter anderem hervorgehoben, dass sich die Fakultät seit ihrer Gründung durch exzellente Lehre und hohe Ausbildungsstandards auszeichne; bei rund 180 Studierenden pro Jahrgang sei die Atmosphäre sehr persönlich.

In der Medizinischen Fakultät Mannheim wurde seit 2003 mit „Standardisierten Patienten“ (SP) gearbeitet. Dabei handelt es sich um Schauspieler, die auf unterschiedliche Rollen und Symptome vorbereitet werden und in Kommunikationstrainings, anderen Unterrichtseinheiten und Prüfungen eingesetzt werden können. Im Jahr 2006 wurde ein eigenes Programm zur Ausbildung und zur Lehre mit SP etabliert. Seit Oktober 2008 werden die Studierenden außerdem in einem eigenen „Lernkrankenhaus TheSiMa (Themenräume-Simulation-Mannheim)“ gezielt auf die Anforderungen im Klinikalltag und Beruf vorbereitet. Der Unterricht wird unter anderem von studentischen Tutoren organisiert und durchgeführt. Alle Räume sind thematisch nach Organsystemen bzw. Kliniken eingerichtet und multifunktional für curriculare Lehre, Tutorien, Selbststudium und praktische Prüfungen einsetzbar.

Für eine ausgeprägte Verzahnung von klinischer Forschung mit Grundlagenforschung und Lehre wurde für MaReCuM das CBTM (Centrum für Biomedizin und Medizintechnik in Mannheim) geschaffen.

Durch die verschiedenen neigungsorientierten Qualifizierungswege gibt es eine frühzeitige Möglichkeit, sich neben der ärztlichen Ausbildung auf weitere Berufsfelder vorzubereiten. So wird besonders engagierten und qualifizierten Studierenden ein zusätzliches, englischsprachiges Masterstudium mit den Studiengängen Medical Physics (seit WS 2006/07), Health Economics (seit WS 2009/10) und Translational Medical Research (Beginn WS 2010/11) angeboten. Ein thematisch verwandter zweijähriger Masterstudiengang Biomedical Engineering nimmt ebenfalls zum WS 2010/11 die ersten Studierenden auf. Er bietet dreijährigen Bachelor-Absolventen der Physik,

²⁹ Vgl. Klüter 2011

Biowissenschaften, Mathematik, Informatik oder Ingenieurwissenschaften eine weiterführende Qualifikation an der Schnittstelle zwischen Technik und Medizin. Darüber hinaus ist zum WS 2011/12 der Beginn eines vierjährigen Bachelorstudiengangs (BSc) Medizin- und Gesundheitswissenschaften geplant. Durch ihre modulare Struktur und die Vergabe von credit points (ECTS) entsprechen die Bachelor- und Masterstudiengänge den Vorgaben des Bologna-Prozesses. MaReCuM gilt somit auch als einer der modernsten Studiengänge Deutschlands.

Aufgrund der unterschiedlichen Lehrkonzepte (HeiCuMed und MaReCuM) ist ein Wechsel zwischen Heidelberg und Mannheim in der Regel nicht möglich bzw. mit einer Studienzeiterverlängerung verbunden.

3.3 „Da muss man einen sehr langen Atem haben!“ - Das Beispiel Berlin

Im Winter 1988/89 streikten die Studierenden an der Freien Universität Berlin (FU). Die FU wurde 40 Jahre und hatte vergessen, ihre Studierenden einzuladen. Das war wohl ein Tropfen, der das Fass zum Überlaufen brachte.

Claudia Kiessling, damals Medizinstudentin an der FU, erinnerte sich daran, dass sich für sie in Zusammenhang mit dem Streik erstmalig Mitgestaltungsmöglichkeiten für ein Studium eröffneten, das den eigenen Ansprüchen und Vorstellungen entgegenkam und Erfahrungen bot, die auch für viele andere, heute noch aktive Studienreformer prägend wurden. Bei der Suche nach Antworten auf die Frage, wie man über studierendenzentriertes Lernen zu einer besseren Patientenversorgung komme, wäre man automatisch auf den Murrhardter Kreis gestoßen, und die weiteren langjährigen Reformbemühungen hätten in enger Zusammenarbeit mit Mitgliedern des Murrhardter Kreises stattgefunden.

Der studentische Protest führte unter anderem zur Einführung eines Projektstudiums zur „Realisierung des Berliner Modells“ und 1990 zur Einrichtung einer Planungsgruppe am Universitätsklinikum Rudolf Virchow der FU Berlin. Mitte 1992 wurde dem Wissenschaftsrat eine grundlegend überarbeitete Studienkonzeption vorgelegt, die sich unmittelbar auf den Abschlussbericht des Murrhardter Kreises und auf die umfassenden Erfahrungen verschiedener Reformuniversitäten des Auslands bezog.

Bei der Form der Erarbeitung und Weiterentwicklung, bei der grundlegenden Ausrichtung, bei Struktur und Inhalten des Studiums sowie bei der konsequenten Einführung innovativer Lehr- und Lernformen wurden neue Wege beschritten:

- Die Entwicklung wurde in enger Abstimmung zwischen Studierenden und Hochschullehrer, besonders mit dem Dekan und Neuropädiater Dieter Scheffner, entwickelt. Man setzte sich intensiv mit den Erfahrungen an renommierten ausländischen Reformfakultäten auseinander (z.B. Harvard, Hamilton, Linköping, Maastricht) und knüpfte in Deutschland erarbeitete Empfehlungen an (z.B. Wissenschaftsrat, Sachverständigenkommission zu Fragen der Neuordnung des Medizinstudiums beim Bundesgesundheitsministerium, Murrhardter Kreis).
- Wichtige interne und externe Entscheidungsträger wurden frühzeitig einbezogen und neue Gremien und Strukturen aufgebaut.³⁰ Die Evaluation sollte intern, aber auch durch ein internationales Beratungsnetz sichergestellt werden.
- Die Inhalte des Studiums sollten sich an den Anforderungen der primärärztlichen Tätigkeit orientieren. Es wurden zusätzliche Studieninhalte angeboten (z.B. Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns, Grundlagen wissenschaftlichen Arbeitens, Freiraum zum Studium Generale). Der Reformstudiengang orientierte sich dementsprechend nicht mehr an dem auf Vollständigkeit angelegten Gegenstandskatalog, sondern basierte auf klar definierten Lernzielen.

³⁰ Vgl. Murrhardter Kreis 1995, 295

- Um Studierenden die Möglichkeit zu eröffnen, exemplarisch und in Zusammenhängen denken zu lernen, wurde die Methode des Problemorientierten Lernens (POL) in den Mittelpunkt gestellt, die zu Beginn des Studiums in einer „Orientierungseinheit“ neben anderem vermittelt wurde. Weitere Neuerungen waren unter anderen der wöchentliche halbe Praxistag, der im ersten Semester zur Berufsfelderkundung diente und ab dem zweiten Semester Studierende zu „Lehrlingen“ bei niedergelassenen Ärzten machte.
- Insgesamt entfielen von allen Unterrichtsstunden circa 40% auf die Praktika in Blockform, 10% auf die Praxistage und 50% auf die problemorientierten Veranstaltungen, Seminare und Vorlesungen. Die wöchentlich mindestens 10 Stunden für das Selbststudium waren im Stundenplan freigehalten.
- Mit der üblichen Prüfungsroutine wurde gebrochen. Neben einer objektiven Wissensüberprüfung sollten *„Leistungstests Lernenden und Lehrenden als gemeinsame Rückkoppelung über den Lehr- und Lernprozess dienen und nicht (ausschließlich) der Selektion oder Bewertung von einzelnen Studierenden:“* (a.a.O. 293) Durch neue Prüfungsmethoden, wie beispielsweise OSCE (Objective Structured Clinical Examination) konnten auch anwendungsbezogene und kommunikative Lernerfolge gemessen werden.

Die weiteren Entwicklungen in Berlin müssen insgesamt vor dem Hintergrund der damaligen politischen Ereignisse betrachtet werden. So gab es beispielsweise auch an der Charité eine vom Studentenrat getragene AG Studienreform:

„(...) , die noch vor der Wiedervereinigung, als die ehemals verfeindeten Universitäten einen kurzen Honigmond der herzlichen Zuneigung und gegenseitigen Anerkennung auslebten, ein Papier verfasst hatten, nach dem den werdenden Ärzten der Mensch als biosoziale Einheit nahe gebracht werden sollte. Die Arbeitsgemeinschaft und ihrer Ziele lobte Scheffner ausdrücklich. Er bestärkte uns, in diesem Sinne fortzufahren, Praxisbezüge herzustellen und anwendbares Wissen zu vermitteln. (...)

1991 wurden an der Charité Struktur- und Berufungskommissionen etabliert, die eine umfassende Vollmacht zur Neuordnung der Charité hatten. Im Resultat der Wiedervereinigung war der DDR-typische Verordnungswahn von der bundesdeutschen Regelungswut abgelöst worden und es herrschte in vielen Bereichen Rechtsunsicherheit. Zeitgleich lief 1991 in den Printmedien eine Verleumdungskampagne gegen die Charité, deren Inszenierung bei jedem Horrorfilmregisseur Bewunderung ausgelöst hätte. Das unerklärte Ziel war die Demontage eines potentiellen Konkurrenten, die im damaligen Sprachgebrauch ‚Abwicklung‘ hieß.

Die Arbeit im Murrhardter Kreis waren die wenigen Pausen zum ruhigen Nachdenken, in der Berliner Hochschullandschaft verlief das Leben mehr als turbulent. (...) Über den dauernden Umstrukturierungen, Bettenreduzierungen und Personalkürzungen blieben wenig Kraft und Zeit für kreative Neugestaltung des Studiums, aber es wurde in allen Fakultäten in unterschiedlichen Gremien daran gewerkelt.“ (Mau 2010, 4–6)

Bis 1995 waren zehn Gesetze und Gesetzesänderungen allein mit der Änderung der Universitätsmedizin befasst. Über allen Universitätsklinikum hing das Damoklesschwert Kapazitätsverordnung und *„Wer eine Idee hatte, wurde entweder mit Stellenkürzungen oder mit einer erneuten Kapazitätsberechnung bestraft“*, erinnert sich Harald Mau weiter sowie an zusätzliche Verunsicherungen durch zahlreiche externe Strukturkommissionen und Expertengremien und deren Gutachten über die Berliner Universitätsmedizin:

„In dieser Zeit noch langfristig an eine Studienreform zu denken, setzte messianische Überzeugung voraus. Scheffner hatte sie und verlor das Ziel auch in den größten Turbulenzen nicht aus den Augen.“ (a.a.O., 6ff.)

Der Reformstudiengang Medizin ging somit erst im Wintersemester 1999/2000 an der Charité an den Start. In ihm wurden viele im Murrhardter Kreis diskutierte Aspekte umgesetzt, wie z.B. die Betonung der für alle Ärzte notwendigen medizinischen Kompetenzen, die Vermittlung praktischer Fertigkeiten und ärztlicher Einstellungen, Problemorientiertes Lernen (POL), frühe Patientenkontakte (z.B. durch regelmäßiges

Hospitieren in hausärztlichen Praxen), die Aufhebung der Grenze zwischen Vorklinik und Klinik, weitgehende Ersetzung der Staatsprüfungen durch theoretisch praktische Semesterabschlussprüfungen etc..

Dass er parallel zum Regelstudiengang als Modellstudiengang mit 63 Studierenden pro Jahr starten konnte, war auch dem Einsatz der Gesundheitsministerin Andrea Fischer für die Novellierung der ÄApprO und die Aufnahme einer General-Experimentierklausel zu verdanken.³¹ Der Reformstudiengang wurde durch das BMBF und zahlreiche Sponsoren unterstützt und von einem internationalen „Advisory Board“, einem Gremium führender Ausbildungsforscher wissenschaftlich begleitet und evaluiert. Der 2005 vorgelegte Abschlussbericht erfuhr „höchste Anerkennung“:

„Die Charité habe nun die Chance, aufgrund der hier gesammelten Erfahrungen ein Curriculum für den gesamten Nachwuchs zu entwickeln, das zum Modell für die Ärzteausbildung des 21. Jahrhunderts werden könnte.“ (Stein 2009, 15)

Trotz aller Absichtserklärungen sei das bis heute nicht geschehen, und die Charité-Leitung habe die Arbeitsgruppe, deren „*Engagement und Kreativität*“ die internationalen Berater rühmten, „*personell regelrecht ausbluten lassen*“:

„Die Fachkompetenz der Mitarbeiter, die ihn aufgebaut hatten (manche hatten nach dem Dr. med. auch noch ihren Master of Medical Education), wurde so missachtet, dass nacheinander alle drei Nachfolger Scheffners in der Leitung der Arbeitsgruppe frustriert gingen: Der Pädiatrieprofessor Walter Burger zurück in die klinische Arbeit, Claudia Kiessling zum Baseler Studiendekanat, Kai Schnabel als Leiter einer der vier Abteilungen des Instituts für medizinische Lehre nach Bern. Andere bringen die Reform an medizinischen Fakultäten in Deutschland voran. Die Charité hat also ihre reformerfahrenen Ausbildungsexperten vergrault.“ (Stein 2009, 16)

Die Robert Bosch Stiftung unterstützte die Umsetzung und Evaluation des Berliner Reformstudiengangs über viele Jahre. Grund dafür war – so Almuth Satrapa-Schill, Abteilungsleiterin des Programmbereichs, Gesundheit und Humanitäre Hilfe der RBS - die Erfahrung,

„dass hier wirklich Ärzte herangebildet werden und nicht nur Mediziner, und weil man damit rechnen konnte, dass diese positiven Erfahrungen zu einer durchgreifenden Reform des gesamten Studiums ohne verwässernden Kompromiss führen.“ (Stein 2009, 20)

Neben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und anderen Sponsoren förderte die Robert Bosch Stiftung eine prospektive Längsschnittuntersuchung, die so genannte KuLM-Studie, über „*Karriere- und Lebensplanung in der Medizin*“. Die 2010 vorgelegten Befunde verweisen bei den Studierenden des Reformstudiengangs auf eine deutlich höhere Zufriedenheit, ein geringeres Belastungsempfinden und eine bessere Bewertung, bezogen auf die Vermittlung von beruflich relevanten Kompetenzen als bei Studierenden im Regelstudiengang.³²

Inzwischen ist die Fusion zwischen dem Reformstudiengang und dem Regelstudiengang beschlossen. Zum WS 2010/2011 soll dann der für alle zukünftigen Studierenden geltende „*Modellstudiengang*“ als 3. Parallelstudiengang an den Start gehen, wie Manfred Gross, seit 2005 Prodekan für Studium und Lehre an der Charité - Universitätsmedizin Berlin am 23.09.2010 im Rahmen der Jahrestagung für Medizinische Ausbildung berichtete. Der Modellstudiengang sei modular aufgebaut, habe große Ähnlichkeit mit dem in Witten/Herdecke und sei „*Bologna kompatibel*“. Flankierend soll über das neue „*Dieter Scheffner-Fachzentrum* die didaktische Ausbildung der Dozierenden“ unterstützt werden.

Die Vorarbeiten für den Modellstudiengang gestalteten sich schwierig. Und auch die Rahmenbedingungen wirken eher beunruhigend: Die Fakultät ist extrem zergliedert, und es

³¹ Vgl. Schagen 2002, 36

³² Vgl. Dettmer, Kulmey 2010

gibt vier Campi in einem Umkreis von 50 Kilometern. Als weitere „Herausforderungen“ wurden die Budgetierung und die räumliche Ausstattung benannt; es gäbe einen enormen Investitionsbedarf bei der räumlich-baulichen Ausstattung und steigenden Anforderungen an Raumkapazitäten für Kleingruppenunterricht und Selbststudium.

Ob sich die Einführung vor diesem Hintergrund als „*Himmelfahrtskommando*“ erweist, „*das auf dem Rücken der Studierenden ausgetragen wird*“, wie einige befürchten, ist noch nicht abzusehen.³³

3.4 „Die lernfähige Arztpersönlichkeit steht an oberster Stelle!“ - Das Beispiel Witten-Herdecke

Der Murrhardter Kreis hatte Universität Witten/Herdecke (UW/H) als eine der nach 1960 erfolgten Neugründungen in privater Trägerschaft genannt, die sich um neue und zeitgemäße Ansätze bemühte, ging aber in seinen Ausführungen kaum auf die dortigen Entwicklungen ein. Bei den anderen Neugründungen (Hannover, Bochum und Ulm), die ebenfalls mit Reformvorstellungen angetreten waren und zunächst gute Ergebnisse erzielt hatten, hätten sich die Ausgangsbedingungen bereits infolge der Kapazitätsverordnung und durch Verwaltungsgerichtsurteile massiv verschlechtert:

„Dafür war zusätzlich die stärker an traditionellen Lehrformen orientierte Einstellung der später berufenen Professoren verantwortlich. Dagegen gelang es an der nicht der Kapazitätsverordnung unterliegenden Privatuniversität Herdecke die Jahrgangszahl von nur 45 Studenten und damit verbunden den persönlichen Kontakt zwischen Hochschullehrern und Studenten beizubehalten und die Reformideen stetig weiterzuentwickeln. Sie sind allerdings im Gegensatz zu Vorstellungen aus Hannover und Ulm für Initiativen an anderen deutschen Medizinischen Fakultäten kaum wirksam geworden.“ (Murrhardter Kreis 1995, 197)

Entwicklungen

Nach der gescheiterten Hochschulreform der siebziger Jahre war die UW/H 1982 als erste deutsche Universität in nicht-staatlicher Trägerschaft gegründet worden. In Anknüpfung an das ursprüngliche Ideal der Humboldtschen Universitätsidee als einer Gemeinschaft von Lehrenden, Lernenden, Mitarbeitern, Ehemaligen, Freunden und Förderern hatte sich die UW/H das Ziel gesetzt, neue Formen des Lehrens und Lernens zu erproben, neue Studienrichtungen und Ansätze in der Forschung zu entwickeln sowie neue Wege in der Organisation einer wissenschaftlichen Hochschule zu gehen und dies modellhaft umzusetzen.

1983 wurde der Studienbetrieb im Fach Humanmedizin aufgenommen, 1984 für die Zahnmedizin. Das Studium sollte es ermöglichen, Ärzte auf der Basis einer am gesamten Spektrum des Menschen orientierten Medizin, im persönlichen Kontakt mit entsprechenden ärztlichen Vorbildern und im frühen Umgang mit Patienten des gesamten Versorgungsspektrums auszubilden.

