

Uexküll, Thure von

Praxis als Motivationsfeld des Medizin-Studiums

Stock, Hans [Hrsg.]: Hochschuldidaktik. Bericht über den 7. Pädagogischen Hochschultag vom 13. bis 16. Oktober 1968 in Bremen. Weinheim; Berlin; Basel : Beltz 1969, S. 185-195. - (Zeitschrift für Pädagogik, Beiheft; 8)



Quellenangabe/ Citation:

Uexküll, Thure von: Praxis als Motivationsfeld des Medizin-Studiums - In: Stock, Hans [Hrsg.]: Hochschuldidaktik. Bericht über den 7. Pädagogischen Hochschultag vom 13. bis 16. Oktober 1968 in Bremen. Weinheim; Berlin; Basel : Beltz 1969, S. 185-195 - URN: urn:nbn:de:0111-pedocs-233864 - DOI: 10.25656/01:23386

<http://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-pedocs-233864>

<http://dx.doi.org/10.25656/01:23386>

in Kooperation mit / in cooperation with:

BELTZ JUVENTA

<http://www.juventa.de>

Nutzungsbedingungen

Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern; noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, ausführen, vertreiben oder anderweitig nutzen. Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use

We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. Use of this document does not include any transfer of property rights and it is conditional to the following limitations: All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Kontakt / Contact:

peDOCS
DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation
Informationszentrum (IZ) Bildung
E-Mail: pedocs@dipf.de
Internet: www.pedocs.de

Digitalisiert

Mitglied der


Leibniz
Gemeinschaft

Zeitschrift für Pädagogik

8. Beiheft

Zeitschrift für Pädagogik

8. Beiheft

Hochschuldidaktik

Bericht über den 7. Pädagogischen Hochschultag
vom 13. bis 16. Oktober 1968 in Bremen

Herausgegeben
von Hans Stock
unter Mitarbeit von Dieter Brodtmann

Verlag Julius Beltz · Weinheim · Berlin · Basel

Anschrift des geschäftsführenden Herausgebers: Prof. Dr. Andreas Flitner, 74 Tübingen, Im Rotbad 43.

Anschrift der Schriftleitung: Prof. Dr. Wolfgang Scheibe, 8 München 90, Schönstr. 72b.

Anschriften der anderen Herausgeber: Prof. Dr. Otto Friedrich Bollnow, 74 Tübingen, Waldeckstr. 27; Prof. Dr. Wolfgang Brezinka, 775 Konstanz, Jakobstr. 45; Prof. Dr. Josef Dolch, 66 Saarbrücken 3, Hellwigstr. 19; Prof. Dr. Carl-Ludwig Furck, 1 Berlin 38, An der Rehwiese 24; Prof. Dr. Georg Geißler, 2 Hamburg 62, Kiwittdamm 55; Prof. Dr. Wolfgang Klafki, 355 Marburg, Rollwiesenweg 36; Prof. Dr. Martinus Langeveld, Prins Hendriklaan 6, Bilthoven/Holland; Prof. Dr. Ernst Lichtenstein, 44 Münster/Westfalen, von Esmarch-Str. 91; Prof. Dr. Peter Martin Roeder, 2 Hamburg 66, Parkberg 24; Prof. Dr. Hans Scheuerl, 2 Hamburg 55, Bockhorst 46.

Anschriften der Autoren dieses Heftes: Prof. Dr. Pola Andriessens, 34 Göttingen, Nikolausberger Weg 63; Dieter Brodtmann, 34 Göttingen, Waldweg 26; Prof. Dr. Theo Dietrich, 28 Bremen-Lesum, Lesmonastr. 42; Prof. Dr. Eberhard Groß, 63 Gießen, Karl-Glückner-Str. 21; Prof. Dr. Job Günter Klink, 28 Bremen, Pädagogische Hochschule; Prof. Dr. Klaus Mollenhauer, 23 Kiel, Eckernförde Allee 90; Prof. Dr. Thilo Ramm, 63 Gießen, Licher Str. 74; Prof. Dr. Aloysius Regenbrecht, 44 Münster, Neuheim 22 a; Prof. Dr. Wolfgang Scheibe, 8 München 90, Schönstraße 72 b; Prof. Dr. Hans Scheuerl, 2 Hamburg 55, Bockhorst 46; Prof. Dr. Alfons Otto Schorb, 8 München 22, Ludwigstraße 16; Prof. Dr. Wolfgang Schulenberg, 29 Oldenburg, Gordeler Weg 11; Prof. Dr. Hans Stock, 34 Göttingen, Münchhausenstraße 12; Senator für das Bildungswesen, M. Thape, für die Freie Hansestadt Bremen, 28 Bremen; Prof. Dr. Peter G. Thielen, 5213 Spich über Troisdorf, Im Bruch 3; Prof. Dr. Thure von Uexküll, 79 Ulm, Steinhovelstraße 9.