Das Gemeinschaftskrankenhaus in Herdecke – es war 1969 als erstes anthroposophisch ausgerichtetes Krankenhaus in Deutschland gegründet worden – war sowohl Motor bei der Gründung der Privatuniversität als auch von Beginn an enger Kooperationspartner. Zunächst bestanden Ausbildungskooperationen mit sechs Kliniken der Grund- und Regelversorgung und einigen ambulanten Praxen. 2009 umfassten die Kooperationen zwei klinische Universitätscampi in Köln-Merheim und Wuppertal und acht weitere klinische Standorte mit Lehrstühlen, 12 Kliniken ohne Lehrstuhl und 74 kooperierende Lehrpraxen. Von Beginn an unterlag das Medizinstudium der UW/H der Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO) und den Vorgaben des Landesprüfungsamtes NRW.

³³ Vgl. Warnecke 2010

Besonderheiten

Wegen der nicht-staatlichen gemeinnützigen Trägerschaft kann das Zulassungsverfahren in der Medizin durch die Fakultät selbst gestaltet werden und unterliegt nicht dem Numerus clausus und dem Zuweisungsverfahren der ZVS. Voraussetzungen für die Bewerbung sind die allgemeine Hochschulreife und ein sechsmonatiges Krankenpflegepraktikum. Das Auswahlverfahren ist komplex und zeitaufwändig und umfasst eine schriftliche Bewerbung und ein mündliches Auswahl-Wochenende mit Einzelgesprächen, Vorträgen der Bewerber und Gruppendiskussionen. Die Consult-Gruppe des Zentrums für Hochschulentwicklung (CHE) bescheinigte diesem Auswahlverfahren 2008 in einer detaillierten Untersuchung eine hohe Qualität im Sinne der gewünschten Auswahlkriterien. Durch das Auswahlverfahren könnten Studierende mit einer hohen Passfähigkeit zu den Ausbildungszielen und Leitideen der Fakultät und Universität gewonnen werden. Dies sichere eine hohe institutionelle Bindung und Motivation und stelle zusammen mit der Semestergröße einen der Hauptunterschiede des Wittener Modellstudiengangs zu vergleichbaren Studiengängen dar.

Die Anzahl der Studierenden pro Semester wurde über die ersten Jahre von 25 auf 30 und schließlich 1995 in Zusammenhang mit einer erstmaligen Förderung der UW/H aus Landesmitteln auf 42 angehoben. Aufgrund einer strategischen Entscheidung der Universität zur Verdopplung der Studierendenzahl in der Medizin werden seit Herbst 2008 jeweils zum Sommer- und Wintersemester 42 Studierende aufgenommen. Das gute Betreuungsverhältnis und das kleingruppenorientierte Lehr- und Lernformat konnten dennoch erhalten werden.

Mit der Gründung der Medizinischen Fakultät wurden innovative Konzepte des Lehrens und Lernens nach internationalem Vorbild zu einem Reformstudiengang zusammengeführt, der die lernfähige Arztpersönlichkeit in den Mittelpunkt stellt. Handlungskompetenz und Persönlichkeitsbildung sollten dabei genauso gefördert werden wie die kritische Reflexion fachwissenschaftlicher Grenzen. Das Studium fundamentale der Fakultät für Philosophie und Kulturreflexion ist integraler Bestandteil der an der UW/H angebotenen Studiengänge und vernetzt alle Fakultäten untereinander. Es ist im universitären Lehrplan longitudinal fest als Wahlpflichtkomponente verankert. Derzeit müssen im Modellstudiengang Medizin mindestens neun Leistungsnachweise im Studium fundamentale erbracht werden. Das Lehrangebot ist in die drei Kompetenzbereiche *reflexive Kompetenz*, *künstlerische Kompetenz* und *kommunikative Kompetenz* untergliedert und bindet circa 20 Prozent der Lernzeit.³⁴ Bereits seit 1992 beinhaltet der reformierte Medizin-Studiengang problemorientiertes Lernen (POL)³⁵ sowie Blockpraktika und Praxisblöcke. Schlett et al. (2010) heben Witten/Herdecke als einzige medizinische Fakultät hervor, die bereits zwischen 1996 und 2002 ein vollständiges PBL³⁶-basiertes Curriculum anbot. Seit dem Sommersemester 2004 werden alle Anforderungen der neuen Approbationsordnung erfüllt.

Außerdem wurde gemäß der 8. Novelle der Approbationsordnung zum 01.04.2000 ein Modellstudiengang genehmigt. Während im reformierten Studiengang alle staatlichen Prüfungen extern absolviert werden mussten, ist im Rahmen des Modellstudiengangs die Verantwortung für den ersten Abschnitt der ärztlichen Prüfung in die Hände der UW/H gelegt worden. Dadurch ist gewährleistet, dass die internen Äquivalenzprüfungen in Form und Inhalt dem Wittener Curriculum entsprechen.

Als Spezifika des Modellstudienganges an der Uni Witten/Herdecke gelten unter anderem:

Methodik, Didaktik und Inhalte richten sich während der ersten vier Semester konsequent am Konzept des problemorientierten Lernens (POL) und dessen Flankierung durch Praktika und Sprechstunden aus. Die Fragen werden aus den Lernzielen der Fälle abgeleitet; aus der Anatomie, Physiologie und Biochemie wurden Zusammenhänge nachgezeichnet und aus

³⁴ Ich danke Martin Fischer für die Informationen und die zur Verfügung gestellten Unterlagen.

³⁵ Vgl. Kunstmann 1992 und Schlett et al. 2010

³⁶ Problem-Based Learning

der Perspektive der Pathologie, der Radiologie, der Pharmakologie und der klinischen Fächer werden die klinischen Bezüge gewonnen. Die studentische Kleingruppe besteht aus sechs Studierenden, die von einem ärztlichen Tutor und einem studentischen Co-Tutor supervidiert werden.

Die starke Patientenorientierung mit Praxiseinsätzen (1:1 Betreuung) wird im Rahmen des allgemeinärztlichen Adoptionsprogramms vom ersten Semester an sichergestellt. Sie wird durch Anamnese- und Untersuchungskurse über die gesamten ersten vier Semester ergänzt.

Hauptmerkmal des Studiums im klinischen Ausbildungsabschnitt ist ebenfalls der Praxisbezug: Die Studierenden durchlaufen insgesamt 58 Block-Wochen in den unterschiedlichen Fächern in kooperierenden Kliniken und Lehrpraxen und gewinnen fundierte Einblicke in das gesamte Versorgungsspektrum ambulanter und stationärer Medizin. Durch eine Gruppenstärke von drei bis max. acht Studierenden pro Klinik kann auf den Stationen und in den Ambulanzen meist eine 1:1 Betreuung erzielt werden. Die Studierenden sind auf den Stationen in den klinischen Alltag integriert, nehmen selbstständig Patienten auf, referieren in den Nachbesprechungen, erhalten täglichen Seminarunterricht und nehmen an den täglichen Klinikbesprechungen teil. Die klinischen Blöcke werden durch Theoriewochen ergänzt, die am Campus Witten stattfinden.

Darüber hinaus bildet das Unterrichtsangebot in den Integrierten Curricula ein Alleinstellungsmerkmal. Dieses kontinuierliche Lehrangebot über fünf Jahre deckt die Themengebiete Kommunikation, Wissenschaft und Forschung, Ethik und Gesundheitsökonomie ab und vernetzt sie mit klinischen Inhalten.

Außerhalb des Studiums fundamentale gibt es derzeit keine gemeinsamen Lehrveranstaltungen zwischen Humanmedizin, Zahnmedizin und Pflegewissenschaft. Sie sind aber geplant, um die interprofessionelle Perspektive im Gesundheitswesen in der Lehre besser abzubilden. Die Gründung der Fakultät der Gesundheit mit den Departments Medizin, Zahnmedizin und Pflegewissenschaft im Oktober 2010 bringt dies auch strukturell zum Ausdruck. Es wurden bereits mehrere interprofessionelle Ausbildungsprojekte realisiert. Dazu gehören die Ethikwoche, das Wahrnehmungspraktikum und die PJ-Ausbildungsstation.³⁷

Zu den fakultativen Studienangeboten, die über den Modellstudiengang Medizin hinaus gehen, zählen:

- das integrierte Begleitstudium Anthroposophische Medizin als systematisches Studium der anthroposophischen Heilkunst,
- die Teilnahmemöglichkeit am Fortbildungsangebot für Ärzte in Traditioneller Chinesischer Medizin (TCM)

Zwei bis drei Medizinstudierende pro Semester nutzen außerdem die institutionelle Nähe zur Wirtschaftsfakultät der UW/H für ein Parallelstudium zum Bachelor of Business Economics. Sie bereiten sich so auf die größer werdende Schnittfläche zwischen den Themenfeldern Ökonomie und Gesundheit vor.

Evaluation

Der Modellstudiengang Medizin wird regelmäßig intern und extern evaluiert. Zur internen Evaluation gehören unter anderem:

- Online-Evaluation zu allen Lehrveranstaltungen vom 1. bis 4. Semester mit einem systematisierten Feedbackverfahren

³⁷ Vgl. Edelhäuser und Scheffer 2011

- die dezentrale Evaluation aller klinischen Blöcke im 3. bis 5. Studienjahr
- die Evaluation der Logbücher für die Blockpraktika durch das Studiendekanat, incl. der Rückmeldung an die Lehrstuhlinhaber und Blockverantwortlichen sowie die standortvergleichende Präsentation im Rahmen von Fachgebietskonferenzen
- ein zu Beginn jedes Semesters von allen Studierenden zu absolvierender Progress Test mit jeweils 200 Fragen, der als formative Prüfung und internes Evaluationsinstrument eingesetzt wird
- die Dokumentation des Studienfortschritts durch das Studiendekanat sowie Interne Evaluationsberichte zum gesamten Modellstudiengang.

Die externe Evaluation erfolgte durch eine internationale Gutachterkommission im November 2009 und durch die Berichte an das Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Technologie und an den Wissenschaftsrat.

Verschiedene Studien ergaben, dass die Abbrecherquote in der Medizin an der UW/H unter dem Bundesdurchschnitt liegt (HIS/DAAD-Studienabbruchstudie, 2005). 90% der Absolventen der UW/H im Vergleich zu 71% in der bundesweiten Referenzgruppe absolvieren nach der CHE-Alumni-Befragung eine Facharztausbildung. Eine Alumni-Befragung von 2006 verdeutlichte, dass 83% der Medizin-Studierenden an der UW/H gegenüber 60% an staatlichen Fakultäten Teile ihres Studiums im Ausland absolviert haben und diese Erfahrung offenbar erfolgreich für die Karriereentwicklung und fachliche Weiterbildung im Ausland nutzen.

Perspektiven

Die Fakultät für Medizin versteht sich selbst als eine innovative, kritische und lernende Organisation. Aus- und Weiterbildung werden als Kontinuum im Sinne des lebenslangen Lernens aufgefasst und die Mitglieder der Fakultät in der Umsetzung persönlicher Entwicklungsziele auf dem Hintergrund der gemeinsamen Aufgabe unterstützt. Perspektivenpluralismus und eine frühzeitige Übernahme von Verantwortung werden von jedem Einzelnen erwartet und gefördert.

Die innovative Weiterentwicklung des Modellstudienganges soll durch den Ausbau eines kompetenzorientierten Kerncurriculums Medizin mit interprofessionellen Schnittstellen und innovativen Angeboten zu Mehrfachqualifikationen im Spannungsfeld Gesundheit, Wirtschaft und Kultur und den Ausbau des Netzwerks internationaler Lehr- und Forschungs-Kooperationen vorangetrieben werden. Die Forschungsbasierung der Lehre wurde durch die Etablierung eines longitudinalen Forschungspfades curricular gestärkt.

Seit dem Sommer 2008 wurden passend zu den Schwerpunkten der Medizinischen Fakultät fünf neue Lehrstühle eingerichtet. Sie unterstützen einerseits die Forschungsaktivitäten in systemischen Fragen und profilieren andererseits die Forschungsleistung der Fakultät für Medizin. Einer davon ist der Lehrstuhl am Institut für Didaktik und Bildungsforschung im Gesundheitswesen (IDBG). Dieses in seiner Ausrichtung bundesweit bisher einzigartige Institut wurde mit der Berufung von Prof. Martin Fischer zum 01.10.2008 gegründet und befasst sich mit Forschungsfragen zu Aus-, Fort- und Weiterbildung in den Gesundheitsberufen.

Die kritischen Evaluationen des Wissenschaftsrates 2005 und 2006 haben an der UW/H zu erheblichen Anstrengungen geführt. So wurde u.a. die Personalausstattung erheblich ausgebaut. Die Forschung wurde gestärkt und auf den Forschungsschwerpunkt „Integrative und personalisierte Gesundheitsversorgung“ focussiert. Die Fakultäten für Medizin und Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (ZMK) wurden am 01.7.2010 zur Fakultät für Gesundheit mit den Departments Medizin, ZMK und Pflegewissenschaft verschmolzen. Der Modellstudiengang Medizin wurde im November 2010 um acht Jahre verlängert.

3.5 Zwischen Anspruch und Wirklichkeit – Weitere Reformansätze

Es gab und gibt eine Fülle weiterer Ansätze, Studiengänge zu reformieren, und Verweise auf Modellstudiengänge. In diesem Zusammenhang soll exemplarisch auf die Darstellungen von Habeck et al. (1993), Schagen (2002a), Stößel/von Troschke (2002) verwiesen werden.

Durch die 2003 in Kraft getretene neue Approbationsordnung hatte es einen neuen Innovationsschub gegeben. So stand auch die Jahrestagung der GMA 2010 an der Ruhr-Universität Bochum unter dem Motto: „*Viel verändert – viel erreicht? Bilanz und Zukunft der Studienreformen*“.

Zu diesem Thema wurden 264 Abstracts eingereicht. Vorgestellt wurden Modellstudiengänge an der Universität Witten-Herdecke, an der Berliner Charité sowie aus Hannover, Köln, Aachen, Mannheim und Bochum. Auch der Medizinische Fakultätentag widmete sich 2010 in Berlin den „Innovationen im Medizinstudium“.

Weiterhin werden unterschiedliche Reformstrategien gewählt. Wenn man die sehr unterschiedlichen Ausgangspositionen, Rahmenbedingungen und Wirkungsmechanismen berücksichtigt, die in den Bundesländern und Regionen an den Hochschulen und Fakultäten vorhanden sind, ist es unmittelbar einsichtig, dass es keinen „Königsweg“ zur Studienreform geben kann.

Dies zeigen exemplarisch noch folgende Initiativen:

Die Ruhr-Universität Bochum verband schon sehr früh Theorie und Praxis miteinander und war für Studienmodelle an anderen Universitäten Vorbild. Seit dem WS 2003/2004 wird dort ein Modellstudiengang mit neuen Lehr- und Lernformen parallel zum Regelstudiengang Medizin durchgeführt und als randomisierte kontrollierte Studie wissenschaftlich begleitet. Hier wird der bundesweit einheitliche erste Abschnitt der Ärztlichen Prüfung durch gleichwertige fakultätsinterne Prüfungen ersetzt, um so ein konsequent praxis- und patientenorientiertes Studium und von Anfang an eine Vernetzung der einzelnen Fächer in einem gegenstands- und problemorientierten Unterricht zu ermöglichen. Außerdem wurde in Bochum ein Zentrum für Medizinische Lehre gegründet. Im Rahmen der Qualifizierung der Lehrenden gibt es unter anderem Kooperationen zwischen Bochum und Witten-Herdecke.

Die am 23.09.10 bei der GMA-Jahrestagung in Bochum referierten Ergebnisse belegen ein Erreichen der Reformziele und, verglichen mit der Referenzkohorte des Regelstudienganges, eine höhere Zahl von Absolventen sowie höhere Leistungen. Die förderlichen Bedingungen sollen unter anderem in einer Alumnibefragung herausgearbeitet werden.

Innovationen waren und sind nicht zwangsläufig an einen Modellstudiengang gekoppelt: So steht DIPOL[®] für „Dresdner Integratives Problem-/ Praxis-/ Patienten- Orientiertes Lernen“. Das Reformcurriculum DIPOL[®] ist ein Hybridcurriculum und besteht aus neuen und traditionellen Elementen. Vorlesungen werden in einem reduzierten Umfang beibehalten. Kurse, Praktika, Praktischer Unterricht am Patienten werden in erhöhtem Umfang integriert. Als neue Elemente werden der Kleingruppenunterricht in Tutorien (8–10 Studierende) unter Anleitung eines ausgebildeten Tutors, Fallbesprechungen, Selbststudienzeit für Studierende, moderne Lehr- und Lernformen (Multimedia etc.), interdisziplinärer Unterricht und neue Prüfungsformen benannt. Alle von der neuen ÄAppO geforderten Elemente sind in DIPOL[®] integriert.

Didaktische Prinzipien wie die „Lehr-Lernspirale“ und POL finden sich nicht nur auf den Webseiten von Fakultäten mit Modellstudiengängen. Ob sie konsequent angewendet werden, bleibt aber dahingestellt.³⁸ Bezogen auf die methodisch-didaktische Gestaltung des Medizinstudiums wird insgesamt eine Ausweitung innovativer Ansätze konstatiert. Das gilt beispielsweise für Lehr- und Lernformen zur Förderung der sozialen und kommunikativen Kompetenz und eines intensiveren Praxisbezugs durch bedside teaching oder den Einsatz

³⁸ So problematisierte ein Gesprächsteilnehmer, dass ihm nicht eine medizinische Fakultät bekannt sei, in der die Lehr-Lernspirale konsequent umgesetzt würde.

von SPs (Standardisierte Patienten, Simulationspatienten). Sie wurden zunächst an der Privatuniversität Witten-Herdecke und an der Berliner Charité als eine der ersten staatlichen Universitäten eingesetzt. Parallel oder später begannen unter anderem die medizinischen Fakultäten in Köln, Heidelberg, Hamburg, Göttingen, Düsseldorf, Mannheim, München und Münster mit der Einführung von SP in die medizinische Lehre. Über weitere Einrichtungen zur Förderung eines intensiveren Praxisbezugs durch skill labs und Lern- und Lehrkrankenhäuser wird beispielsweise aus Dresden, Mannheim und München berichtet.³⁹ Auch POL, Wahlpflichtveranstaltungen, Tutorenprogramme und Peer Teaching, innovativere Prüfungsmethoden, die Evaluation von Lehrveranstaltungen oder die Beteiligung an Verbleibstudien werden heute häufiger eingesetzt.⁴⁰ Mit welcher Qualität das geschieht, wird in neueren Studien reflektiert.⁴¹

Akteure, Umfang, Kontinuität und Nachhaltigkeit entsprechender Initiativen, Reformen und Gegenreformen sind aber in der Regel nur schwer zu erfassen oder nachzuvollziehen. Vieles erscheint wie eine Aneinanderreihung von Einzelprojekten, und offensichtlich sind an den Fakultäten selbst Entwicklungen über längere Zeiträume nicht bekannt und/oder dokumentiert. Bezogen auf die Entwicklung in Hannover wies Haller bei der GMA-Tagung am 23.09.2010 auf Diskontinuitäten hin: In Bereichen an der eigenen Fakultät, die sich vor wenigen Jahren als sehr innovativ gezeigt hätten, gäbe es inzwischen „nur noch Wüste“.

Die Ausbildungslandschaft wird vielfältiger: Mit der Übernahme des Klinikums Gießen-Marburg durch die Rhön-Klinikum AG hat erstmalig ein privater Betreiber in Deutschland ein Universitätsklinikum übernommen und beteiligt sich dort an der Mediziner-Ausbildung. Die Universität Düsseldorf hat umfangreiche Reformen zur Medizinerbildung angekündigt, und die Universität Oldenburg plant, in Kooperation mit der Universität in Groningen (NL) einen Masterstudiengang anzubieten. Mit Bezug auf einen durch das Wissenschaftsministerium formulierten Bedarf für zusätzliche Medizin-Studienplätze in NRW kündigte auch die Bielefelder Universität Anfang 2010 an, die Chancen für ein Medizinstudium zu prüfen, das sich am Bochumer Modell orientieren könnte.

³⁹ Einige Realisierungschancen ergaben sich hier wohl auch im Zusammenhang mit der Einführung von Studiengebühren.

⁴⁰ Zu Umfang, Einordnung und Bewertung vgl. Fabry 2009

⁴¹ Vgl. Roch et al. 2010

4 Was ist, was bleibt und was wird? – Bewertungen, Einschätzungen, Schlussfolgerungen

Welchen Einfluss hatte die Arbeit des Murrhardter Kreises auf Studienreformenbemühungen an den Medizinischen Fakultäten und auf die Änderungen der Approbationsordnungen? Was wurde erreicht, und was blieb erhalten? Welche äußeren Umstände und persönlichen Eigenschaften fördern Veränderungen? Wie stellen sich die zwischenzeitlichen Entwicklungen in der Mediziner Ausbildung insgesamt und bezogen auf Reformansätze, Rahmenbedingungen und Anforderungen retrospektiv, aktuell und prospektiv dar?

Diese und andere Fragestellungen wurden im Mai 2009 mit ehemaligen Mitgliedern des Murrhardter Kreises und im ersten Quartal 2010 mit weiteren in der Mediziner Ausbildung engagierten Persönlichkeiten diskutiert.

4.1 Das Arztbild der Zukunft aus heutiger Sicht der damaligen Autoren

Auf Einladung der Robert Bosch Stiftung trafen sich am 11.05.2009 ehemalige Mitglieder des Murrhardter Kreises in Stuttgart. An dem Treffen nahmen Michael Arnold, Hans-Ulrich Gallwas, Hermann Heimpel und Dieter Scheffner als Mitglieder des Murrhardter Kreises und Hans-Jürgen Firnkorn, der seinerzeit zuständige Referatsleiter, teil.⁴²

Die Ergebnisse der Diskussion wurden in einem Protokoll zusammengefasst. Bezogen auf die Ziele, die mit dem „Arztbild der Zukunft“ verfolgt und erreicht wurden, heißt es darin unter anderem:

- Der Murrhardter Kreis sei angetreten, um mehr Freude und Identifikation im Studium und im späteren Arztberuf zu ermöglichen. Die öffentliche Diskussion und das Erscheinungsbild der Ärzte würden aber von Honorarfragen, Egoismus und Nutzenmaximierung in eigener Sache geprägt. Reputation und Geld dominierten den Arztberuf.
- Bei den Absolventen der medizinischen Studiengänge zeige sich eine Zweiteilung in je eine Gruppe, die sich hinsichtlich psychosozialer Kompetenzen und medizinischer Kenntnisse verschlechtert, und eine, die sich verbessert. Insgesamt seien die Qualifizierungseffekte im Medizinstudium nicht nachhaltig.
- Die zentrale Zielsetzung, die medizinischen Fakultäten an ihre rechtliche und fachliche Autonomie zu erinnern und sie für die notwendigen Reformen zu gewinnen, sei nicht erreicht worden.

Folgende Desiderata und aktuelle Defizite der medizinischen Ausbildung wurden benannt:

- Eine Re-Orientierung auf den „Ursprungsgedanken“ der Medizin unter Einbeziehung zentraler Schlüsselbegriffe aus der niederländischen Ausbildung sei angebracht.
- Die vermittelten Wissensbestände seien für die Praxis nur bedingt relevant. Das habe Auswirkungen auf die Versorgungswirklichkeit.
- Es mangle an Wirksamkeit und Nachhaltigkeit von Qualifizierungseffekten.
- In der psychosomatischen Ausbildung sei Versagen festzustellen.
- Die Arzt-Patient-Kommunikation sei ein eminent wichtiges und nach wie vor verbesserungswürdiges Thema.
- Studierende würden in der Praxis der Patientenbehandlung kaum mehr wahrgenommen und unterwiesen, müssten in der Prüfung aber „medizinische Kompetenz“ aufweisen.

⁴² An dem Treffen nahmen außerdem von Seiten der Robert Bosch Stiftung Dr. Almut Satrapa-Schill, Bereichsleiterin, Jürgen Krauth sowie Brigitte Müller teil.

- Die Fakultäten hätten wenig oder kein Interesse an der Lehre, weil sie – im Gegensatz zur Forschung – zu wenig oder gar keine Reputation brächte. Wer die Verantwortung für die Lehre übernehmen solle, sei unklar.
- Unklar sei auch, wo die Reflexion über die Profession verortet sei.
- Die zunehmende Relevanz der neuen Art Wissensaneignung und vor allem Wissensverwaltung werde zu wenig gesehen: Die enormen und sich ständig erneuernden Wissensbestände könnten nicht in den Köpfen verfügbar sein, seien aber bei Nutzung elektronischer Medien relativ leicht abrufbar. Die Organisation der Wissensvermittlung sei darauf (noch) nicht ausreichend eingestellt.
- Teamarbeit müsse erlernt und vor allem eingeübt werden.

Dieter Scheffner verwies in einem zusammenfassenden Papier auf weitere einzelne und übergeordnete Desiderata der Denkschrift, auf Adressaten und „besondere Baustellen für die Umsetzung der Desiderata“, wie beispielsweise eine fehlende interne Diskussion der Ärzte und Hochschullehrer an den Fakultäten. Grundlegende Reformüberlegungen fehlten, und Reformansätze würden nach einem „add-on Prinzip“ und über „Umetikettierungen“ stattfinden.

4.2 Erfahrungen sammeln und nutzen – Die Interviews

Was sind Ursachen und Hintergründe für die mangelnde Bereitschaft, die vielfältigen Reformansätze auf einer breiten Front zu verwirklichen, und wie erleben (frühere) Akteure, was erreicht wurde? Die Einflussfaktoren sind komplex, lassen sich nicht voneinander isolieren. Mit Verfahren der qualitativen Analyse lassen sich aber Erfahrungen, Meinungen und vor allem Einsichten der mit dem Problem befassten Experten zusammentragen. Dieser Weg wurde hier eingeschlagen.

Die Vorbereitungsgruppe zum Symposium „Ausbildung für die Gesundheitsversorgung von morgen“ diskutierte im Rahmen ihrer 1. Sitzung am 17.11.2009 über die Auswahl der 10 bis max. 15 Gesprächspartner für leitfadengestützte Interviews. Es sollten unterschiedliche Professionen und Altersgruppen, Aktionsfelder und Studiengänge sowie Mitglieder des Murrhardter Kreises und der Vorbereitungsgruppe berücksichtigt werden. Außerdem wurde angeregt, die Liste der insgesamt 18 möglichen Gesprächspartner zumindest um einen Vertreter oder eine Vertreterin der Studierenden zu ergänzen.

Insgesamt wurden zwischen Anfang Januar und Ende März 2010 15 teilstrukturierte Einzelinterviews durchgeführt. Ein Drittel der Gesprächspartner war unmittelbar an der Entstehung des „Arztbild der Zukunft“ beteiligt. Die anderen waren zur selben Zeit und/oder sind heute in anderen Zusammenhängen an exponierten Stellen mit der Ausbildung von Medizinern sowie anderer Gesundheitsberufe befasst. Ergänzend wurden jeweils drei Studierende in Ulm und Mannheim in teilstrukturierten Gruppengesprächen zu ihren aktuellen Erfahrungen in der Mediziner Ausbildung befragt.⁴³

Der Leitfaden

Ziel der Expertengespräche war, eine breite Bestandsaufnahme über Entwicklungen, Erfahrungen, Perspektiven, Anforderungen und Desiderata zu unterstützen. Der Leitfaden umfasste daher Fragenkomplexe zu den folgenden Themen:

- Motive und Kontexte des eigenen Engagements in der Mediziner Ausbildung
- Mitgestaltung im Murrhardter Kreis und/oder Einschätzungen zur Bedeutung des „Arztbild der Zukunft“

⁴³ Eine Übersicht über die Gesprächspartner findet sich im Anhang.

- Interne und externe Rahmenbedingungen für Veränderungen und Reformen in den Hochschulen und an den Fakultäten
- Erreichtes und Defizite in der aktuellen Ausbildung von Ärzten
- Perspektiven einer zukünftigen gesundheitlichen Versorgung
- Reflexionen zum Gesprächsverlauf und Anregungen für das Symposium

Der Leitfaden wurde mit der Robert Bosch Stiftung abgestimmt und um eine modifizierte Fassung für die Gruppengespräche mit den Studierenden ergänzt. Er war den Gesprächsteilnehmer vorab nicht bekannt.

4.3 Einblicke und Aussichten

Die vielfältigen Ergebnisse der Gespräche und Gruppendiskussionen werden im Folgenden auszugsweise und ergänzend zu den Ausführungen in den vorangegangenen Kapiteln dargestellt.

4.3.1 „Den Horizont erweitern“ – Motive und Anlässe für das Engagement in der Ausbildung von Medizinern und in anderen Gesundheitsberufen

An einem Kollegiengebäude der Freiburger Universität war in den 1980er Jahren das folgende Graffiti zu lesen: *„Ich hatte schlechte Lehrer – das war eine gute Schule!“*

Fast durchgängig wurde die Unzufriedenheit mit dem eigenen Medizinstudium als Motiv dafür benannt, sich selbst zunächst über Zusatzstudien und/oder häufige Hochschulwechsel, über Auslandsstudien und in Fachschaften oder anderen hochschulpolitischen Kontexten zu motivieren und den Horizont über das hinaus zu erweitern, was das Medizinstudium bot.⁴⁴ Während Zweit- oder Parallelstudiengänge in der Gruppe der heute über Sechzigjährigen manchmal noch parallel stattfanden, nutzen die Jüngeren zum Teil die in den 1990er Jahren entstandenen Aufbau-/Studiengänge in den Gesundheits- oder Pflegewissenschaften.

Verschiedentlich wurde auch auf „Vorbilder“, auf gute, charismatische Hochschullehrer verwiesen, die bis heute als „Wegbereiter“ empfunden werden. Sie wurden von Einzelnen als entscheidend für das Erreichen des eigenen Studienabschlusses in der Medizin und für das spätere Engagement in der Lehre benannt.

Biographische Vorprägungen bildeten offensichtlich weitere wichtige Weichenstellungen für die Entscheidung, sich mit der Lehre zu befassen. Das gilt zum einen für „(viele) Pädagogen in der eigenen Familie“, die prägend wirkten. Zum anderen führten aber auch Gefühle von „Fremdheit im Universitätsbetrieb“ bei Studierenden aus Nicht-Akademikerfamilien zum Engagement für ein verändertes Medizinstudium und das „Organisieren eigener Kontexte“.⁴⁵

Gesprächsteilnehmer der jüngeren Generation übernahmen bereits studienbegleitend Lehraufgaben und engagierten sich unter anderem als Tutoren oder für die Entwicklung neuer (edv-gestützter) Lern- und Lehrformen.

⁴⁴ Vgl. Borasio 2009

⁴⁵ Von den 15 Gesprächspartnern haben 13 ein Medizinstudium absolviert und 12 auch abgeschlossen. Weitere biographische Hinweise finden sich im Verzeichnis der Gesprächsteilnehmer im Anhang.

4.3.2 „Das Reformklima hat sich verbessert.“ – Zentrale Veränderungen und Tendenzen in der Medizinerbildung

Der Murrhardter Kreis und seine Publikationen – Reformimpulse und Widerstände

Neben den in Kapitel 2 aufgegriffenen Aspekten wurde in den Gesprächen unter anderem ausgeführt:

- Die Themen Informationsbeschaffung und „Lernen lernen“ sowie der Anspruch, dass das Studium gut auf die Weiterbildung vorbereiten müsse, wurden auch in Anknüpfung an Thure von Uexküll und andere formuliert und verbreitet.
- Vielen sei erstmalig klar geworden, wie stark auch gesundheitsökonomische Determinanten die Arztrolle beeinflussen. Diese Perspektive sei durch von Ferber stark beeinflusst worden. Soziologische und gesundheitsökonomische Variablen hätten sich insgesamt stärker durchgesetzt. Durch die „starke Systemsicht“ wurde das Denken in Gesundheitssystemen unter Einbeziehung der ambulanten und stationären Versorgung gefördert.
- Die biographische Anamnese sei durch Viktor von Weizsäcker zwar bekannt gewesen. Die Bedeutung der psychosomatischen Bereiche wurde aber deutlicher herausgearbeitet und eine „biopsychosoziale Ausgewogenheit“ angestrebt. In den Folgejahren sei die Akzeptanz psychosozialer Fächer deutlich gewachsen.
- Didaktik wurde als unmittelbare Unterstützung für Anforderungen unter Einbeziehung einer systemischen Sicht verstanden. In den jeweiligen Fächern habe es zuvor überwiegend eine Wissensvermittlung von rein kognitivem Wissen über Vorlesungen und Abprüfen gegeben. Jetzt sollte das Curriculum aus einer Gesamtsicht der Anforderungen abgeleitet werden. Der didaktische Anhang des Arztbildes sei später sehr viel mehr zitiert worden als die wissenschaftliche Begründung.
- Die Anforderungen an eine bessere Didaktik hätten in den Fakultäten Widerstände ausgelöst. Widerstände habe es bei einigen auch gegeben, weil sie das Gefühl und die Angst hatten, zukünftig selbst Verantwortung für Profilbildung und Professionalisierung der Lehre übernehmen zu müssen. Ausländische Universitäten hätten große Servicebereiche gehabt, die ihnen zuarbeiteten (z.B. Karolinska-Institut).
- Eine kontinuierliche Änderung der Medizinerbildung sei ohne die frühen Reformversuche nicht denkbar gewesen, auch wenn innovative Ansätze an vielen Orten, wie beispielsweise auch in Ulm, zurückgefahren wurden oder im Sande verliefen.
- Auch unabhängig vom Murrhardter Kreis habe es eine Reihe von Inseln und Reformkeimen gegeben, die aber (auch) sehr an einzelne Personen gebunden waren.
- Man habe sich getraut aufzuschreiben, was alle Gesundheitsexperten meinten: Weg von der naturwissenschaftlichen Ausbildung und der Separierung der Versorgungsbereiche, hin zu integrativen Elementen.
- Der politische Einfluss sei deswegen möglich gewesen, weil es bei den fachlich Zuständigen in der Ministerialverwaltung „wenig Eigenes“ gab und weil man auf der politischen Ebene zunächst „respektvoll und zwiespältig“ reagiert habe. Die Vertreter des Murrhardter Kreises seien in den jeweiligen Fachdisziplinen aber weitaus kritischer gesehen worden und bis auf wenige Ausnahmen „weder Machttträger in den Fakultäten noch gestandene Berufspolitiker“ gewesen.

Rechtliche Rahmenbedingungen und andere übergeordnete Einflussfaktoren

Das Reformklima hat sich – so die Einschätzung einiger Gesprächspartner – in den vergangenen Jahren deutlich verbessert. Das gilt zunächst für die Änderung der ÄAppO 2002, die sowohl inhaltlich als auch durch die Gestaltung von Rahmenbedingungen und der Prüfungen vieles zulässt und einfordert, was bereits vom Murrhardter Kreis vorgeschlagen

worden war. Nach Einschätzung einiger Gesprächspartner hatte man auf diese Änderung der ÄApprO „regelrecht gewartet“. Sie sei „die wichtigste der letzten 25 Jahre“ gewesen, auch wenn bestürzend sei, dass sie weit hinter dem zurückblieb, was sich in den Diskussionen seit 1993 bereits abgezeichnet habe und was unter anderem von Wirsching in früheren Entwürfen deutlich beeinflusst worden wäre.