Berichterstatter: Päd. Assist. Alfred Ammen, 29 Oldenburg, Fröbelstraße 31; Dr. Hans-Werner Baumann, 35 Kassel, Helfensteinstraße 48; Dieter Brodtmann, M.A., Studienleiter, 341 Northheim, Friedrichstraße 16; Dozent Joachim Engel, 28 Bremen, Ottilie-Hoffmann-Str. 40; Dozent Nikolaus Harders, 2875 Ganderkesee, Landwehr; Päd. Assist. Axel Harmsen, 34 Göttingen, Paulinerstraße 8; Dr. Waltraut Kerber-Ganse, Päd. Assist., 3406 Bovenden, Am Weinberg 8; Päd. Assist. Peter Klose, 34 Göttingen, von-Bar-Str. 25; Päd. Assist. Dipl.-Psych. Christiane Kramer, 34 Göttingen, Stauffenberg-ring 1; Päd. Assist. Jürgen Krüger, 34 Göttingen-Geismar, Stellwanne 11; apl. Dozent Dr. Max Liedtke, 34 Göttingen-Geismar, Tegeler Weg 47; Studienleiterin Doris Marquardt, 34 Göttingen, Ewaldstraße 95; Dr. Arnim Riedl, 5201 Menden/Rhld., Johannesstraße 25; Päd. Assist. Dipl.-Psych. Erika Voigt, 34 Göttingen, Planckstraße 2a.

Inhalt

Geleitwort	. . . . .	7
Vorwort	. . . . .	9
Tagungsplan	. . . . .	11
HANS STOCK	Eröffnungsansprache	13
HANS SCHEUERL	Hochschuldidaktik — Notwendigkeiten und Aufgaben	21
ALOYSIUS REGENBRECHT	Notwendigkeit und Aufgaben hochschuldidaktischer Reformen	41
Diskussionsbericht	. . . . .	57
DIETER OELSCHLÄGEL	Hochschulstruktur und Hochschuldidaktik	59
KLAUS MOLLENHAUER	Zum Problem der Hochschuldidaktik — Thesen zu ihrer Theorie	61
Diskussionsbericht	. . . . .	65
WOLFGANG SCHEIBE	Akademische Arbeitsformen und ihre Effektivität	67
Diskussionsbericht	. . . . .	83
ALFONS OTTO SCHORB	Technische Medien und Arbeitsmittel im Hochschulunterricht	87
Diskussionsbericht	. . . . .	99
JOH-GÜNTER KLINK	Studium zwischen Planung und Freiheit	101
Diskussionsbericht	. . . . .	121
PETER G. THIELEN	Probleme des ersten Studiensemesters	125
POLA ANDRIESENS/ ERIKA VOIGT	Studienbeginn und Studienverlauf im Urteil der Examensabsolventen des Sommersemesters 1968 an der Pädagogischen Hochschule Göttingen	135
Diskussionsbericht	. . . . .	137
WOLFGANG SCHULENBERG	Spezialisierung und interdisziplinäre Zusammenarbeit in Lehre und Forschung	139
Diskussionsbericht	. . . . .	157
EBERHARD GROSS	Die Integration der empirischen pädagogischen Forschung in den Studiengang	161
Diskussionsbericht	. . . . .	173

THILO RAMM	Die Praxis als Motivation des rechtswissenschaftlichen Studiums	177
THURE VON UEXKÜLL	Praxis als Motivationsfeld des Medizin-Studiums	185
THEO DIETRICH	Die Praxis als Motivationsfeld wissenschaftlicher Studien in der Pädagogik	197
Diskussionsbericht	. . . . .	211
HANS STOCK	Die Konferenz der Pädagogischen Hochschulen — Überlieferung und Aufgabe	213
Entschließung des Hochschultages	. . . . .	223

Praxis als Motivationsfeld des Medizin-Studiums

I. Einleitung

Die Geschichte des medizinischen Unterrichts ist in Deutschland ein Teil der Geschichte der Universitäten. Das muß man berücksichtigen, wenn man gewisse paradoxe Entwicklungen und den Unterschied zu der Geschichte des medizinischen Unterrichts in anderen, vor allen Dingen angelsächsischen Ländern begreifen will. (13/14/15).

Mein Referat wird sich daher in vier Teile gliedern:

1. Einen kurzen historischen Rückblick auf den Einfluß der Lehrvorstellungen, die seit HUMBOLDT an den deutschen Universitäten herrschen, auf die Medizin.
2. Eine Betrachtung über die Auswirkungen dieses Einflusses auf die staatlichen Vorschriften für das Medizinstudium, wie sie sich in der sogenannten Bestallungsordnung, neuerdings Approbationsordnung genannt, und damit in der Realität des heutigen Studiums niederschlagen.
3. Überlegungen über die prinzipielle Bedeutung der Praxis als Motivationsfeld des Medizinstudenten.
4. Einen kurzen Überblick über die heutigen Reformbestrebungen, wie sie in den Empfehlungen des Wissenschaftsrates zur Neuordnung des Medizinstudiums ihren Ausdruck gefunden haben.

II. Der Einfluß der Lehrvorstellungen an den deutschen Universitäten auf den Medizinunterricht

Lassen Sie mich dem historischen Rückblick eine banale Feststellung vorausschicken: Die Ausbildung zum Arzt dient dem praktischen Zweck der Berufsausübung. Ärzte finden bestimmte Bedürfnisse der Gesellschaft, die sie befriedigen müssen. Die Gesellschaft gewährt ihnen dafür einen angemessenen Lebensunterhalt und hat ein unmittelbares Interesse an einer optimalen Ausbildung. Die Ausbildung zum Arzt ist also das, was SCHILLER verächtlich als „Brotstudium“ bezeichnet hat (1).

Dieser Ausdruck macht deutlich, daß zu Beginn des vorigen Jahrhunderts in Deutschland ein Gegensatz zwischen Theorie und Praxis aufriß. Dabei wurde Praxis sehr einseitig als Routine der Berufsausübung verstanden, gleichzeitig wurde ein Werturteil ausgesprochen, das nur der Theorie einen wissenschaftlichen Rang zuerkannte, Praxis aber als etwas Unwissenschaftliches von der Universität verbannt wissen wollte. Dazu nur einige Stichworte: Es ist bekannt, daß HUMBOLDT „Bildung“ von jedem unmittelbaren Bezug zum praktischen Le-

ben, seinen Zwängen zur Nützlichkeit und Zweckmäßigkeit entschieden abgrenzen wollte. 1809 schrieb er: „Der Universität ist vorbehalten, was nur der Mensch durch und in sich selbst finden kann, die Einsicht in die reine Wissenschaft, die von der Elendigkeit des bürgerlichen Lebens und seiner praktischen Bedürfnisse befreit sein müsse“ (2).

SPRANGER stellt fest, daß HUMBOLDT mit einer Schärfe, die seiner ausgeglichenen Natur sonst fern lag, eine wissenschaftliche Ausbildung bekämpft hat, die vor allem auf Berufstätigkeit, auf Anwendung der Wissenschaft zielt (3), und SCHELSKY zitiert in diesem Zusammenhang FICHTE, der von dem „widerwärtigen Element“ der bürgerlichen Wirklichkeit spricht, das der in der Idee der Wahrheit wurzelfassende junge Mensch von sich abstoßen müsse (4). Die Konsequenzen dieser Einstellung für die Entwicklung der deutschen Universitäten sind bekannt.

Die Medizin geriet zwar durch ihren praktischen Auftrag von Anfang an in ein gespanntes Verhältnis zur idealistischen Bildungsuniversität HUMBOLDT's. HARTMANN (5) hat darauf aufmerksam gemacht, daß die Medizin in dem Universitätskonzept HUMBOLDT's nicht vorkam, und daß die Medizinische Fakultät der Berliner Neugründung als „*Collegium Medico Chirurgium*“ bereits vorhanden war. Trotzdem haben sich die Medizinischen Fakultäten auf die Dauer der berufsfeindlichen Tradition der deutschen Universität und ihrem Traum von „einer reinen Wissenschaft ohne Ausrichtung auf praktische Zwecke“ nicht entziehen können. An den Medizinischen Fakultäten entstand mit der Zeit eine Art Minderwertigkeitskomplex gegenüber Disziplinen, in denen nach einem unausgesprochenen, aber um so zäheren Vorurteil, „reine Wissenschaft“ getrieben wurde. Diese Disziplinen waren zunächst die Philosophie, später — ohne daß man sich der Konsequenzen, die sich daraus für das Problem der Praxis ergeben, bewußt wurde — die exakten Naturwissenschaften. Um auch sie in den Augen der Mediziner mit dem Glanz „reiner Wissenschaft“ auszustatten, genügte es, daß die Medizin von ihnen ihre theoretischen Grundlagen bezog. Damit entstand auch innerhalb der Fakultäten eine Prestigeskala, in der die theoretischen Fächer der Medizin einen höheren akademischen Status einnahmen, als die klinischen Disziplinen, die nur „Anwendung der Theorie auf Probleme der ärztlichen Berufspraxis“ lehrten.

Die Konsequenz war eine Überbewertung der Theorie und eine Vernachlässigung der Praxis, vor allem in den klinischen Fächern. Das Paradoxe an dieser Entwicklung war, daß man jetzt — wiederum, ohne sich darüber wirklich klar zu werden — zwischen zwei Arten von Praxis unterschied: Man akzeptierte Praktika, die nicht auf Berufsausübung abgestellt waren, wie die praktischen Kurse in Physik, Chemie und Physiologie, oder den anatomischen Präparierkurs vor dem Physikum, während man die praktischen Kurse in den klinischen Fächern auf die notwendigsten technischen Unterweisungen, wie Auskultation und Perkussion und einige andere Fertigkeiten beschränkte. Mit Patienten und ihren klinischen Problemen wurden die Studenten fast nur in Vorlesungen konfrontiert, in denen man die theoretischen Aspekte der klinischen Krankheitsbilder abhandelte.

III. Der Einfluß dieser Problematik auf die staatliche Regelung des Medizinstudiums

Diese Einstellung findet sich auch in der heute noch gültigen Bestallungsordnung, die den Medizinunterricht regelt. Hier wird das Paradoxe daran aber besonders deutlich. Sie stellt einen letzten, beinahe verzweifelten Versuch dar, der modernen Wissenschaftsentwicklung in der Medizin, die durch zunehmende Spezialisierung und Aufteilung in immer neue Spezialfächer gekennzeichnet ist, nach dem alten Konzept Rechnung zu tragen. Sie will die sprunghafte Vermehrung des Wissensstoffes und den Anspruch einer wachsenden Zahl neuer Fächer auf Teilnahme am Unterricht dadurch auffangen, daß sie die Praxis aus dem klinischen Unterricht herausnimmt und in die Zeit nach dem Staatsexamen verlegt. Der innere Widerspruch dieser Regelung zeigt sich in der gleichzeitig ausgesprochenen Forderung, der Medizinunterricht solle den Studenten zum praktischen Arzt ausbilden!