Einige weitere Einschätzungen:

- Durch die ÄAppO 2002 seien auch strukturelle und prozessbezogene Herausforderungen entstanden, auf die man nicht vorbereitet war.
- Die eigentliche Öffnung resultiere daraus, dass es keine Festlegung mehr gibt, in welchem Umfang welches Fach vorkommt. In diesem Zusammenhang gäbe es veränderte Profilierungsmöglichkeiten, aber auch die Gefahr einer „Beliebigkeit“ und/oder eines freien Spiels der Kräfte. Eine Orientierung an Zielkatalogen stehe noch in den meisten Bereichen aus.
- Reformimpulse für die Mediziner Ausbildung entstünden nicht überall in erster Linie aus den Medizinischen Fakultäten selbst. Durch politische Weichenstellungen auf Landesebene, wie beispielsweise das 1998 in Kraft getretene Hochschulmedizinreform-Gesetz Baden-Württemberg⁴⁶, ergeben sich auch an den medizinischen Fakultäten Handlungsmöglichkeiten und Handlungsdruck. Und auch der Abschlussbericht der Medizinstrukturkommission Baden-Württemberg enthalte zukunftsweisende Ansätze, die nur bedingt umgesetzt würden.
- Ob und inwieweit Exzellenzinitiativen für die Verbesserung der Lehre eher förderlich oder hinderlich sind, wird unterschiedlich eingeschätzt. Da zeigt sich offensichtlich ein Wirkungsgeflecht mit internen Machtstrukturen und Aushandlungsmechanismen in den jeweiligen Hochschulen und Fakultäten.
- Insgesamt hat die Managementorientierung stark zugenommen. Es reicht z.B. nicht mehr aus, ein guter Operateur zu sein. Durch neue Rahmenverträge gäbe es andere Leistungsorientierungen. Erforderlich seien in diesem Zusammenhang aber auch neue Rollenverständnisse, beispielsweise bei Chefärzten.
- Nach wie vor verhindert die Kapazitätsverordnung eine adäquate Betreuungsrelation. Die damit verbundene Rechtsprechung bindet erhebliche Ressourcen und bremst Entwicklungen an den Hochschulen. Verbesserungsversuche erstickten in der Rechtsprechung der Gerichte, und es gäbe jedes Jahr noch die so genannten „Rechtsmediziner“, also die Studierenden, die sich einklagen.
- Einige Gesprächsteilnehmer bedauerten, dass es mit den derzeitigen Verfahren und bei den zur Verfügung stehenden Ressourcen in großen Fakultäten nicht möglich sei, „geeignete“ Ärzte auszuwählen. Auch Studierende berichteten von Auswahlgesprächen, die sie als „reine Farce“ empfanden.
- Darüber hinaus zeichneten sich auch in Zusammenhang mit der Gestaltung anderer Prüfungsformate neue Herausforderungen und die Übernahme einer großen Verantwortung ab.

Obwohl es bereits einige „Bologna-kompatible“ Ansätze gäbe, zeigten sich Widerstände durch den Medizinischen Fakultätentag (MFT), die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Ärztekammern und andere medizinische Interessenvertretungen gegen die Einbeziehung der Medizin in den Bologna-Prozess und eine damit verbundene Neustrukturierung der akademischen Ausbildung, die die traditionelle Fächerautonomie an den Medizinischen Fakultäten in Frage stellt. Die in

⁴⁶ Mit dem Gesetz wurden die Universitätsklinik Freiburg, Heidelberg, Tübingen und Ulm rechtlich verselbstständigt. Die Klinikum Mannheim GmbH wurde 2001 Universitätsklinikum.

diesem Zusammenhang im Kollegenkreis geäußerten Erwartungen und Ängste wurden vereinzelt als „überzogen und irrational“ bezeichnet.⁴⁷

Kooperationen und Vernetzungen

In diesem Bereich gäbe es deutliche Veränderungen. Notwendigkeiten zu umfassenden Studienreformen würden übergreifender diskutiert, und die Vernetzungen unter den Reformern hätten sich ausgeweitet und etabliert. Das gelte zwischen einzelnen Hochschulen und zeige sich zum Beispiel in der so genannten ‚Harvard- Connection‘ zwischen Dresden, Heidelberg und München. Es werde zum Teil aber auch im fakultätenübergreifenden Austausch auf Länder- und Bundesebene deutlich. So fänden beispielsweise in NRW regelmäßig Treffen der Studiendekane statt. Auch beim Fakultätentag werde sehr intensiv über entsprechende Themen diskutiert. Konkurrenz und Kooperation seien besser vereinbar. Positiv wirkten sich in diesem Zusammenhang auch die Kooperationen im Rahmen der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) und anderer Fachgesellschaften aus.

Organisation der Ausbildung und methodisch-didaktische Gestaltung des Medizinstudiums

Als wesentliche Neuerungen waren unter anderem die durch die neunte Novelle der Approbationsordnung gewachsenen Gestaltungsspielräume der Fakultäten bei Prüfungen, die Einführung von Wahlpflichtveranstaltungen, eine modulare Curriculumsgestaltung und die longitudinale Verknüpfung von Modulen benannt worden. Das problem- und entscheidungsorientierte Lernen habe gegenüber systematischer Vollständigkeit an Priorität gewonnen. Aktive Lernformen würden stärker gewichtet. Sie seien breiter verankert und würden zum Teil evaluiert.

Als methodische Ansätze und didaktische Elemente von zunehmender Bedeutung wurden unter anderem der Einsatz von SPs (standard patients, Simulationspatienten), skill labs und Lern- und Lehrkrankenhäuser genannt. Auch die Einführung von Tutorienprogrammen und das peer teaching seien stark ausgeweitet worden. Zum Standard gehörten inzwischen auch innovativere Prüfungsmethoden, die Evaluation von Lehrveranstaltungen, Alumni-Befragungen oder die Beteiligung an Verbleibstudien.⁴⁸

Bezogen auf eine Neugestaltung des Prüfungswesens gäbe es aber noch vielfältigen Handlungsbedarf. Prüfungsformen wie die MC-Prüfung seien für kognitives Wissen, aber nicht für Fähigkeiten und Fertigkeiten geeignet. In Zusammenhang mit anderen, internen Prüfungsformaten fehle es zum Teil an Methodenkompetenz, und die Übernahme von Prüfungen sei mit neuen Aufgaben und Rollenanteilen verbunden.

Schon selbstverständlich wirkten Angebote zum Erwerb kommunikativer Kompetenzen⁴⁹ und die Evaluation von Lehrveranstaltungen: Von Studierenden und Lehrenden würden sie aber besonders dann in Frage gestellt, wenn sich ein unmittelbarer Verwertungszusammenhang nicht erschließt, das Feedback nicht organisiert und transparent ist und/oder die Qualität der Durchführung fragwürdig erscheint. Das sei (nicht nur) in Gesprächen mit den Studierenden sehr deutlich geworden. Vor dem Hintergrund der insgesamt zu bewältigenden Stoffmenge und verknüpft mit vielfältigen und zunehmenden weiteren Anforderungen sei dies auch gut nachvollziehbar.

In diesem Zusammenhang wurden nach wie vor bestehende Zielkonflikte deutlich, die Hermann Heimpel im Rahmen des Symposiums „Ausbildung für die Gesundheitsversorgung von morgen“ im Juni 2010 folgendermaßen formulierte: „*Wir entrümpeln nicht, wir rümpeln. Entrümpeln müssen immer nur die anderen.*“⁵⁰ Nach wie vor fehlen offensichtlich an vielen

⁴⁷ Vgl. von Troschke 2008, Hahn 2009

⁴⁸ Ausführlichere Ausführungen und Literaturhinweise dazu finden sich in Kapitel 3.

⁴⁹ Vgl. Roch et al. 2010

⁵⁰ Vgl. auch Heimpel 2011

Hochschulen noch immer die dafür erforderlichen fakultätsübergreifenden Abstimmungsprozesse.

Medizinische Fakultäten verweisen in ihren Webseiten darauf, dass das Medizinstudium durch die gesetzlichen Vorgaben stark reglementiert sei und ein hohes Maß an Belastbarkeit voraussetze. Allein für die Teilnahme an Pflichtveranstaltungen sei mit mindestens 25 - 30 Stunden je Semesterwoche zu rechnen. Es gäbe einen raschen Prüfungsrhythmus, ein hohes Prüfungsniveau und umfangreichen Prüfungsstoff. Die in anderen Studiengängen übliche vorlesungsfreie Zeit entfalle häufig, oder es müssten ganztägige unvergütete klinische Praktika abgeleistet werden. Was einige im Zusammenhang mit den umfassenden Anforderungen als sinnvolles Kriterium zur Auswahl von leistungsfähigen und belastbaren Medizinern wahrnehmen, beunruhigt andere: Neben der Frage, wie sich derartige An- und Überforderungen auf die Sozialisation zum „guten Arzt“ insgesamt auswirken, wurde in den Interviews gefragt, ob so nicht auch ein Einstieg in den Ge- und Missbrauch leistungsfördernder Substanzen eingeleitet wird und sich ein zunehmender Medikamenten-/Drogenkonsum bei (Medizin-) Studierenden abzeichnet.⁵¹ Unklar bliebe auch, wie sich eine strukturelle, lang anhaltende Überforderung mit der Anforderung verträgt, Studierende viel stärker auf kommunikative Kompetenzen, Aushandlungen und Konfliktbewertungen vorzubereiten. Denn inzwischen hat sich auch die Vorstellung durchgesetzt, dass man weitgehend nur im Team erfolgreich sein kann.

Überall finden Ansätze zur Reform des Medizinstudiums statt, eine weitere Dynamisierung dieser Prozesse ist absehbar. Als Sorge wurde in diesem Zusammenhang aber herausgestellt, dass mit einer weiteren Diversifizierung die Vergleichbarkeit von Studiengängen und erbrachter Leistungen immer schwieriger werde und die Verantwortung für entsprechende „Klärungs- und Abstimmungsprozesse“ vollkommen auf die Studierenden übertragen würde. Diese Tendenz zeichne sich im Übrigen nicht nur für die Medizinischen Fakultäten ab, und erste Erfahrungen dazu zeigten, dass bei einem Hochschulwechsel selbst im gleichen Bundesland schon mal ein ganzes Semester verloren geht. Ein „Wildwuchs“ an partiellen und selektiven Reformansätzen verhindere so möglicherweise Transparenz und Vergleichbarkeit für die Studierenden, verstärke Unsicherheit und verhindere unter Umständen, Erfahrungen an mehreren Fakultäten zu sammeln.

4.3.3 „Da sind eindeutig Fortschritte zu verzeichnen.“ – Stellenwert der Lehre und die Rolle der Dekanate

Viele der frühen Reformansätze wurden nach Meinung der Interviewpartner zurückgefahren, weil sich Hochschullehrer nicht als Lehrende verstanden; das hätte auch der Murrhardter Kreis ausgeführt. Die erfolgreichen Nachwuchswissenschaftler und Ordinarien hätten sich auf die Forschung konzentriert. Eine Entscheidung für die Lehre sei endgültig gewesen, „man erhielt keinen Ruf mehr“. So sanktionierte der Ausleseprozess diejenigen, die sich in der Lehre engagierten. Das hat sich nach Einschätzung der meisten Gesprächsteilnehmer inzwischen verändert:

- Es gäbe einen Machtzuwachs für Lehre, und die Länder sanktionierten positiv. In Baden-Württemberg müsse beispielsweise jeder Mitarbeiter für die Habilitation ein Zertifikat über 200-stündige Lehrtätigkeiten nachweisen. Lehre würde bei Berufungsverfahren wichtiger und sei Impactvariable für das Akquirieren von Drittmitteln. Durch Lehrpreise und die leistungsorientierte Mittelvergabe (LOM) werde ebenfalls Aufmerksamkeit gestärkt und würden positive Impulse für die Lehre gesetzt.
- Vorbehalte, Aufgaben in der Lehre zu übernehmen, seien überwiegend personenbezogen oder lägen in der mangelnden Bereitschaft, sich durch handwerkliches Know-how weiterzuentwickeln. Hemmend wirkten sich vereinzelt noch „die Einstellungen

⁵¹ Vgl. auch Stößel 2006

der Chefs“ auf die Bereitschaft aus, sich in der Lehre zu engagieren. Die überwiegende Anzahl der Abteilungen habe aber inzwischen einen Lehrbeauftragten, der eng mit dem Studiendekanat zusammenarbeite.

- Ein struktureller Ansatz läge auch in einem starken Studiendekanat und in einem separaten Lehrbudget, und die Fakultäten bauten sich jetzt kleine Lehrstationen auf. Der qualitative Ausbau zeige sich darin, dass die Studiendekanate heute gestalteten, während sie sich früher eher durch ein Verwalten ausgezeichnet hätten. Im Übrigen seien die Studiendekanate auch dadurch verbessert worden, dass immer mehr juristische Tatbestände abgearbeitet und Klagen abgewehrt werden müssten.
- Andere Gesprächsteilnehmer formulierten die Einschätzung, dass trotz der Erfolge bei den gestiegenen Anforderungen und bei den Qualifizierungsangeboten die Entscheidung für die Lehre nach wie vor mit einem weitgehenden Verzicht auf eine Karriere im Medizinbetrieb und mit finanziellen Einbußen einhergehe. Außerdem würden die Universitäten die Bedeutung der Lehre oft eher erkennen als die Fakultäten.
- Studiendekane sind, so zumindest die mehrheitliche Einschätzung aus Baden-Württemberg, „verstärkt aus einem Schattendasein herausgetreten“. In Zusammenhang mit der Ausstattung der Studiendekanate werden – besonders in den letzten Jahren und in Zusammenhang mit umfassenden Reformen – offenbar auch die benötigten Ressourcen für die Verbesserung der Lehre zur Verfügung gestellt. Das bietet natürlich auch für diejenigen einen Anreiz, die ihre Karriere vorher im Bereich der Forschung verfolgten. Günstige Konstellationen, hohe Gestaltungskompetenz und die Übertragung von Verantwortung für Budgets, Curricula und Prozessgestaltung bieten neue, attraktive Herausforderungen.
- Durch die zunehmende Professionalisierung zeichneten sich Konkurrenzen um begrenzte Drittmittel ab; dadurch entstünden auch Negativeffekte bezogen auf die Offenheit des Austauschs untereinander.
- Die im internationalen Bereich seit langem zum Standard gehörende didaktische Aus- und Weiterbildung der Lehrenden hat auch in Deutschland zugenommen. In Kapitel 3 ist die Bedeutung dieser Entwicklung für die Verstetigung von Reformansätzen exemplarisch dargestellt worden. In den Interviews wurde darüber hinaus der Stellenwert der didaktischen Weiterbildung für die persönliche und die eigene berufliche Entwicklung hervorgehoben.⁵²
- Der in Heidelberg angesiedelte MME-Studiengang hat sich als Beitrag zur Professionalisierung der medizinischen Ausbildung im deutschsprachigen Raum etabliert. 2006 hob ihn eine externe Evaluation aus internationalen Experten als exemplarisch für die Struktur eines akademischen Ausbildungsprogramms hervor, das alle Aspekte der modernen ärztlichen Ausbildung, einschließlich relevanter Fertigkeiten im Bereich von Führungs- und Managementaufgaben, beleuchtet. Bestandteil der Qualifizierung ist die Durchführung eines lokalen Projektes zur Verbesserung der Lehre an der jeweiligen Fakultät.

4.3.4 „Manchmal bin ich schon etwas enttäuscht.“ – Transfer und Nachhaltigkeit von Reformansätzen

Ohne eine starke, weitergebildete Lehreinheit kann es keine glaubwürdige und nachhaltige Reform geben. Diese in mehreren Gesprächen formulierte Einschätzung knüpft an das an, was der Murrhardter Kreis, bezogen auf frühere Reformversuche, formuliert hatte:

*„Es gibt keinen allgemein anerkannten Weg zur Veränderung des Medizinstudiums.
(Murrhardter Kreis 1995, 30)*

⁵² Vgl. Ein Überblick über medizindidaktische Qualifizierungsangebote und Ressourcen findet sich bei Fabry 2009, 23

Insbesondere wird es entscheidend darauf ankommen, eine ausreichend große Zahl von Hochschullehrern für eine Reform des Studiums zu gewinnen, Planungen neuer Curricula sorgfältig vorzubereiten, mit allen Beteiligten abzustimmen und Motivation und Leistungswillen der Medizinstudenten zu verstärken.“ (Murrhardter Kreis 1995, 274)

In den meisten Interviews wurde ausgeführt, dass Reformansätze, die diesen Namen verdienen, bisher kaum langfristig erfolgreich waren. Die einen stünden aufgrund veränderter politischer Weichenstellungen und Ressourcenzuweisungen vor dem Aus, die anderen weil starke Wegbereiter und Promotoren nicht mehr da sind. Dort wo selbst gesteckte Reformziele erreicht wurden, wurde zum Teil als Gefahr beschrieben, sich auf dem Erreichten auszuruhen und so wieder zurückzufallen.

Die meisten Reformansätze hätten sich „an der Trennung von Klinik und Vorklinik und an der Stofffülle wund gestoßen“ und/oder seien „reine Insellösungen“ geblieben. Es gäbe aber auch noch personenbezogen und fakultätsintern vielfältige Gründe für das Scheitern, die - wie ein Gesprächsteilnehmer anmerkte - Stoff für einige „Wissenschaftskrimis“ böten. Als Grund für frühere interne „Gegenreformen“ und für aktuelle Hemmnisse in der Ausbildungsgestaltung wurde mehrheitlich genannt, dass die Kapazitätsverordnung nach wie vor eine adäquate Betreuungsrelation verhindere. Sie bringe außerdem die Unis im Vergleich zu den Fachhochschulen in den Hintergrund.

Punktuell gäbe es Fortschritte: z.B. hätten mehr Fakultäten als früher einen Lernzielkatalog, aber bezogen auf die Grundlagen sei man noch nicht weit.

Von Studierenden wurden Theorie- Praxisdefizite, die starke naturwissenschaftliche Ausrichtung des Studiums sowie eine häufig nicht nachvollziehbare Relevanz vieler Lehrinhalte beklagt.

4.3.5 „Eine deutliche Kluft zwischen Wissen und Handeln“ – Aus-, Weiter- und Fortbildung

Der Murrhardter Kreis hatte darauf hingewiesen, dass die Struktur und zukünftige Entwicklung der Weiter- und Fortbildung mit einzubeziehen sei, wenn man alternative, an den Erfordernissen orientierte Grundmodelle für den Erwerb berufsspezifischer Kompetenzen entwickeln und umsetzen wolle:

„Zukünftige Überlegungen zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens werden allerdings auf eine Analyse des Gesamtprozesses der Sozialisation in den Gesundheitsberufen auszurichten sein. Eine Neustrukturierung und -gewichtung der ärztlichen Ausbildung macht eine ebensolche in der Weiterbildung notwendig.“
(Murrhardter Kreis 1995, 139)

Hier zeichne sich noch immer „eine deutliche Kluft zwischen Wissen und Handeln“ ab, Fortschritte seien kaum erkennbar. Allerdings wird die Notwendigkeit der Anpassung tradierter Strukturen der Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärzten an Prozesse des sozialen Wandels schon seit langem nicht nur in den damit speziell beauftragten Fachkreisen diskutiert⁵³.