In der Realität sieht das so aus: Nach dem Studium, das mit dem Staatsexamen abgeschlossen wird, ist die Ausbildung nicht beendet. Die Approbation zum Arzt wird erst nach zwei weiteren Jahren praktischer Tätigkeit an Krankenhäusern erteilt. Für diese Zeit, für die die Fakultäten keine Verantwortung mehr tragen, ist der sogenannte Medizinalassistent noch kein Arzt, aber auch nach diesem Ausbildungsabschnitt kann er sich noch nicht als praktischer Arzt niederlassen, denn neuerdings wird nach der Approbation noch eine mehrjährige Weiterbildung gefordert.

Das hat folgende Konsequenzen:

1. Die Zeit der Ausbildung wurde in Deutschland erheblich länger als in den meisten Ländern mit hohem medizinischen Niveau.
2. Die Ausbildung ist trotz ihrer Länge nicht effektiv. Die Trennung von Theorie und Praxis, in zwei, durch das Staatsexamen geschiedene Perioden, bestimmt das Motivationsfeld der Studenten höchst ungünstig: Sie lernen die Theorie für das Examen und vergessen sie, wenn danach die Praxis beginnt. Jetzt wird eine schlechte Praxis erlernt, bei der die Theorie zu kurz kommt.
3. Der Studienplan ist überfüllt und desorganisiert. Die notwendige „Ent-rümpelung“ scheitert an dem Egoismus der Fächer, dem jedes Korrektiv fehlt, die Theorie auf das für die Praxis Wichtige zu begrenzen.

Die Überbewertung der Theorie und die Vernachlässigung der Praxis hatte aber nicht nur nachteilige Folgen für den Unterricht. Sie wirkte sich auch in einer Entwicklung der Fächer aus, die erst heute überwunden wird. Es ist noch nicht lange her, daß zum Beispiel die Pharmakologie oder die Physiologie, in ihrem Bemühen, ein theoretisches Fach zu sein, die Verbindung mit den praktischen Aufgaben der Medizin weitgehend verloren hatten.

IV. Die Bedeutung der Praxis als Motivationsfeld der Studenten

Junge Menschen, die sich entschließen Medizin zu studieren, haben den Wunsch, möglichst rasch mit kranken Menschen und ihren Problemen konfrontiert zu werden. Amerikanische Untersuchungen (6) haben gefunden, daß die Mediziner zu Beginn ihres Studiums Kontakte mit Patienten in der überwiegenden Mehrzahl nicht als eine Lernsituation, sondern unter dem Gesichtspunkt einer Hilfe für die Patienten erleben. Wie sieht nun aus der Sicht derartig motivierter Studenten unser Studiensystem aus?

Der medizinische Unterricht in den vorklinischen Semestern beginnt mit Physik, Chemie, Zoologie und Botanik. Darauf folgen Semester, in denen die Studenten in der Anatomie mit Leichen und in der Physiologie mit Fröschen, Ratten und Katzen konfrontiert werden. Wenn sie dann nach dem Physikum den klinischen Teil ihres Studiums beginnen, erfahren sie von zwanzig oder mehr Spezialisten, was diese im Rahmen großer Vorlesungen, vor allem über die theoretischen Aspekte ihrer Fächer vermitteln können. Der Bezug auf die praktischen Probleme bleibt meist kursorisch. Die Studenten wissen überdies, daß sie am Ende ihres Studiums über ihre theoretischen Kenntnisse in all diesen Fächern Rechenschaft ablegen müssen. Die praktischen Kenntnisse, die im Staatsexamen verlangt werden, spielen demgegenüber eine untergeordnete Rolle. Diese Form des medizinischen Unterrichts schafft also ein Motivationsfeld, das von theoretischen Aspekten geprägt ist, die auf das Examen, aber nicht nur auf die praktischen Probleme des ärztlichen Berufes und auf eine Erfassung der Bedeutung des theoretischen Wissens für die praktischen Probleme ausgerichtet sind.

Damit kommen wir zu einem zentralen Problem, das auch bei den Diskussionen über eine Reform des Medizinstudiums meist zu kurz kommt. Dort wird zwar darauf hingewiesen, daß der Student die wissenschaftlichen Methoden erlernen müsse, die ihn in den Stand setzen, die ärztlichen Probleme zu erkennen und zu lösen und daß dies nur im praktischen Unterricht am Krankenbett möglich sei. Die Krankenstationen müßten daher, wie ROBERG (7) es formuliert hat, zu den wissenschaftlichen Laboratorien der klinischen Semester werden. Mit dieser Forderung ist aber die Frage noch nicht beantwortet, warum diese wissenschaftlichen Methoden nicht auch in theoretischen Vorlesungen vermittelt werden können?