Die Interviewpartner thematisierten in diesem Zusammenhang folgende zentrale Aspekte:

- Ein sehr heikler Punkt sei der „nicht wirklich geregelte“ Übergang von der Ausbildung zur Weiterbildung. Verglichen mit der Homogenität der Ausbildung seien Heterogenität und Qualität der Weiterbildung „krass“. Lehrkrankenhäuser würden zwar, bezogen auf die Studierenden, von einigen Fakultäten kontrolliert und auch evaluiert, da gäbe es unmittelbare Zusammenhänge zum LOM. Bezogen auf die Weiterbildung gebe es aber wohl nichts annähernd Vergleichbares. Eine Qualitätssicherung der Weiterbildung werde dringend benötigt.

⁵³ Vgl. Müller, Stößel 1999, von Troschke 2008, Stößel, 2008, Mäulen 2009

- Weiterbildung könnte außerdem dem ökonomischen Druck auf die Krankenhäuser zum Opfer fallen. Defizite zeichneten sich ab, wenn sich beispielsweise Krankenhäuser immer weniger in der Lage fühlen, Weiterbildung zu leisten, und wenn Absolventen zu früh (allein-) verantwortlich eingesetzt werden.⁵⁴ Die Weiterbildung könne allerdings auch kein mitlaufendes Nebenprodukt in den Krankenhäusern sein, da müsse es gesamtgesellschaftlich Weichenstellungen geben und „Geld in die Hand genommen“ werden.
- Vielleicht seien Kriterien für die Ausbildung auf die Weiterbildung anwendbar. Derzeit seien die Einflussmöglichkeiten allerdings sehr begrenzt, denn wesentliche Einflüsse der Facharztausbildung werden durch tertiäre Rahmenbedingungen geprägt. Sie wird nicht von den Universitäten, sondern von den Ärztekammern verantwortet. Diese Diskussionen müssten daher zusammen mit Vertretern der Ärztekammer erfolgen.
- Es wurde über einen gescheiterten Versuch berichtet, ein verbindliches Weiterbildungscurriculum zu entwickeln. In diesem Zusammenhang gäbe es einige „blinde Flecken“, die zu berücksichtigen seien. Das gelte unter anderem für die Abhängigkeitsverhältnisse in bestimmten Phasen der Ausbildung und Weiterbildung und für lernpsychologische Erkenntnisse.⁵⁵
- Es zeigen sich an vielen Stellen Transferprobleme: So würden Erkenntnisse, die im kognitiven Bereich in bestimmten Situationen erlangt werden, in einer vermeintlich anderen Situation nicht angewendet. Unklar sei noch, ob und inwieweit mit themenintegrierten Veranstaltungen Transferleistungen trainiert werden können.

Ein Fazit: Man habe nicht erreicht, dass Ärzte sich kontinuierlich weiter- und fortbilden. So dequalifiziere sich ein Teil der Ärzte, während der andere aufbaue. Insgesamt müsste es eine konsequentere Berücksichtigung des lebenslangen Lernens geben.

4.3.6 „Wir sind noch immer zu sehr damit beschäftigt, uns abzugrenzen.“ – Interdisziplinäre und interprofessionelle Kooperationen

Ein Verdienst der Robert Bosch Stiftung war, dass sie dem Murrhardter Kreis über viele Jahre Gelegenheit bot, disziplinenübergreifend zu argumentieren und zu lernen. Das merkten viele Gesprächspartner an; einer von ihnen hob es als einen der für ihn wichtigsten Impulse hervor. Ein solcher Austausch war seinerzeit nicht selbstverständlich und führte in der frühen Phase auch innerhalb des Arbeitskreises Medizinerbildung der Robert Bosch Stiftung zu Kontroversen, beispielsweise als erstmalig Medizinsoziologen mit einbezogen werden sollten.

In den Gesprächen wurde mit Bezug auf die derzeitige Zusammenarbeit berichtet, dass es inzwischen anlassbezogen verbesserte Kooperationen gäbe, aber schon das sei methodisch schwierig und zeitaufwendig.

Mit Verweis auf eine Übersicht der Weltgesundheitsorganisation hatte der Murrhardter Kreis die erfolgreiche Zusammenarbeit im Team als eine der vorrangigen Aufgaben bezeichnet, *„sowohl innerhalb des Gesundheitswesens als auch in anderen Bereichen der Gesellschaft, die für die Gesunderhaltung wichtig sind“* (Murrhardter Kreis 1995, 271). Der Arzt der Zukunft habe nicht mehr die professionelle Dominanz, sondern mehr eine funktionale: Er sei ein wichtiger Spieler in einem Spektrum von Leistungserbringern.

Es wird wohl kaum eine andere Anforderung geben, die sich in den letzten Jahren im gleichen Umfang unisono durch Forschungsergebnisse, die (Fach-)Presse, politische Verlautbarungen, die ÄAppO, Studienordnungen etc. zieht, wie die nach einer besseren

⁵⁴ Das wurde u.a. in der Reflexion mit Mitgliedern des Murrhardter Kreises im Mai 2009 und in den Interviews mit den Studierenden beschrieben. Vgl. auch Iseringhausen 2010

⁵⁵ Vgl. auch Fabry 2011

Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsberufen.⁵⁶ Sie war auch im Gutachten des Sachverständigenrats 2007 „Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung“ und im Sondergutachten 2009 erneut zum Ausdruck gekommen.⁵⁷

In keinem anderen Punkt der Interviews gab es allerdings auch eine so eindeutige Übereinstimmung über das herrschende Defizit: Bei der Kooperation der Gesundheitsberufe habe man keine nennenswerten Fortschritte erzielt, und die wenigen Ansätze zu einer zeitweiligen gemeinsamen Ausbildung seien weitgehend gescheitert.⁵⁸

Dafür wurden in den Interviews vielfältige Gründe genannt.

- Bei den Gesundheitsberufen handele es sich um verschiedene organisatorische Welten. Das gelte sowohl für die Ausbildung als auch für die Praxisfelder, wenn auch in unterschiedlicher Ausprägung.
- Die Zielanforderungen der verschiedenen Berufsgruppen würden nicht angemessen reflektiert und die Einflüsse des Gesundheitssystems auf die verschiedenen Berufsgruppen nicht längsschnittartig immer wieder einbezogen oder nötigenfalls geändert.
- Heterogenität, ökonomische Ängste und Verteilungskämpfe dominierten die Diskussion. Ungeklärt seien letztendlich auch die Fragen: Was ist medizinische Wissenschaftlichkeit, und wer hat die Deutungshoheit? Es gäbe unterschiedliche Sprachen und sehr tief greifende unterschiedliche Interpretationen der gleichen Sachverhalte und Phänomene. Das sei nicht ausdiskutiert, und es bestehe wohl auch auf allen Seiten keine ernsthafte Bereitschaft dazu.
- Es fehle an überzeugenden Konzepten der berufsübergreifenden Kommunikation und Kooperation, und vieles passe schlecht zusammen, wie zum Beispiel Alter, unterschiedliche Sozialisation und Vorerfahrungen der potentiellen Zielgruppen. Im Ausland gäbe es aber viel versprechende Ansätze zur Überwindung dieser Hindernisse.
- Ärzte verstünden die anderen Gesundheitsberufe oft noch immer als „Hilfsberufe“, sie könnten „nicht auf Augenhöhe“ mit ihnen umgehen.
- Die Konzentration auf die „Hauptalleinverantwortung“ werde nicht in Frage gestellt, dadurch blieben die Ressourcen der anderen Berufsgruppen für die Patienten unsichtbar. Gleichzeitig könnten die Mediziner die vielfältigen Aufgaben gar nicht mehr selbst lösen, weil sich die Aufgaben der anderen Gesundheitsberufe in erheblichem Ausmaß professionalisiert hätten. Hilfreich sei für jeden der einzelnen Gesundheitsberufe eine „Demut dem eigenen Können gegenüber“.
- Alle beteiligten Berufsgruppen täten sich schwer darin, Strukturdefizite zu erkennen und zu benennen, anstatt sie ständig zu kompensieren.
- Die Akademisierung der Pflege sei immer noch halbherzig, und es gäbe noch kein breites Commitment.⁵⁹
- Die Pflege drehe sich „noch immer zu stark um sich selbst“, das gelte auch für die Pflegewissenschaft. Die Pflegeberufe seien auch trotz der Akademisierung „nicht selbstbewusst“ geworden. Aus den Erfahrungen im Ausland könne man aber lernen, dass „dort, wo man mit sich im Reinen ist“, die Abgrenzung zwischen den Berufsgruppen als Problem entfällt.
- Den neuen Herausforderungen an das ärztliche Wissen und Handeln werde nicht umfassend Rechnung getragen, z.B. wenn es darum geht, in Kooperation zu lernen.⁶⁰

⁵⁶ Vgl. z.B. RBS 2007

⁵⁷ Vgl. Hahn 2011

⁵⁸ Vgl. dazu auch Kaba-Schönstein, Kälble 2004, 126ff.

⁵⁹ Zur Akademisierung der Pflege und anderer Gesundheitsfachberufe vgl. auch, Kälble 2008, Rübinger, Athen 2008, Gaidys 2011

Diesbezüglich gäbe es nur singuläre Ansätze. Allerdings böten Medizinische Fakultäten zunehmend Pflegestudiengänge an.

- Auch bezogen auf Forschungen sei mehr Interdisziplinarität und Interprofessionalität erforderlich.
- Eine einseitige Leistungsorientierung nach dem Studium stehe einer Selbstfürsorge im Wege und mache nicht selten unsicher und „arrogant“. Außerdem habe die Hierarchie viele negative Effekte. Diese Aspekte der Arztwerdung – die im Übrigen auch tradierte (Vor-)Urteilsstrukturen immer wieder zementierten – würden zu wenig berücksichtigt.⁶¹

Lediglich in einem Gespräch wurde ausführlich geschildert, dass beim Verhältnis der Gesundheitsberufe untereinander gegenüber früher doch viel erreicht worden sei. Verbessert hätten sich zum Beispiel Aufgabenteilungen bei der Dokumentation und die Unterstützung beim Umgang mit den Patienten. Notwendig sei in diesem Zusammenhang aber auch, eine verbesserte Delegation von Leistungen aus dem ärztlichen Bereich zur Pflege zu erreichen. Zumindest in der Psychiatrie gäbe es multiprofessionelle Teams aus allen am Prozess Beteiligten, die sehr kooperativ und kompetent seien. Auch an den Fortbildungen zu bestimmten Krankheitsbildern sei das gesamte Team beteiligt. Hier hätten sich Kooperation und wechselseitiger Respekt der Berufsgruppen „dramatisch“ verändert.

In den Gesprächen mit den Studierenden wurde deutlich, dass sie ihre vor dem Studium in anderen Gesundheitsberufen erworbenen Kenntnisse und Erfahrungen nur in Ausnahmefällen ins Medizinstudium einbringen können. In den Praxisphasen im Krankenhaus erlebten sie sich als angehende Ärzte zudem selbst in einem komplexen Rollenkonflikt.

4.3.7 Feminisierung des Arztberufs

Die bereits im „Arztbild“ thematisierte Feminisierung des Arztberufs, die sich nicht adäquat in Karrierewegen abbildet, weitet sich aus. Heute gibt es bereits Erstsemesterjahrgänge mit mehr als 70% Studentinnen. Auch vor dem Hintergrund einer ärztlichen Unter- oder Fehlversorgung und den Abwanderungen in Länder oder Institutionen, die eine Vereinbarkeit von Beruf und Familie unterstützen, beunruhigt, dass Studierende diese Aspekte im Studium verdrängen müssen und/oder können.⁶²

In den Gesprächen mit den Hochschullehrern wurde dieses Thema selten angesprochen. Nur vereinzelt wurde darauf verwiesen, dass dringend Verbesserungen beim Übergang in die Arbeitswelt benötigt würden. Trotz der steigenden Anzahl der Studentinnen und guter Abschlüsse nehme ihre Anzahl rapide ab, je höher es auf der Karriereleiter ginge, und das Verhältnis drehe sich komplett um. Frauen müssten häufig unter dem Level arbeiten, den sie erreicht haben, und es sei lächerlich zu behaupten, dass das nicht anders sein könne.

In den Fachbereichen werde die Familiengründung bei Männern kaum bemerkt, während sie für Frauen ganz andere Konsequenzen habe. Da seien zum Beispiel mehr arbeitszeitliche Flexibilität, guter Wille und umfassende strukturelle Änderungen notwendig. Die seien nicht allein aus den Fakultäten heraus organisierbar.

In den Gesprächen mit den Studierenden wurde deutlich, dass Überlegungen zur Familiengründung bei einigen mit einer erwarteten Berufsunterbrechung oder Berufsaufgabe verknüpft sind und auch die Entscheidungen für die fachliche Spezialisierung beeinflussen.

⁶⁰ Vgl. Gaidys 2011.

Veränderte Anlässe zur Zusammenarbeit im Beruf, die über eine unmittelbare Versorgungssituation hinausgehen, wurden hier wenig berücksichtigt. In diesem Zusammenhang liegen Hinweise auf förderliche und hemmende Bedingungen für berufsgruppenübergreifende Kooperationen vor. Vgl. z.B. Müller 2005, 2009, 2010

⁶¹ Vgl. Bartens 2007, Müller et al. 1997

⁶² Das wurde in Interviews mit den Studierenden und Hochschullehrern deutlich.
Vgl. auch Schwartz et al. 2010

In diesem Zusammenhang geht es zum Teil eher um „Kompatibilität“ als um fachliches Interesse oder Neigungen.

Die Vereinbarkeit von Familienleben und ärztlicher Verantwortung müsse auch grundsätzlich und in Zusammenhang mit Rollenbildern thematisiert werden: So sei *„das Bild des sechzig Stunden arbeitenden Landarztes, den man jederzeit am Wochenende und auch unter dem Weihnachtsbaum hervorholen kann und der sich dann tapfer durch Eis und Schnee kämpft,“* einem Lehrenden vielleicht noch sympathisch, aber es sei möglicherweise *„gesellschaftlich nicht mehr tragfähig“*.

4.3.8 Erfordernisse

So viel scheint sicher: Ärzte müssen auf komplexer werdende Versorgungsbedarfe und ein komplexeres Gesundheitssystem hin ausgebildet werden. Auf die Frage, wie sich die Gesundheitsversorgung voraussichtlich in zehn Jahren darstelle, verwiesen einige Gesprächsteilnehmer darauf, dass Prognosen insgesamt fragwürdig seien.

Mehrheitlich erwartete man eine Zuspitzung bestimmter Entwicklungen und Trends. Genannt wurden unter anderem:

- Defizite aufgrund einer zunehmenden Ökonomisierung und einer weiter fortschreitenden Kommerzialisierung des Gesundheitswesens, die zu vielfältigen Negativeffekten führe.
- Eine weitere Entsolidarisierung auch unter den Leistungspartnern (z.B. mit der Pharmaindustrie und Geräteindustrie)
- Ein steigender Wettbewerb unter den Ärzten führe zu deren Entsolidarisierung und zu einem nahezu „kannibalistischen System“.
- Ein Pseudowettbewerb auf allen Ebenen, der sich nur auf Kostensenkung und Mengensteigerung konzentriert, vernachlässige völlig die am Nutzen für den Patienten orientierte Zusammensetzung des Leistungsspektrums, also die medizinisch indizierte und optimierte Zusammensetzung des gesamten Leistungsbündels nach Art und Menge.
- Es gäbe im Großen und Ganzen zwar ein gut funktionierendes System, aber mit einer Vier-Klassen-Medizin. An deren einem Ende stünden die des Deutschen nicht mächtigen Migranten und am anderen Privatpatienten mit guten kommunikativen Kompetenzen.
- Die freie Arztwahl würde zunehmend eingeschränkt.
- Die Frequenz der Inanspruchnahme würde reduziert werden.
- Priorisierungsmaßnahmen würden zunehmen.
- Soziale Faktoren als Prädiktoren für Gesundheit würden sich deutlicher zeigen.
- Die soziale Last durch und deren Behandlung würden sich verschärfen.
- Die Arbeitsteilung in der ärztlichen Tätigkeit würde sich verstärken und die „Einzelpraxis zum Auslaufmodell“.
- Unklar sei, ob in Zukunft genug Personal zur Verfügung stehe.
- Stärker als heute werde die Frage geklärt werden müssen: Was ist sinnvolle Therapie? Wie behandle ich welche Patienten?

Ein Gesprächsteilnehmer verwies auf seine Erfahrung, dass es zu neuen Problemen auch immer neue Problemlösungen gegeben habe, ein anderer auf die Hoffnung, dass die Ressourcen der anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen bis dahin zum Einsatz kämen. Es spräche aber nichts dafür, dass es eine kohärente Entwicklung geben würde.

Als Konsequenzen und Handlungsbedarfe wurden unter anderem genannt:

- Die Debatte sei zu sehr auf einen ökonomischen Verteilungsaspekt ausgerichtet. Dabei gehe es weniger um Verteilung als um Verknüpfung zwischen ambulant und stationär,

eine Orientierung am skandinavischen Gatekeeper-System und eine Grundversicherung, bezogen auf die Steuerlast vor Abschreibung. Das sei aber alles nicht ohne Weiteres umsetzbar.