Erst diese Frage führt zu dem zentralen Punkt, in dem die Bedeutung der Praxis als Motivationsfeld für die Ausbildung zum Arzt deutlich wird. Eine Antwort auf diese Frage lautet: In der Medizin muß das Studium, in weit höherem Maße als in vielen anderen Fächern, eine Vorbereitung für den Umgang mit der Unsicherheit der Berufssituation sein. Die bereits oben zitierten amerikanischen Untersuchungen (6) kamen aufgrund der Beobachtung der Tagebücher von Medizinstudenten zu dem Schluß, daß das Medizinstudium ein „training for uncertainty“ ist. Sie stellen fest, daß der Student lernen muß, mit drei Typen von Ungewißheit zu leben, um ärztlich arbeiten zu können:

1. Der Ungewißheit, die sich aus den Grenzen des heutigen medizinischen Wissens ergibt.

2. Der Ungewißheit, die aus der mangelnden Beherrschung des vorhandenen Wissens resultiert.

3. Der Ungewißheit, wie man diese beiden Unsicherheiten zu kombinieren hat.

Aber die Unsicherheit ist im ärztlichen Beruf nicht nur ein Moment, das der Arzt und die medizinische Wissenschaft irgendwann einmal überwinden müssen, sondern sie ist — wie man sagen könnte — berufsimmanent. Ich möchte das an einem Beispiel verdeutlichen:

Als Medizinstudent lernte ich einen erfahrenen Hamburger Neurologen kennen, der als gesuchter Konsiliarius Gelegenheit hatte, die verschiedensten Ärzte kennen zu lernen. Er sagte, es gäbe nur zwei Kategorien von Ärzten: die sicheren und die unsicheren, und er habe gelernt, daß man vor den sicheren Kollegen die meiste Angst haben müsse. Denn — so erläuterte er sein Urteil — in der Medizin gebe es nur zwei Situationen, in denen der Arzt sicher sein könne: Situationen, in denen er alles und Situationen, in denen er gar nichts weiß. Da in der Medizin aber Situationen, in denen man alles weiß, außerordentlich selten sind, sei die Sicherheit eines Kollegen der fast untrügliche Beweis für sein Unwissen.

Für das Ausbildungsziel bedeutet das Folgendes:

Der Arzt muß lernen, daß er seinen Diagnosen nie ganz vertrauen darf. Denn jede Diagnose birgt die Gefahr, daß er Symptome übersieht, die nicht in sein diagnostisches Schema passen. Diagnosen müssen also prinzipiell die Unsicherheit der ärztlichen Berufssituation einkalkulieren (8).

Damit ist nicht nur die Forderung erhoben, daß der Arzt sich und seinen Urteilen gegenüber kritisch eingestellt sein muß, es ist ein Moment des persönlichen Erlebens angesprochen, das für das Motivationsfeld des Medizinstudenten entscheidende Bedeutung hat: Erst die persönliche Erfahrung der Unsicherheit der ärztlichen Situation hat die Kraft, den Studenten aus der Passivität des Lernens und Sichbelehrenlassens herauszureißen und in ihm den Sinn der Verantwortung für sein eigenes Werden zum Arzt zu wecken. Nur in dieser Situation erlebt er, wie das theoretische Wissen, das er bisher nur für das Examen gelernt hatte, Orientierungshilfen gibt, mit denen er sich im Meer des Ungewissen behaupten und retten kann, oder mit anderen Worten, daß es das Werkzeug darstellt, mit dessen Hilfe die Probleme der ärztlichen Wirklichkeit gelöst werden können. Jetzt bemerkt er die Lücken in seinen Kenntnissen und weiß, warum und wofür er sie ausfüllen muß. Erst damit beginnt der Student, sich selbst zu bilden.

Dahinter steht ein prinzipielles Problem: Nämlich das der Anwendung des Allgemeinen auf den Einzelfall. Die Realität, mit der das Leben uns konfrontiert, besteht stets aus Einzelfällen. Jede Berufsausbildung muß daher das theoretische Wissen unter dem Gesichtspunkt lehren, wie es auf Einzelfälle anzuwenden ist. Für die Ausbildung zum Arzt hat dies Problem eine besondere Bedeutung, weil die Wirklichkeit des kranken Menschen — der ärztliche Einzelfall — immer nur stückweise in den theoretischen Konzepten der Medizin einzufangen ist.

Es ist für die Medizin weiter spezifisch, daß sie Bezugssysteme von einander widersprechenden Normen besitzt, die der Arzt ständig zu neuen praktikablen Kompromissen verschmelzen muß. So verlangt zum Beispiel eine wissenschaftliche Maxime seiner Ausbildung, daß er sein Urteil solange zurückzustellen hat, bis der wissenschaftliche Beweis für die Richtigkeit erbracht ist. Mit dieser Maxime muß er aber die gegensätzliche Forderung in Einklang bringen, Entscheidungen auch dann nicht hinauszuschieben, wenn der wissenschaftliche Beweis noch aussteht. MERTON (6) stellt eine lange Liste solch gegensätzlicher Normen auf.

Das Problem der Anwendung des Allgemeinen auf den Einzelfall oder der Theorie auf die Praxis hat für das Problem des Unterrichts also zwei Aspekte:

1. Der eine betrifft das Problem der Wissensvermittlung. Hier haben neuere Untersuchungen die Bedeutung der Problemlösung für den Lernprozeß in den Mittelpunkt des Interesses gerückt. Sie haben gezeigt, daß Informationen, die im Zusammenhang mit der Lösung eines Problems erworben werden, sehr viel fester im Gedächtnis haften, als Informationen, die man sich in theoretischen Vorlesungen aneignet. Dabei spielen emotionale Momente eine wichtige Rolle:

Je mehr sich der Lernende mit den Problemen identifiziert, die er lösen muß, um so fester werden die Informationen in seinem Gedächtnis haften.

2. Damit ist bereits der zweite Aspekt des Problems angesprochen, der die Frage der Identifikation des Medizinstudenten mit seinem künftigen Beruf betrifft. Zu diesem Problem haben Untersuchungen einer Forschungsrichtung, die in den USA die Bezeichnung „*Sociology of Medical Education*“ trägt, wichtige Beiträge geliefert. Daraus geht hervor, daß man zwischen „Unterricht“ und „Ausbildung“ unterscheiden muß. Der Begriff „Unterricht“ meint in erster Linie die Vermittlung von Wissen und technischen Fertigkeiten, während der Begriff „Ausbildung“ einen Sozialisierungsprozeß zum Gegenstand hat, in dem ein medizinischer Laie in einen Arzt, das heißt, das Mitglied einer besonderen Subkultur und zugleich in einen spezifischen Rollenträger der Gesellschaft verwandelt wird (12). Die oben bereits erwähnten Untersuchungen (6) betonen, daß die Medizinischen Fakultäten nicht nur Können und Wissen, sondern auch die Werte und Normen einer bestimmten Subkultur vermitteln. Diese Werte und Normen sind entscheidend für das Selbstbild und das Selbstverständnis des Arztes. Sie bestimmen sein künftiges Verhältnis zu den Patienten und seine Beziehungen zur ärztlichen und gesellschaftlichen Gemeinschaft, in der er wirkt. Hier vollzieht sich für den künftigen Arzt etwas entscheidend Wichtiges, etwas, das man als Integration seines Ich in die Rollenerwartungen und Rollenstandards einer spezifischen Subkultur bezeichnen kann, wenn man unter Integration den Prozeß versteht, der — nach ERIKSON — „das Individuum befähigt, innere und äußere Gefahren zu antizipieren und es in die Lage setzt, seine Anlagen mit den gegebenen sozialen Möglichkeiten zu integrieren“. Damit erwirbt — wie ERIKSON es ausdrückt — das Individuum ein Gefühl kohärenter Individuation und Identität: „Man selbst zu sein, in Ordnung zu sein, auf dem besten Wege zu sein, das zu werden, wofür andere Menschen einen in den glücklichsten Momenten halten“ (9).

Damit wird aber die Frage entscheidend, ob und wann man den Studenten Gelegenheit gibt, als Ärzte zu handeln, denn, „so paradox es klingen mag, Arzt kann man nur werden, wenn man hinreichend Gelegenheit hat, Arzt zu sein“ (12).

ROHDE (12) referiert die Untersuchungen BLOOM's über den Status des Medizinstudenten innerhalb des Hochschulsystems. Dabei geht es um die Frage, ob der Mediziner als Schuljunge im weißen Kittel (boy in white) behandelt wird, oder ob man ihn als Arztlehrling (student-physician) akzeptiert. ROHDE faßt die Problematik folgendermaßen zusammen:

„Gilt der Medizinstudent innerhalb des Ausbildungssystems als Schüler, der büffeln und sich intellektuellen Feuerproben unterwerfen muß, um durchzukommen“ oder akzeptiert ihn das System als „jungen Kollegen“ als „Junior-Partner“ der Profession, der bereits — wenn auch partiell — an den Privilegien solcher Mitgliedschaft teilhat und ihrer im Verlauf der Ausbildung immer mehr teilhaftig wird?“

ROHDE stellt dann fest: „Daß unser herkömmliches und noch immer gegenwärtiges Unterrichtssystem den Studenten als „boy in white“ definiert, aber nicht als Junior-Partner der Profession, obwohl die Ideologie von der Gemeinschaft der Lehrenden und Lernenden über den Wassern schwebt, mit denen an unseren Fakultäten gekocht wird“. Er betont, daß die freigiebige Verwendung der Anrede „Kollege“ gegenüber Medizinstudenten nicht darüber hinwegtäuschen dürfe, daß damit kein Kollegialstatus konstituiert wird, sondern, daß es für den Studenten nach wie vor darauf ankommt, sich das theoretische Wissen anzueignen, das notwendig ist, um die Klippen des Examens zu überwinden.

V. Das Problem der Praxis in den Reformbestrebungen der Gegenwart

Inzwischen ist der Reformbegriff, der fast 20 Jahre lang ein kontroverses und recht theoretisches Diskussionsthema der Medizinischen Fakultäten bildete, fast über Nacht zu einer Art Schlagwort geworden, unter dem die verschiedensten politischen und ökonomischen Forderungen erhoben werden. Demgegenüber ist hervorzuheben, daß alle ernst zu nehmenden Definitionen des Terminus „Reform“ sich an dem Begriff der Praxis orientieren und das heißt in der Medizin: Forderung nach einem Unterricht in den Laboratorien und am Krankenbett. Dabei gibt man sich Rechenschaft, daß dieser Unterricht nur in kleinen Gruppen verwirklicht werden kann, in denen der Einzelne Gelegenheit hat, durch „learning by doing“ sich in der Lösung von Problemen des ärztlichen Berufes zu üben.