- Der ökonomische Verengungsprozess verschleierte einen gesellschaftlichen Diskurs, z.B. über Hochleistungsmedizin und Tod. Jeder solle immer mehr zu einem niedrigeren Preis bekommen. Das werde von den Ärzten auch als existentieller materieller Druck erlebt. Früher sei unter Ärzten nicht unter existentiellen Gesichtspunkten über Geld geredet worden.
- Es gäbe außerdem Verwerfungen zwischen wissenschaftlich tätigem Arzt und Klinikern, die durch unterschiedliche Bezahlung verstärkt werden.
- Es sei umso dringlicher, an herrschenden Krankheitsbildern orientiert auszubilden. Die Medizinerbildung wimmele noch immer von „Verrücktheiten, die in den Lehrstoff einfließen“.
- Vor dem Hintergrund einer guten Gesundheitsversorgung seien die Rollenklärung und die Vermittlung von Vernetzungskompetenz äußerst dringlich.
- Die Fakultäten müssten aufpassen, dass sie nicht schwerfällig, eitel und reformunwillig werden und dass sie das mit viel Enthusiasmus erreichte Niveau hielten.
- Es werde eine stärkere Individualisierung des Studiums benötigt, um flexibel auf einzelne Studierende einzugehen und ihren Wünschen und Talenten gerecht zu werden.
- Der aufgeklärte Konsument und Patient sei die wirkungsvollste Ressource im Kampf gegen Verschwendung und Qualitätsmängel im Gesundheitswesen. Eine Kompetenzsteigerung sei über Bürger- und Patientenuniversitäten sowie schulische Angebote mit Gesundheitsbezug nötig und möglich.
- Die Qualitätsdebatte müsse intensiviert werden, und ohne Transparenz seien wirkliche Fortschritte nicht erreichbar.
- Auf neue Ausbildungserfordernisse werde mit „Moden“ und mit extensivem Wachstum reagiert und durch Spezialisierungen würden neue ärztliche Funktionen begründet. Die Prozesse seien komplexer, dynamischer und unübersichtlicher geworden.
- Auf Bundesebene seien bessere Abstimmungen erforderlich. Das bedeute auch, dass unterschiedliche Fachministerien sich untereinander annähern und der „Kompetenzsalat“ zwischen Gesundheits-, Sozial- und Bildungsministerien beendet werde.

4.3.9 „Wir haben keine überzeugende Beschreibung.“ – Aktuelle Arztbilder

Die Diskussion über den guten Arzt und einen Wandel der Arztideale hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen. „*Was macht aus Ihrer heutigen Sicht einen guten Arzt aus?*“ lautete daher eine der Fragen, die in den Gesprächen erörtert wurde. „*Ich weiß es nicht, wir haben keine überzeugende Beschreibung.*“, war eine der spontanen Reaktionen.

Als Kriterien für einen „guten Arzt“ und eine „gute Ärztin“ wurden unter anderem benannt:

- Gute Schulung im Kerngeschäft
- kommunikative und emphatische Fähigkeiten
- integrative und spezialisierte Fähigkeiten
- Fähigkeit zur Selbstreflexion
- Kenntnisse und Fertigkeiten, bezogen auf die eigene Stellung im Gesundheitssystem, systemisches Denken
- Fähigkeit zum Transfer von Wissen und Erfahrungen in andere Bereiche und Situationen

- Selbstverständnis als Begleiter, der jedem Einzelnen helfen kann, eigene Kräfte zu mobilisieren
- Teamfähigkeit, Organisationsfähigkeit, komplexes Denken und die Fähigkeit, dennoch eigene Grenzen zu erkennen
- Fähigkeit, hermeneutisches Fallverstehen in emphatischer Weise mit Teamkollegen auszutauschen, im Interesse des Patienten Wissen und Erfahrung als TZI (Themenzentrierte Interaktion) umzusetzen
- ausbalancierende Orientierung im Umgang mit dem Patienten und seinem ganzen Umfeld
- Vermögen, Fachwissen, soziale Kompetenz und partizipative Problemwahrnehmung für Lösungsentwicklungen
- Vermögen, sich anpassen zu können an veränderte Bedingungen und Orte, d.h. flexibel, anpassungsfähig, tolerant zu sein
- Fähigkeit, mit Wertpluralismus und anderen Axiomen als den eigenen umgehen zu können.
- Übernahme gesellschaftlicher und gesellschaftspolitischer Verantwortung, z.B. bei Attests für Frühverrentungen
- Bereitschaft zum Perspektivenwechsel und Fähigkeit zum lebenslangen Lernen
- Selbstfürsorge, um den Beruf unbeschadet zu überstehen und anderen nicht zu schaden
- Erkennen von Grenzen und Fähigkeit, Zuständigkeiten und Arbeit abgeben zu können
- Fähigkeit, Konflikte und Dilemmata-Situationen als etwas zu begreifen, das man aushalten muss und fruchtbar machen kann
- Fähigkeit zur Übernahme von Führung und zur Übernahme interdisziplinär verantwortlicher Rollen
- Fähigkeit zur Rollenklärung vor dem Hintergrund einer guten Gesundheitsversorgung
- Einsicht in und Verständnis für die wirtschaftliche Seite des Dienstes an der Gesundheit als unverzichtbare Voraussetzung für die ärztliche Tätigkeit in allen Handlungs- und Entscheidungsbereichen

Bei den Antworten auf die Frage, ob und inwieweit sich die eigene Auffassung von einem „guten Arzt“ geändert habe, wurde deutlich, dass die hinzugekommenen Kriterien am ehesten den Bereichen „Selbstfürsorge“ zuzuordnen sind und/oder die letztgenannten Aspekte betreffen. Ein Gesprächsteilnehmer beschrieb, dass für ihn die Kriterien „sich anpassen können“ und „Toleranz“ heute eine höhere Wertigkeit haben bzw. in ihrer Bedeutung bewusster geworden sind. Als Bezugspunkte nannte er in diesem Zusammenhang die technologische Entwicklung sowie ethische Herausforderungen, die sich auch im Zusammenhang mit Migration stellten.

Für einige der Studierenden war das Bild eines „guten“ und eines „erfolgreichen“ Arztes nicht in Einklang zu bringen: Dem Bild des guten Arztes waren fachliche, kommunikative und soziale Kompetenzen und ethisch-moralische Aspekte zugeordnet. Erfolg wurde mit finanziellem Erfolg und Benefit, Stellung in der Gesellschaft, Prestige und „gut im Gesundheitssystem überleben“ gleichgesetzt.

4.3.10 „Da muss man ein bisschen demütig sein.“ – Möglichkeiten und Grenzen der Einflussnahme

Die im „Arztbild der Zukunft“ prognostizierte Zunahme der Vielzahl ärztlicher und nichtärztlicher medizinischer Tätigkeiten und die Divergenz ärztlicher Berufsfelder ist in vollem Gange und die Berücksichtigung von Methoden und Sichtweisen neuer

Fachdisziplinen weiterhin erforderlich. Fakultäten begeben sich als Anbieter auf den stark expandierenden und umkämpften Fort- und Weiterbildungsmarkt für Gesundheitsberufe und Management in der Gesundheitswirtschaft. Und der Widerspruch zwischen gutem Allgemeinwissen und hoher Spezialisierung in der Ausbildung scheint noch nicht wirklich gelöst zu sein. Auf diese und andere Rahmenbedingungen war bereits verschiedentlich hingewiesen worden.

In einer Stellungnahme für das STUDInfo an der Universität Witten-Herdecke riet Eckhart Hahn im Herbst 2009 denen, die Ärztin oder Arzt werden oder andere Gesundheitsberufe ergreifen wollen, zur Selbstreflexion über die folgenden Voraussetzungen und Anforderungen:

1. *Sie müssen sich für andere Menschen und ihre Probleme interessieren.*
2. *Sie sollten bereit und in der Lage sein, über lange Zeit konzentriert zu arbeiten und lebenslang zu lernen.*
3. *Sie sollten in der Lage sein, große Mengen von Wissen zu verarbeiten, zu verstehen und daran orientiert zu handeln.*
4. *Sie sollten sich mit anderen Menschen austauschen: sich verständlich machen können und anderen zuhören und sie verstehen können.*
5. *Sie sollten mit anderen Personen als Gruppe arbeiten können.*
6. *Sie sollten bereit und in der Lage sein, mit anderen Berufen im Gesundheitswesen gemeinsam Probleme zu lösen.*
7. *Sie sollten Organisationstalent haben.*
8. *Sie sollten bereit sein, andere Menschen in Fragen von Gesundheit und Krankheit zu beraten.*
9. *Sie sollten neugierig sein und bereit dazu, die Fähigkeit zum Lehren und Forschen zu entwickeln (um Ihr Wissen und Können weiterzugeben, sowohl an jüngere Kollegen als auch an Patienten).*
10. *Sie sollten die Bedeutung eines hohen moralischen und ethischen Niveaus verstehen und leben können.*

Die zehn Punkte seien nicht durchgängig bekannt oder überprüfbar, deshalb *„sollte man sich dessen wenigstens bewusst sein – das meiste kann man durch gute Ausbildung und andauerndes Lernen entwickeln.“*⁶³

Ob man in der Ausbildung die oben genannten Punkte (er-)leben, lernen, festigen, integrieren und in die Praxis transferieren kann, ist von vielen Faktoren abhängig. Die Einschätzung der Gesprächspartner über den Einfluss, den Ausbildung auf „bessere Ärzte“ nehmen kann, wurde dementsprechend sehr unterschiedlich eingeschätzt. Während einige *„einen entscheidenden Einfluss, sowohl im fachlichen Sinne als auch auf das Verhalten, auf die Arbeit und auf das Lernen“* konstatierten, besonders *„wenn man sie zusammen mit Weiterbildungskompetenz denkt“*, wurde von anderen auch auf Grenzen und Misserfolge verwiesen.

Zur geringen Möglichkeit der Einflussnahme wurde unter anderem ausgeführt:

- Die Studierenden hätten das Elternhaus und zwölf bis dreizehn Jahre schulische Prägung bereits hinter sich, wenn sie ihr Medizinstudium beginnen. Das Studium müsse Kontakt und immer wieder spannende Erfahrungen und interessante Begegnungen ermöglichen, um noch Einfluss auf Haltungen auszuüben; das sei aber in den traditionellen Ausbildungsbereichen eher die Ausnahme.

⁶³ Ich danke Eckhard Hahn für die Überlassung des Manuskripts.

- Die Rahmenbedingungen, wie zum Beispiel Konkurrenzen aufgrund der Arbeitsmarktsituation, hätten enorme Einflüsse, die nicht ausreichend reflektiert werden. Diese Erfahrungen prägten die Studierenden und die Ärzte in der Facharztausbildung in den 1990er Jahren massiv. Das gelte auch heute noch.
- Es gäbe eine Diskrepanz zwischen realer Verantwortung und der Vorbereitung darauf über Rollenhandeln. Die systemische Perspektive sei unzureichend, und es herrsche als Politikverständnis vor, dass der Staat mit Bürokratien gleichzusetzen sei und einen nur mit unzumutbaren Anforderungen konfrontiere.
- Sämtliche Hoffnungen auf gute Ärzte würden in die Ausbildung gesteckt. Es sei völlig überzogen zu glauben, dass wir über Ausbildung ein besseres Gesundheitssystem bekommen können.
- In Defizitdiskussionen werde immer auf die Ausbildung verwiesen; deren Einfluss auf die Defizite werde aber überschätzt. Denn nach wie vor seien die Strukturen, besonders in Krankenhäusern, weit davon entfernt, einen kooperativen Führungsstil zu fördern. Die heutigen Absolventen nähmen die Praxis aber nicht mehr unbedingt als Schicksal an und wanderten ins Ausland oder in patientenferne Bereiche ab.
- Gesundheitspolitische und -ökonomische Aspekte kämen in den Curricula noch zu kurz.
- Einige Anforderungen wirkten fast zynisch, weil dafür dringend erforderliche, begleitende Strukturveränderungen ausblieben.

Viel Übereinstimmung gab es hinsichtlich der folgenden Einschätzung: Die Erfahrung zu reflektieren, wie Rahmenbedingungen die Arbeit bestimmen, könne man Studierenden nicht vermitteln, das gehöre in die Weiterbildung.

Die Studierenden kritisierten hingegen, dass sie auf Hierarchien, Auseinandersetzungen, Konfliktlinien, den Umgang mit knappen Ressourcen, haftungsrechtliche Fragen, Übernahme von Verantwortung und auf Überforderungen nicht vorbereitet werden. Auch darüber würde „der Idealismus aberzogen“. Wichtig sei ein „stärkeres Mentoring“, das die Studierenden mit realen Arbeitsbedingungen (z.B. auch langen Diensten) konfrontiere. Bei frei gewählten Famulaturen bekämen nur die Engagierten etwas mit, andere würden die Zeit auch mal unbehelligt in den Arztzimmern absitzen und fänden das ganz gut so. Kurse zur Gesprächsführung und zum Lernen lernen seien kontraproduktiv, wenn sie völlig an der Ausbildungsrealität und an beruflichen Kontexten vorbeigingen.

Defizitär sei auch die Auseinandersetzung mit der Relevanz des Lehrstoffs: *„Warum lernen wir nicht, was Gesundheit und Krankheit ausmacht und wie man die Notwendigkeit für Reparatur vermeidet?“* Die Relevanz von hoch spezialisiertem Detailwissen für die ärztliche Tätigkeit sei zwar häufig unklar, sie hätte aber trotzdem Auswirkungen. Beim Thema Diabetes verdrehe jeder die Augen, denn *„Jeder hätte gerne eine prestigeträchtige Nische“*.

Dass und wie die Ausbildung stärkt und stabilisiert, wurde im Gespräch mit den Studierenden in Mannheim thematisiert: Zwar wurde grundsätzlich kritisiert, dass sich Studierende, die noch nach herkömmlichen Studiengängen studieren, zum Teil „abgehängt“ fühlten. Im MaReCuM gäbe es aber eine sehr gute Betreuung und vielfältige, spannende praktische Erfahrungen. Dort träfe man auch *„eindeutig mehr fröhliche Menschen“*.

5 Was zu tun bleibt – Desiderata und Forschungsfragen

5.1 Die Synopse: Auftrag und Quellenlage

Den Ausgangspunkt für diese Synopse bildete ein Blick zurück auf die Arbeit des Murrhardter Kreises, auf seine Ergebnisse, seine Rezeption und auf Wechselwirkungen. Vieles konnte dabei nur angerissen werden.

Begrenzungen resultieren dabei zum einen natürlich aus den für den Auftrag zur Verfügung gestellten Ressourcen. Zum anderen wurde aber auch deutlich, dass viele Archivalien in der Robert Bosch Stiftung noch nicht öffentlich zugänglich sind. Durch sie würde eine vertiefende Betrachtung der oben genannten Aspekte unterstützt und stünde unter anderem Material für ideengeschichtliche, medizinhistorische und bildungspolitische Studien und Dissertationen zur Verfügung. Im Rahmen der Interviews und am Rande des Symposiums wiesen ehemalige Mitglieder des Murrhardter Kreises darauf hin, dass sich in ihrem Besitz ebenfalls Unterlagen befinden, die darüber hinaus zusammengeführt und so als Quellen gesichert werden sollten.

Die Frage, was aus den früheren, durch den Murrhardter Kreis und die Robert Bosch Stiftung beförderten Reformansätzen wurde, ist schwer zu beantworten. Auch das hängt unter anderem mit der Quellenlage zusammen. Es fehlt an der Dokumentation von Entwicklungen in den einzelnen (medizinischen) Fakultäten. Vieles erscheint wie eine Aneinanderreihung von nicht in Beziehung gesetzten Einzelprojekten oder wie ein zeitweiliges Aufleuchten von Reforminitiativen, die mit dem Weggang ihrer Protagonisten wieder dem Vergessen anheimfallen. Darüber hinaus haben Projektberichte oft den Charakter von „Rechtfertigungsliteratur“ und sind damit nur bedingt geeignet, Entwicklungen, hemmende und förderliche Rahmenbedingungen, Kontexte und Auseinandersetzungen nachzuzeichnen. Diese Aspekte bilden aber eine wesentliche Grundlage, wenn man Veränderungsprozesse evaluieren will.

Hermann Heimpel zitierte unlängst seinen Vater mit den Worten: „*Lesen schützt vor Neuentdeckungen*“. Wenn es wenig zu lesen gibt, ist die Wahrscheinlichkeit groß, nicht aus Erfahrungen zu lernen und das Rad immer wieder neu zu erfinden.

Durch die Synopse wird einmal mehr deutlich, dass zuhören, fragen und dokumentieren viele „Neuentdeckungen“ erst ermöglicht: Die teilstrukturierten Gespräche mit den Vertretern des Murrhardter Kreises, weiteren in der Mediziner Ausbildung und in den Pflegewissenschaften engagierten Personen und den Studierenden waren sehr informativ, facettenreich, engagiert, anregend und persönlich bereichernd. Dafür danke ich allen Gesprächspartnern und den Mitarbeitern der Robert Bosch Stiftung.

5.2 Ausbildung und berufliche Sozialisation

Einige Fragen und Aspekte zogen sich durch nahezu alle Gespräche.

Es gab unterschiedliche Einschätzungen hinsichtlich der Relevanz von Abiturnoten beim Zugang zum Studium und der Auswahl von Bewerbern. Während die einen sie als Prädiktor für Lernfähigkeit, Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft werten und akzeptieren, problematisieren andere die bildungspolitischen Implikationen und die starke Konzentration des Rekrutierungsverfahrens auf Studierende mit einem bestimmten sozialen und/oder Bildungshintergrund.

Es bestand weitgehend Konsens darüber, dass es durch die derzeitigen Verfahren und die für die Auswahl von Bewerbern zur Verfügung stehenden Ressourcen nicht möglich ist, „geeignete Ärzte“ auszuwählen. Die Universität Witten-Herdecke investiert aufgrund ihres Auftrags und Selbstverständnisses erheblich und mit gutem Erfolg in die Auswahlverfahren. Die großen Handlungs- und Entscheidungsspielräume resultieren aber aus der rechtlichen

Sonderstellung dieser medizinischen Ausbildungsstätte.⁶⁴ Ob, inwieweit und mit welchen Ergebnissen Auswahlverfahren an Medizinischen Fakultäten mit einer erheblich größeren Anzahl von Studienanfängern vergleichend beschrieben und evaluiert sind, ist mir gegenwärtig nicht bekannt. Der Erkenntniswert solcher Studien hätte erhebliche praktische Bedeutung.

Von den sechs Studierenden - darunter fünf Frauen -, die durch ihre Hochschullehrer für die Gruppendiskussionen vorgeschlagen worden waren, waren vier zunächst nicht zum Studium zugelassen worden. Die Entscheidung für den Studienort hing nahezu ausschließlich mit persönlichen Gründen zusammen. Bemerkenswert war auch, dass und wie die soziale Herkunft und die (Un-)Erfahrenheit im akademischen Milieu thematisiert wurden. Die Studierenden aus Ulm verfügten über Ausbildungen und praktische Tätigkeiten und Erfahrungen in anderen Gesundheitsberufen (Rettungssanitäter, Pflegekraft), bevor sie ihr Medizinstudium begannen. Diese Erfahrungen waren aber im Rahmen des Studiums nicht gefragt. In den Praxisphasen kämen sie ihnen zwar zugute, weil sie im Vergleich zu den Kommilitonen keine Probleme im (körperlichen) Kontakt mit den Patienten hatten. Im Verhältnis zu ihren ehemaligen Kollegen erleben sie sich aber in den Praktikumsphasen häufig in einem starken Rollenkonflikt. Gerade aus solchen Erfahrungen ließen sich aber Ansätze für interprofessionelles Lernen ableiten.

Diese Aspekte und Fragestellungen waren eher ein „Nebenprodukt“ in den Gesprächen mit den Studierenden. Sie wurden mit Blick auf die eigene berufliche Sozialisation auch vereinzelt von den Experten thematisiert. In diesem Zusammenhang wurde darauf hingewiesen, dass bislang die Rahmenbedingungen der medizinischen Aus- und Weiterbildung, wie zum Beispiel Konkurrenzen aufgrund der Arbeitsmarktsituation mit ihren enormen Einflüssen, nicht ausreichend reflektiert würden. In weiteren Gesprächen wurde der Sorge Ausdruck verliehen, dass vor dem Hintergrund des derzeitigen Bedarfs an Absolventen entscheidende Aspekte der Entwicklung zum Arzt nicht berücksichtigt würden und man die Gefahr sehe, sich auf didaktische Einzelfragen zu kaprizieren.

In die Klärung der vielfältigen Facetten der „Arztwerdung“ und der (möglichen) Gründe für den Ausstieg aus dem Medizinstudium sollten diejenigen stärker einbezogen werden, die sich über studentische Fachschaften und Initiativen für eine Verbesserung der Ausbildung oder ein Aufgreifen von Defiziten im Versorgungssystem engagieren. Ein Archiv über das studentische Engagement wird in Aachen aufgebaut. In Ulm und Witten-Herdecke kümmern sich Studierende um die medizinische Versorgung von Menschen, die auf der Straße leben.

Auch schreibende Mediziner setzen sich mit Defiziten im Versorgungssystem sowie im Hochschul- und Medizinbetrieb auseinander. Beispielhaft sei in diesem Zusammenhang auf die Publikation von Bartens (2007) verwiesen, die vielfältige Impulse für eine Qualitätssicherung in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung enthält. Leider erschien die Auseinandersetzung des 1966 geborenen Autors mit der eigenen „Arztwerdung im Studium und Beruf“ unter dem reißerischen Titel „Das Ärztehasserbuch. Ein Insider packt aus.“ So mancher Aussteiger, Umsteiger oder beispielsweise noch im Krankenhaus tätige Grenzgänger zwischen Südbaden und der Schweiz könnten vielfältige Reflexionen über Rahmenbedingungen und Effekte der ärztlichen Aus- und Weiterbildung beitragen; letztere zum Beispiel auch über Bedingungen und Wirkungen einer besseren Kooperation zwischen den Gesundheitsberufen in der Schweiz. In diesem Zusammenhang lassen sich noch einige Schätze heben, Erfahrungen nutzen und Potentiale (zurück)gewinnen. Und wenn unser Gesundheitssystem und die Gesundheitsversorgung mit ihren komplexen Wirkungsmechanismen, Werte- und Zielkonflikten und Widersprüchen auch nicht grundlegend durch Aus- und Weiterbildung unmittelbar zu beeinflussen sind, geht es aber doch auch darum, über eine Veränderung der Ausbildung auch das Bewusstsein in einer neuen Generation von Ärzten zu schaffen, dass auch die Rahmenbedingungen den neuen Erfordernissen der Versorgung angepasst werden müssen. Der langfristige und damit

⁶⁴ Vgl. Kapitel 3.4, S.32

mittelbare Einfluss über die Veränderung der Köpfe ist nicht zu unterschätzen. Historisch gesehen ist sie eine treibende Kraft für Veränderungen der Gesellschaft.

5.3 Eine gute Zeit für Veränderungen!?

Das Reformklima hat sich verbessert. Die Lehre hat an Bedeutung gewonnen und bei der Ausstattung der Lehre mit Ressourcen wurden erste Fortschritte erzielt. Die Ausbildungslandschaft ist „vielfältiger“ geworden. Es gibt offenbar auch keinen grundsätzlichen Streit mehr um die beste Reformstrategie für Studienreformen, sondern eine Akzeptanz unterschiedlicher Ausgangs- und Rahmenbedingungen. Nach wie vor bauen viele Ansätze und neue Angebote aber auch auf ungeprüften Annahmen auf und tragen so selbst zu Mythenbildungen bei. Mehrfach wurde in den Gesprächen auf fehlende Evidenz und einen hohen Bedarf an Ausbildungsforschung hingewiesen. Auf erste vergleichende Studien über die Qualität einzelner Angebote wurde hingewiesen und empfohlen, solche Studien weiter zu fördern und vor allem in Längsschnittstudien unter Einbeziehung der Absolventen der Reformstudiengänge die Nachhaltigkeit von Reformbemühungen zu evaluieren.

Dass es sich bei der Evaluation komplexer Veränderungsprozesse um sehr ambitionierte Forschungsvorhaben handelt, wissen wir aus sozialwissenschaftlichen Forschungen zur Evaluation im Gesundheitswesen.⁶⁵ Gerade weil aber einerseits der Trend zum unreflektierten „add on“ fortbesteht und andererseits bestimmte Teildisziplinen im Rahmen inneruniversitärer und fakultätsinterner Profilbildungsprozesse und Machtkämpfe zur Disposition stehen, ohne dass gewährleistet ist, dass die dort verorteten Themen und Impulse in andere Bereiche integriert werden, zeigt sich hier ein dringender Forschungsbedarf. Das gilt insbesondere, wenn Hochschulen und Fakultäten sich zu lernenden Organisationen entwickeln wollen und beanspruchen, verantwortungsvoll mit Studierenden und Lehrenden umzugehen.

Auf die potentielle und real sich abzeichnende Überforderung von Studierenden vor dem Hintergrund einer ungebremsen Veränderungsdynamik und eines unreflektierten Aktionismus ist bereits hingewiesen worden. Einer der Hochschullehrer wies außerdem auf die Rollenausweitung für Mediziner bei gleichzeitiger Spezialisierungsnotwendigkeit hin: Der Mediziner müsse heute Manager, Forscher, Lehrender und Kliniker sein. Gleichzeitig entwickle sich jeder der Bereiche durch neue Erkenntnisse rasant, so dass die Entwicklungen nicht abgesehen werden könnten. Was heute noch in einem Bereich „verrutschen“ könne, werde morgen im gleichen Bereich nicht mehr integrierbar sein und sich ausgliedern und Spezialisierungsfächer verbreitern.

Auch die Nachwuchsprobleme wären unlösbar, wenn nicht rechtzeitig Veränderungen in Angriff genommen würden. Zu den Widerständen gegen weitere umfassende Veränderungen verwiesen Gesprächspartner auf die Sorge, dass der Alltagsdruck dann gar nicht mehr auszuhalten sei. Da spiele einerseits die Angst vor Chaos eine Rolle, andererseits aber auch *das Gefühl, jetzt noch die vier großen Rollen des Arztseins unter einen Hut bringen zu können: „Die Mehrfältigkeit der Arbeit wird auch geliebt.“* Das verhindere wohl eine systematische Bearbeitung dieser Themen, und außerdem gäbe es keine Modelle, an denen man sich orientieren könne, dafür aber sehr diffuse Rahmenbedingungen.

5.4 Parallelwelten, Querdenker und Brückenbauer

„*Wir leben in Parallelwelten!*“, resümierte eine Teilnehmerin beim Symposium „Ausbildung für die Gesundheitsversorgung von morgen“ das unzureichende Wissen übereinander und die Sprachlosigkeit zwischen Gesundheitsberufen. Im Rahmen des Symposiums und bei der Vorbereitung der Synopse sind viele Parallelwelten, Ungleichzeiten und blinde Flecken deutlich geworden.

⁶⁵ Vgl. Badura, Siegrist 1999

Dabei ist nicht nur bemerkenswert, was thematisiert wird, sondern auch, was keine Erwähnung findet. So werden beispielsweise die in den letzten zwanzig Jahren in den Gesundheitswissenschaften und in der Medizinsoziologie und -psychologie erarbeiteten Forschungsergebnisse zur Ärztesundheit, zu veränderten Rollenbildern und -erwartungen, zu Gratifikationskrisen, Bewältigungsstrategien, zu Veränderungsprozessen im Gesundheitssystem und in einzelnen seiner Subsysteme kaum wahrgenommen oder genutzt. Auch böten sozial-philosophische und pädagogische Veröffentlichungen aus den 1960er und 1970er Jahren hilfreiche Impulse für das exemplarische Lernen in multiprofessionellen Gruppen, wenn sie denn wahrgenommen würden. Über einen erweiterten Blick zurück sowie mehr Interdisziplinarität und Multiprofessionalität in Forschung und Lehre könnten Synergien erzielt, der Blick nach vorn erleichtert, Komplexität reduziert und ein Ressourcen schonender Umgang mit Veränderungen befördert werden.

„Wir befinden uns in einer permanenten Reform, nur um die Gegenwart einzuholen!“, resümierte Prof. Dr. Hermann Heimpel am 16.04.2010 beim Gedenk-Symposium für den 2009 verstorbenen Prof. Dr. Dr. h. c. Dieter Scheffner in Berlin.

Literatur

- Arnold, M., Grundmann, E., Heimann, H., Lasch, H.-G., Mattern, H., Ungeheuer, E. (1982): Die Ausbildung zum Arzt in der Bundesrepublik Deutschland. Denkschrift zur Reform der ärztlichen Ausbildung. Gerlingen Arnold, M., Klauber, J., Schellschmidt, H. (Hrsg.) (2002): Krankenhaus-Report 2001. Schwerpunkt: Personal. Stuttgart, New York
- Arbeitskreis Mediziner Ausbildung der Robert Bosch Stiftung, Murrhardter Kreis (1988): Das Arztbild der Zukunft. Analysen künftiger Anforderungen an den Arzt, Konsequenzen für die Ausbildung und Wege zu ihrer Reform. Informationen zum Abschlußbericht. Mai 1988. Vorab-Information über den Projektbericht (*ohne Ort/Verlagsangabe*)
- Badura, B., Schröder, H., Klose, J., Macco, K. (Hrsg.) (2010): Fehlzeiten-Report 2009. Heidelberg
- Badura, B., Siegrist, J (Hrsg.) (1999): Evaluation im Gesundheitswesen. Weinheim und München
- Bartens, W. (2007): Das Ärztehasserbuch. Ein Insider packt aus. München
- Behrens, J., Görres, S., Schaeffer, D., Bartholomeyczik, Stemmer, R. (Hrsg.) (2012): Agenda Pflegeforschung für Deutschland. Halle (Saale) (elektronisch: <http://www.agenda-pflegeforschung.de/AgendaPflegeforschung2012.pdf> (23.08.2012))
- Block, K., Foth, T., Stamer, M., Schmacke, N. (2012): Allgemeinmedizin und Pflege in der ambulanten und heimstationären Versorgung. Der weite Weg zur Kooperation. Weinheim und Basel
- Borasio, G.D. (2009): Bildung und ärztliches Handeln. In: FAZ, Nr.59, 11.03.2009, N5
- Breucker, G. (1995): Was fehlt uns denn? Untersuchung einer Ausbildungsmethode zur ärztlichen Gesprächsführung in der Anamnese. Münster, New York
- Burger W. (2009): Prof. Dr. med. Dr. hc. Dieter Scheffner, 23.03.1930–24.06.2009. GMS Z Med Ausbildung. 2009;26(3):Doc25.
- Busse, R. (1992): Learning by doing. Berliner Reformstudiengang Medizin. In: Dr. med. Mabuse, 17. Jg, Nr. 79, 31–35
- Dettmer, S., Kulmey, A. (2010): Studienzufriedenheit und berufliche Zukunftsplanung von Medizinstudierenden – ein Vergleich zweier Ausbildungskonzepte. In: Schwartz, F.W., Angerer, P. (Hrsg.) (2010): Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten. Befunde und Interventionen. Berlin
- Edelhäuser, F.; Scheffer, C. (2011): Entwicklung und Durchführung interprofessioneller Ausbildungsmodelle. In: RBS (Hrsg.): Ausbildung für die Gesundheitsversorgung von morgen. Stuttgart. 110–116
- Fabry, G. (2008): Medizindidaktik. Ein Handbuch für die Praxis. Bern
- Fabry, G. (2011): Lebenslanges Lernen. Die Rolle der Fort- und Weiterbildung. In: RBS (Hrsg.): Ausbildung für die Gesundheitsversorgung von morgen. Stuttgart. 91–97
- Feuerstein, G., Badura, B. (1991): Patientenorientierung durch Gesundheitsförderung im Krankenhaus. Zur Technisierung, Organisationsentwicklung, Arbeitsbelastung und Humanität im modernen Medizinbetrieb. Gutachten im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung. Düsseldorf
- Fischer, M. et al (1994): „Thyroidea“ – Fallbasiertes Lernen in der Medizin. In: Arzt und Computer, 94, 49–56. München: Focus Med.

- Forum Pflegewissenschaft (Hrsg.) (2009): Memorandum. Für eine Verankerung der Pflegewissenschaft und Pflegeforschung an Medizinischen Fakultäten und Universitätskliniken in Deutschland. Bremen
- Frick, E. (2002): Hilft problemorientiertes Lernen beim Verstehen psychosomatischer Zusammenhänge? – Psychosomatik im Münchener NerV-Kurs. In: Stößel, U., Troschke, J. v. (Hrsg.) (2002): Innovative Ansätze zur Lehre in den psychosozialen Fächern der ärztlichen Ausbildung. Freiburg, 66–77
- Friedrichs, A., Schaub, H.-A. (2011): Interprofessionalität. Aktuelle Rahmenbedingungen und Anforderungen an das Studium. In: RBS (Hrsg.): Ausbildung für die Gesundheitsversorgung von morgen. Stuttgart. 98–101
- Gaidys, U. (2011): Anforderungen an die Ausbildung der Ärzte aus Sicht der anderen Gesundheitsberufe. In: RBS (Hrsg.): Ausbildung für die Gesundheitsversorgung von morgen. Stuttgart. 49–52
- Glenewinkel, C., Rockenbach, K. (2009): Gesprächsführung in der medizinischen Ausbildung im Lehr- und Lerncurriculum: Eine qualitative Analyse der Sicht Studierender auf den Leipziger Gesprächsführungskurs. *GMS Z Med Ausb.* 2009;26 (3):
- Habeck, D., Schagen, U., Wagner, G. (Hrsg.) (1993): Reform der Ärzteausbildung. Berlin
- Hahn, E.G. (2007): Kooperation der Gesundheitsberufe: die Rolle von Aus- und Weiterbildung. *GMS Z Med Ausb.* 2007;24 (3): Doc153
- Hahn, E.G. (2009): Bessere Zeiten für Lehre und Forschung an den Hochschulen – die Hochschulmedizin muss ihre Chancen nutzen! In: *GMS Z Med Ausb.* 2009;26: 1-3
- Hahn, E.G. (2011): Neue Versorgungsaufgaben und die Ausbildung in den Gesundheitsberufen. In: RBS (Hrsg.): Ausbildung für die Gesundheitsversorgung von morgen. Stuttgart. 41–44
- Heimpel, H. (2011): Das Arztbild der Zukunft. Intentionen und Empfehlungen des Murrhardter Kreises. In: RBS (Hrsg.): Ausbildung für die Gesundheitsversorgung von morgen. Stuttgart. 11–14
- Henningsen, P., Pantel, J., Mundt, C., Rudolf, G., Resch, F. (2002): Heicumed-PPK: Psychiatrie, Psychosomatik, Kinder- und Jugendpsychiatrie im Verbund des neuen klinischen Curriculums an der Universität Heidelberg. In: Stößel, U., Troschke, J.v. (Hrsg.) (2002): Innovative Ansätze zur Lehre in den psychosozialen Fächern der ärztlichen Ausbildung. Freiburg. 52–59
- Hohner, H-U (2003): Anforderungen an den Arztberuf im 21. Jahrhundert. Herausforderungen für Qualifizierung und Kompetenzentwicklung. In: Ulich, E. (Hrsg.) (2003): Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis. Bern
- Iseringhausen, O. (2010): Psychische Belastungen und gesundheitliches Wohlbefinden von Beschäftigten im Krankenhaus. In: Badura, B., Schröder, H., Klose, J., Macco, K. (Hrsg.) Fehlzeiten-Report 2009. Heidelberg. 117–128.
- Kaba-Schönstein, L., Kälble, K. (Hrsg.) (2004): Interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen. Frankfurt am Main
- Kälble K. (2008): Akademisierung der Gesundheitsfachberufe. In: *Public Health Forum* 16. Heft 58, 4–6
- Kiessling, C.; Ortwein, H.; Kampmann, M.; Schlünder, M. (2002): Einsatz von Simulationspatienten im Rahmen eines Workshops zum Thema „Kommunikation und ärztliche Gesprächsführung“ im Reformstudiengang Medizin in Berlin. *Med Ausbild* 2002; 19: 143–146
- Klüter, H. (2011): Neue Anforderungen an die Mediziner Ausbildung aus Sicht der Ausbilder. In: RBS (Hrsg.): Ausbildung für die Gesundheitsversorgung von morgen. Stuttgart. 45–48