Die Forderung nach einem Unterricht mit praktischen Übungen in kleinen Gruppen findet sich in den Reformplänen der Studenten, den Verlautbarungen des deutschen Ärztetages und in den Gründungsdenkschriften für neue Medizinische Fakultäten als zentrales Thema. Wo mit diesem Gedanken ernst gemacht wird, beginnt sich aber auch die Einsicht durchzusetzen, daß die derzeitige

Struktur unserer Universitätskliniken und Institute für einen modernen medizinischen Unterricht nicht geeignet ist. Neue Formen des Unterrichts lassen sich im alten Gehäuse nur mit Widerständen und Hindernissen durchführen, die kaum zu überwinden sind. Hier zeigt sich, daß eine scheinbar recht geringfügige Akzentverschiebung im Medizinstudium weitreichende und geradezu umwälzende Konsequenzen für die Organisationsformen unserer Fakultäten, Kliniken und Institute hat.

Es ist ein Verdienst, das man dem Wissenschaftsrat nicht hoch genug anrechnen kann, daß er diese Zusammenhänge gesehen und die Konsequenzen daraus gezogen hat. In den Empfehlungen des Wissenschaftsrates zur Neuordnung des Medizinunterrichts aus dem Jahre 1966 (10) spielt die Forderung, den theoretischen Unterricht zugunsten einer praktischen Ausbildung im Laboratorium und am Krankenbett zu reduzieren, eine zentrale Rolle. Am deutlichsten kommt das in der Forderung zum Ausdruck, die Medizinalassistentenzeit, die heute nach dem Staatsexamen, also außerhalb der Verantwortung der Fakultäten abgeleistet wird, durch ein sogenanntes „Internatsjahr“ vor dem Staatsexamen zu ersetzen, für das die Fakultäten die Verantwortung übernehmen. In diesem Jahr sollen die Studenten ganztägig auf den Krankenstationen verschiedener Kliniken arbeiten und dabei lernen, das theoretische Wissen auf die praktischen Probleme des ärztlichen Alltags anzuwenden. Um die Studenten nicht durch Vorbereitung auf das Schlußexamen von der praktischen Tätigkeit abzuhalten, soll das Staatsexamen, das heute noch als Mammutveranstaltung am Ende des Studiums durchgeführt wird, in drei Abschnitte zerlegt werden, von denen zwei bereits vor Beginn des Internatsjahres liegen.

Aber auch schon vor dem Physikikum sollen die Studenten, mehr als heute, in kleinen Gruppen in den Laboratorien arbeiten und der theoretische Unterricht soll auf die praktische Tätigkeit ausgerichtet sein.

Die Erfüllung dieser Empfehlungen hat zwei Konsequenzen:

1. Die Zahl der am Unterricht beteiligten Dozenten und Assistenten muß erheblich vermehrt werden,
2. die Kapazität der Fakultäten für Medizinstudenten wird trotz dieser Maßnahmen reduziert.

Die Tatsache, daß der Wissenschaftsrat die Forderung, den Unterricht zugunsten der praktischen Ausbildung zu reformieren, trotz dieser Konsequenzen in einem Zeitpunkt erhebt, in dem auch die Medizinischen Fakultäten von dem Massenandrang der Studenten überflutet werden, zeigt die Bedeutung, die er dem Reformproblem beimißt. Man hat eingesehen, daß hier ein Nachholbedarf vorliegt, den man nicht länger vor sich herschieben kann. Die Einsicht, daß jedes Unterrichtssystem bestimmte Konsequenzen für die Zahl der Studenten, der Dozenten und Assistenten, wie der benötigten Krankenbetten hat, ist nur in der Bundesrepublik relativ neu. In den USA ist die Relation zwischen Unterrichtssystem und der Zahl der Studenten, Assistenten und Krankenbetten seit Jahren die Grundlage für die Planung neuer Medical-Schools. Dort weiß man,

daß die große Vorlesung, an der man in Deutschland noch vielfach mit großer Zähigkeit und oft sehr fragwürdigen Argumenten hängt, eine Unterrichtsform ist, die einen besonders geringen Lehreffekt hat. Ihre Berechtigung liegt in zusammenfassenden Übersichtsreferaten, die, sparsam verwendet, durchaus sinnvoll sein können, oder in theoretischen Vorbereitungen für nachfolgende praktische Kurse. Darüberhinaus ist man in den USA aber der Meinung, daß die große Vorlesung — die „amphitheater lecture“ — eine Unterrichtsform für „arme Fakultäten“ sei, die sich einen Unterricht in kleinen Gruppen, der mehr Lehrpersonal erfordert, nicht leisten können.