- Kunstmann, W. (1995): Erfahrungen mit der Vermittlung von Public Health Inhalten im Rahmen der ärztlichen Ausbildung an der Universität Witten/Herdecke – Ergebnisse einer Längsschnittstudien. In: Stößel, U. (Hrsg.) (1995): Gesundheitsförderung und Public Health in der ärztlichen Ausbildung. Freiburg. 178–185
- Matzik, S. (Hrsg.) (2008): Qualifizierung in den Gesundheitsberufen. Herausforderungen und Perspektiven für eine wissenschaftliche Weiterbildung. Weinheim und München
- Mau, H. (2010): Dieter Scheffner – eine Hommage. Rede anlässlich des Dieter-Scheffner Gedenk Symposiums am 16.04.2010 in Berlin. Unveröffentlichtes Typoskript
- Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst Baden-Württemberg (Hrsg.) (2006): Abschlussbericht der Medizinstrukturkommission – Sachverständigenkommission Universitätsmedizin – Baden – Württemberg, Stuttgart
- Müller, B. (2005): Gute Lösungen in der Pflege. Beispiele guter Praxis einer gesundheitsgerechten und qualitätsfördernden Arbeitsgestaltung von Pflegearbeitsplätzen in Krankenhäusern, stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten. Inqapflege, Bd. 14. Hrsg. BAuA in Kooperation mit dem DNBGF
- Müller, B. (2009): Betriebliches Gesundheitsmanagement im System Krankenhaus – Bestandsaufnahme und Ausblick. Expertise im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung, 60 S. http://www.boeckler.de/pdf_fof/S-2008-145-4-1.pdf (23.08.2012)
- Müller, B. (2010): *...und wer denkt an uns?* Gesundheitsförderung in Einrichtungen des Gesundheitswesens. In: Faller, G. (Hrsg.): Lehrbuch der betrieblichen Gesundheitsförderung. Bern. 251–257
- Müller, B., Münch, E., Badura, B. (1997): Gesundheitsförderliche Organisationsgestaltung im Krankenhaus. Entwicklung und Evaluation von Gesundheitszirkeln als Beteiligungs- und Gestaltungsmodell. Weinheim und München
- Müller, B.; Stößel, U. (1999): Betriebsärzte als Moderatoren in der Gesundheitsförderung im Krankenhaus. In: HOFMANN/RESCHAUER/STÖßEL (Hrsg.): Arbeitsmedizin im Gesundheitsdienst. Bd. 12. Freiburg im Breisgau. 67–78
- Murrhardter Kreis (1995): Das Arztbild der Zukunft. Analysen künftiger Anforderungen an den Arzt, Konsequenzen für die Ausbildung und Wege zu ihrer Reform. 3., vollständig überarbeitete Auflage. Gerlingen
- Plewnia, C.G. (1999): Wandel der Arztideale. Münster, New York
- Porzolt, F., Heimpel, H. (2002): Professionalisierung der ärztlichen Tätigkeit: Der Beitrag von Leitlinien. In: Arnold, M., Klauber, J., Schellschmidt, H. (Hrsg.) (2002): Krankenhaus-Report 2001. Schwerpunkt: Personal. Stuttgart, New York
- Pütter, N. (1988): Arztausbildungsreform. Ein Ausschnitt bundesrepublikanischer Gesundheitspolitik. Frankfurt am Main 1988
- Putz, R., Christ, F. (Hrsg.) (2003): Das Münchener-Reform-Modell der Medizinischen Ausbildung. Der Weg zu MeCuM^{LMU} 1997–2002. LMU (Eigendruck)
- Räbiger, J., Athen, M. (2008): Studiengänge für Gesundheitsberufe nehmen an Zahl und Attraktivität zu. In: Public Health Forum 16. Heft 58, 8–10
- Resch, F., Duelli, R., Jünger, J., Fischer, M. (2011): Ausbildung der Ausbilder. Der Studiengang Master of Medical Education. In: RBS (Hrsg.): Ausbildung für die Gesundheitsversorgung von morgen. Stuttgart. 106–109
- Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (1989): Das Arztbild der Zukunft. Künftige Anforderungen an den Arzt, Konsequenzen für die Ausbildung, Wege zur Reform. Beiträge zum internationalen Symposium des Arbeitskreises Mediziner Ausbildung der Robert Bosch Stiftung – Murrhardter Kreis – im September 1988 in Bonn-Bad Godesberg. Gerlingen

- Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (1992): Pflege braucht Eliten. Denkschrift zur Hochschulausbildung für Lehr- und Leitungskräfte in der Pflege. Gerlingen
- Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (1996): Pflegewissenschaft. Grundlegung für Lehre, Forschung und Praxis. Denkschrift. Gerlingen
- Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (2000). Pflege neu denken – Zur Zukunft der Pflegeausbildung, Bestandsaufnahme, Empfehlungen und Modell für eine umfassende Reform in der Pflegeausbildung in Deutschland. Stuttgart.
- Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (2007): Zukunft für das Krankenhaus. Szenarien zur mittelfristigen Entwicklung der Krankenhausorganisation. <http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/html/16931.asp> (14.04.2009)
- Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (2011a): Ausbildung für die Gesundheitsversorgung von morgen. Stuttgart
- Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (2011b): Memorandum. Kooperation der Gesundheitsberufe. Qualität und Sicherstellung der zukünftigen Gesundheitsversorgung. Stuttgart
- Roch K., Trubrich A., Haidinger G., Mitterauer L., Frischenschlager O. (2010): Unterricht in ärztlicher Gesprächsführung – eine vergleichende Erhebung in Deutschland, Österreich und der Schweiz. *GMS Z Med Ausbild.* 2010;27(3): Doc48.
- Schagen, U. (2002): Curriculare Vorgaben oder Freiheit der Lehre – Lernziele, Rahmenbedingungen und künftige Strukturen des Medizinstudiums für die psychosozialen Fächer. In: Stößel, U., Troschke, J.v. (Hrsg.) (2002): Innovative Ansätze zur Lehre in den psychosozialen Fächern der ärztlichen Ausbildung. Freiburg. 12–31
- Schagen, U. (2002a): Reformen auf dem Papier – Studium der Humanmedizin in der Bundesrepublik Deutschland seit 1970. In: *Qualifizierung und Professionalisierung. Jahrbuch für kritische Medizin* Bd. 37. Hamburg 7–23
- Schlett, C.L. et al (2010): Job requirements compared to medical school education: differences between graduates from problem-based learning and conventional curricula. In: *BMC Medical Education* 2010 10:1.
- Schwartz, F.W., Angerer, P. (Hrsg.) (2010): Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten. Befunde und Interventionen. Berlin
- Stein, R. (2009): Reform des Medizinstudiums in Berlin – Eine unendliche Geschichte. In: *Berliner Ärzte* II/2009, 14–20
- Stern, K. (1996): Ende eines Traumberufs? Lebensqualität und Belastungen bei Ärztinnen und Ärzten. Münster, New York
- Stößel, U. (Hrsg.) (1995): Gesundheitsförderung und Public Health in der ärztlichen Ausbildung. Freiburg
- Stößel, U. (2006): Gesundheit und Gesundheitsverhalten beim Medizinernachwuchs – Eine vernachlässigte Gruppe der Arbeitsmedizin und Gesundheitsförderung. In: Hofmann, F., Reschauer, G., Stößel, U. (Hrsg.): *Arbeitsmedizin im Gesundheitsdienst.* Bd. 19. Freiburg im Breisgau, 205–222
- Stößel, U. (2007): Arbeitsbedingungen in den Gesundheitsberufen im Wandel. In: Hofmann, F., Reschauer, G., Stößel, U. (Hrsg.): *Arbeitsmedizin im Gesundheitsdienst.* Bd. 20. Freiburg im Breisgau, 205–222
- Stößel, U. (2008): Medizinstudium und Public Health - New Pathways? In: *Public Health Forum* 16. Heft 58, 18f
- Stößel, U. (2009): Die Kunst, ein guter und erfolgreicher Arzt zu sein. Vortrag: 5. Innovationskongress der KV Nordrhein, 05.09.2009: http://www.kvno.de/downloads/termine/5_innovationskongress/5_inno_stoessel.pdf (23.08.2012)

- Stößel, U., Troschke, J. v. (Hrsg.) (2002): Innovative Ansätze zur Lehre in den psychosozialen Fächern der ärztlichen Ausbildung. Freiburg
- Troschke, J. v. (2004): Die Kunst ein guter Arzt zu werden. 2., überarbeitete Auflage. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle
- Troschke, J. v. (2008): Der Arztberuf im Bologna-Prozess. In: Public Health Forum 16. Heft 58, 16f
- Ulich, E. (Hrsg.) (2003): Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis. Bern
- Warnecke, T. (2010) Überhastete Operation an der Charité. In: Tagesspiegel, 11.05.2010. <http://www.tagesspiegel.de/wissen/ueberhastete-operation-an-der-charite/1820502.html>, (12.05.2010)
- Weidmann, R. (1996): Rituale im Krankenhaus. Berlin, Wiesbaden
-

Anhang

Arbeitskreis Mediziner Ausbildung und Murrhardter Kreis – Mitglieder

Mitglieder des Arbeitskreises Stand: 05/1988	Mitglieder des Murrhardter Kreises Stand: 1994
Prof. Dr. M. Arnold Anatomisches Institut der Universität Tübingen	Prof. Dr. M. Arnold⁶⁶ Stiftungsprofessur Gesundheitssystemfor- schung, Universität Tübingen
	PD. Dr. V. Braun Poliklinik für Allgemeinmedizin am DRK- Krankenhaus Köpenick, Berlin
Prof. Dr. E. Doppelfeld Geschäftsführender Arzt der Bundesärzte- kammer, Köln	Prof. Dr. E. Doppelfeld Deutsches Ärzteblatt, Köln
	Prof. Dr. med. F. Eitel Chirurgische Klinik Innenstadt u. Chirurgische Poliklinik, München
Prof. Dr. G. Feifel Allgem. Chirurgie und Abdominalchirurgie, Universität des Saarlandes, Homburg/Saar	Prof. Dr. G. Feifel Allgem. Chirurgie und Abdominalchirurgie, Universität des Saarlandes, Homburg/Saar
Prof. Dr. C. von Ferber Institut für Medizinische Soziologie, Medizi- nische Einrichtungen Universität Düsseldorf	Prof. Dr. C. von Ferber Düsseldorf
Prof. Dr. H.U. Gallwas Institut für Politik und Öffentliches Recht der Universität München - Arbeitskreisvorsitzender -	Prof. Dr. H.U. Gallwas Institut für Politik und Öffentliches Recht der Universität München - Sprecher -
Prof. Dr. D. Habeck Institut für Ausbildung und Studienangele- genheiten der Medizinischen Fakultät der Universität Münster	Prof. Dr. D. Habeck († 2007) Münster
Prof. Dr. S. Häußler († 1989) Kassenärztliche Vereinigung Nord-Württem- berg, Stuttgart	
PD Dr. F. Hartmann Medizinische Klinik, Abteilung Innere Medi- zin 1 der Universität Tübingen	
Prof. Dr. H. Heimpel Dep. für Innere Medizin der Universität Ulm	Prof. Dr. H. Heimpel Medizinische Universitätsklinik, Ulm

⁶⁶Die Kursivsetzungen weisen auf die Mitglieder des Murrhardter Kreises hin, die der Redaktionsgruppe angehörten. Hermann Heimpel hatte die Schriftleitung und Michael Wirsching war für das wissenschaftliche Sekretariat zuständig. Folgende Personen werden außerdem als Mitglieder der Redaktionsgruppe benannt: Axel Fetzer, Hans-Jürgen Firnkorn, Dr. med. Jürgen Gatter

Prof. Dr. P. Helmich Arzt für Allgemeinmedizin, Lehrbeauftragter für Allgemeinmedizin der Medizinischen Einrichtungen der Universität Düsseldorf	Prof. Dr. P. Helmich († 2008) Professor für Allgemeinmedizin, Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf
Prof. Dr. K. V. Hinrichsen Lehrstuhl für Anatomie der Universität Bochum	Prof. Dr. K. V. Hinrichsen († 1997) Bochum
Dr. J. D. Hoppe Arzt für Pathologie, Krankenanstalten Düren, Vizepräsident der Bundesärztekammer	Prof. Dr. J. D. Hoppe († 2011) Institut für Pathologie und Ärztlicher Direktor der Krankenanstalten Düren, Vizepräsident der Bundesärztekammer
	Prof. Dr. K. Knorpp Fachbereich Humanmedizin und Klinikum, Gießen
Dr. H.J. Lutz Facharzt für Chirurgie, Germering	Dr. H.J. Lutz Facharzt für Chirurgie, Germering
	Prof. Dr. H. Mau Dekan der Medizinischen Fakultät (Charité) der Humboldt-Universität Berlin
Prof. Dr. H.J. Mattern († 2001) Lehrauftrag für Allgemeinmedizin der Universität Heidelberg	
	Prof. Dr. D. Scheffner († 2009) Medizinische Fakultät des Rudolf-Virchow-Klinikums, Berlin
Dr. F. Salomon Abteilung Anästhesiologie der Universität Gießen	
Prof. Dr. D. Sasse Anatomisches Institut Universität Basel	
Prof. Dr. H.E. Schäfer Pathologisches Institut Universität Freiburg	
Frau Ministerialrätin M. Schleicher BMJFFG, Bonn (Mitglied des Arbeitskreises bis Juli 1987)	
Prof. Dr. H. Schomerus II. Medizinische Klinik des Diakoniekrankenhauses, Rotenburg (Wümme)	Prof. Dr. H. Schomerus († 2000) II. Medizinische Klinik des Diakoniekrankenhauses, Rotenburg (Wümme)
Prof. Dr. J. Siegrist Institut für Medizinische Soziologie der Universität Marburg	

Prof. Dr. J. Spranger Universitätskinderklinik Mainz	
Prof. Dr. E. Ungeheuer († 1992) Klinik Krankenhaus Nordwest, Frankfurt/Main	
Prof. Dr. M. Wirsching Zentrum für Psychosomatische Medizin der Universität Gießen - Leiter des wiss. Sekretariats -	Prof. Dr. M. Wirsching Abteilung Psychotherapie und Psychosomatische Medizin, Freiburg
Frau Prof. Dr. R. Wittern Institut für Geschichte und Ethik der Medizin der Universität Erlangen-Nürnberg, Erlangen	Prof. Dr. R. Wittern-Sterzel Institut für Geschichte und Ethik der Medizin der Universität Erlangen-Nürnberg, Erlangen
<u>Wissenschaftl. Sekretariat</u> Dipl.-Psych. C. Rüger, I. Steinmann, M.A., Dr. R. Wagner c/o Zentrum für Psychosomatische Medizin, Gießen	<u>Redaktionssekretariat</u> Dr. A. Brunner, Freiburg A. Fetzer, Ulm Dr. Gatter, Ulm
	<u>Typoskripte, Organisation</u> M. Kohlhammer, Ulm A. Nathusius, Freiburg
<u>Ständige Teilnehmer der Robert Bosch Stiftung</u> Dr. P. Payer, Geschäftsführer († 2009) Dipl.-Kfm. H.-J. Firnkorn, Referatsleiter	<i>Dipl.-Kfm. H.-J. Firnkorn, Bereichsleiter</i>

Verzeichnis der Interviewpartner

Interviewpartner	Studien wann/wo	MK*	zum Zeitpunkt des Gesprächs
Dr. Götz Fabry, geb.1970	1989 – 1997 Studium Humanmedizin in Freiburg und London		Medizinische Fakultät Freiburg, Abt. für Med. Psychologie und Soziologie
Prof. Dr. Martin Fischer, geb. 1964	1984 – 1991 Studium Humanmedizin in Hamburg und Freiburg, MME (Bern)		Universität Witten- Herdecke
Prof. Dr. Uta Gaidys, geb. 1968	1988– 1990 vier Sem. Humanmedizin in Greifswald, Pflegepädagogin		Prodekanin für Studium und Lehre, Hochschule für angewandte Wissenschaften, Hamburg
Prof. Dr. Eckhart G. Hahn, geb. 1943	Studium Humanmedizin in Kiel, Glasgow, Tübingen, Hamburg, MME (Bern)		Dekan der Fakultät für Gesundheit, Universität Witten-Herdecke
Prof. Dr. Hermann Heimpel, geb.1930	1957 (Prom). Studium in Göttingen, Heidelberg, Freiburg, Innsbruck, Chicago	X	Zentrum für Innere Medizin, Universitäts- klinikum Ulm
Dr. Claudia Kiessling, MPH, geb. 1968	1987 – 1995 Studium Humanmedizin in Berlin, 1998-99 Aufbaustudiengang Public Health in Bielefeld		Medizinische Fakultät der Universität Basel
Prof. Dr. Harald Klüter, geb. 1960	1979 – 1982 Studium Pharmazie in Mainz, 1982 – 1989 Medizin in Mainz und Lübeck		Studiendekan der Medizinischen Fakultät Mannheim
Prof. Dr. Harald Mau, geb. 1941	1958 – 1964 Medizinstudium an der Humboldt-Universität zu Berlin, 1965 Promotion	X	Berliner Charité, 1990 – 2009 Direktor der Kinderchirurgischen Klinik
Prof. Dr. Reinhard Pabst, geb.1943	1965 – 1970 Medizinstudium in Hannover und Glasgow	E	Medizinische Hochschule Hannover
Prof. Dr. Franz Resch, geb. 1953	1972 – 1978 Medizinstudium in Wien, vorher je 1 Sem. Jura und Philosophie		Studiendekan der Medizinischen Fakultät Heidelberg
Dr. Udo Schagen, geb. 1939	1960 – 1966 Medizinstudium in Mün- chen, Münster, Innsbruck, Hamburg		Berliner Charité, Institut für Geschichte der Medizin
Prof. Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz, geb.1943	1963 – 1967 Medizinstudium in Mün- chen, Marburg, Frankfurt, parallel u.a. Kunst, Philosophie, Soziologie, 1973 Prom. (Medizingeschichte)		Institut für Epidemio- logie, Sozialmedizin und Gesundheits- systemforschung, Medizinische Hochschule Hannover
Prof. Dr. Johannes Siegrist, geb. 1943	1963 – 1969 Studium der Soziologie, Sozialpsychologie, Philosophie und Geschichte in Basel und Freiburg i. Br.	X	Institut für Medizinische Soziologie, Heinrich Heine-Universität Düsseldorf
Dr. Ulrich Stößel, geb. 1949	1969 - 1974 Studium Sozialwissen- schaften und Erziehungswissen- schaft an der Universität Bochum		Abt. für Medizinische Soziologie, Universität Freiburg

Prof. Dr. Michael Wirsching, geb. 1949	1966-1972 Medizinstudium FU Berlin	X	Abteilung für Psycho- somatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Freiburg
--	------------------------------------	---	--

*: X = Mitarbeit im Arbeitskreis und/oder Murrhardter Kreis

E = Experte für den Murrhardter Kreis

Außerdem danke ich den Studierenden Stephanie Däubler, Anthony Hamminga, Kerstin Hartmann, Nicole Jachol, Clair Weidgang, Judith Wittmann in Ulm und Mannheim – sowie Jutta Begenau, Hans-Jürgen Firnkorn, Georg Reschauer und Rosemarie Stein für ihre Informationen und Anregungen.