In den Empfehlungen zur Struktur und zum Ausbau der Medizinischen Forschungs- und Ausbildungsstätten (11) zieht der Wissenschaftsrat die praktischen Konsequenzen aus den Forderungen nach Unterrichtsreform. Er gibt detaillierte Definitionen, was in den verschiedenen Fächern unter „kleinen Gruppen“ zu verstehen ist. Er gibt auch konkrete Schlüsselzahlen für das Verhältnis zwischen Studenten, Dozenten, Assistenten auf der einen Seite und Patienten auf der anderen. Damit wird es zum ersten Mal möglich, die Ausbildungskapazität einer Medizinischen Fakultät zu berechnen. Dafür werden bestimmte Ausbildungsmodelle entworfen, in denen der Unterricht in praktischen Kursen und in kleinen Gruppen durchgeführt wird. So heißt es zum Beispiel (Seite 81):

„Das Modell sieht vor, daß die Zahl der Teilnehmer an den Lehrveranstaltungen in kleinen Gruppen der vorklinisch- und klinisch-theoretischen Fachrichtungen im allgemeinen 20 beträgt. Für einzelne Lehrveranstaltungen sind (jedoch) kleinere Teilnehmerzahlen notwendig und vorgesehen: 10 Teilnehmer für das physiologische, das biochemische und das pharmakologische Praktikum, sowie für die Demonstrationen in der pathologischen Anatomie. 12 Teilnehmer für den pathologischen Sektionskurs. Für die klinischen Untersuchungskurse und die klinische Visite sind im allgemeinen 3 Teilnehmer je Gruppe angesetzt . . .“.

Zur Berechnung der für die Durchführung des Unterrichts erforderlichen Stellen für Professoren, Dozenten und Assistenten wird von einer bestimmten Lehrbelastung ausgegangen, die in Wochenstunden angegeben wird. Daraus errechnet sich ein Mehrbedarf an Stellen, der mit etwa 40 % der vorhandenen Stellenzahlen von 1967 angegeben wird.

Meine Damen und Herren!

Diese Zahlen zeigen, welche Konsequenzen ein scheinbar so theoretisches Problem der Bedeutung der Praxis für den Unterricht für die ökonomische und finanzielle Wirklichkeit unserer Gesellschaft hat. Theorie und Praxis lassen sich in der Medizin und in der Ausbildung zum Arzt nicht trennen. Diese Einsicht ist der Kern aller echten Reformbestrebungen in der Medizin.

Literatur

1. FRIEDRICH VON SCHILLER: In „Was heißt und zu welchem Zweck studiert man Universalgeschichte? (Antrittsvorlesung, Jena 1789).
2. WILHELM VON HUMBOLDT: Zitiert nach HELMUTH SCHELSKY „Einsamkeit und Freiheit, Idee und Gestalt der deutschen Universität“ rde 171/72, Seite 82, Reinbek 1963. Der angezogene Text lautet im Original: „Der Universität ist vorbehalten, was nur der Mensch durch und in sich selbst finden kann, die Einsicht in die reine Wissenschaft. Zu diesem Selbst — actus im eigentlichsten Verstand ist notwendig, Freiheit und hilfreiche Einsamkeit, und aus diesen beiden Punkten fließt zugleich die ganze äußere Organisation der Universitäten“. „Unmaßgebliche Gedanken über den Plan zur Einrichtung des Litauischen Stadtschulwesens“ Werke IV, S. 187, Darmstadt, 1964.
3. EDUARD SPRANGER: „Wilhelm von Humboldt und die Reform des Bildungswesens“, zitiert nach Helmuth Schelsky: „Bildung und wissenschaftliche Zivilisation“ Soziale Welt, XIII, Heft 3/4 (1962).
4. JOHANN GOTTLIEB FICHTE: „Deduzierter Plan einer zu Berlin zu errichtenden höheren Lehranstalt, die in gehöriger Verbindung mit einer Akademie der Wissenschaften stehe“ (1807) „Idee und Wirklichkeit einer Universität“, Dokumente zur Geschichte der Friedrich-Wilhelm-Universität zu Berlin, Wilhelm Weischedel, Berlin 1960. Der Originaltext lautet (Seite 41/42): „Dem Gelehrten aber muß die Wissenschaft nicht Mittel für irgendwelchen Zweck, sondern sie ihm Selbstzweck werden; er wird einst als vollendeter Gelehrter... in jedem Falle allein in der Idee die Wurzel seines Lebens haben und nur von ihr aus die Wirklichkeit erblicken und nach ihr sie gestalten und fügen, keineswegs aber zugeben, daß die Idee nach der Wirklichkeit sich füge und er kann nicht zu früh in dieses, sein eigentümliches Element sich hineinleben und das widerwärtige Element abstoßen“...
„Jener bekannte Einwurf gegen große Universitätsstädte, daß in ihnen die Studierenden von einem Hörsaal zum anderen zu weit zu gehen hätten, möchte sonach nicht der tiefste sein, den man vorbringen könnte, und er möchte sich eher beseitigen lassen, als das höhere Übel der Verfließung des studierenden Teiles, des gemeinsamen Wesens mit der allgemeinen Masse des gewerbetreibenden oder dumpf genießenden Bürgertums... Mehr als jemals würde hierauf Rücksicht zu nehmen sein in einem Zeitalter, welches in dringendem Verdacht einer beinahe allgemeinen Verbürgerlichung steht“.
5. FRITZ HARTMANN: „Gestaltung ärztlicher Ausbildung heute“ Alma mater philippina, Marburg 1964.
6. R. K. MERTON, G. G. READER, P. KENDALL: „The student physicians“ introductory studies in the sociology of medical-education, Cambridge, 1957.
7. NORMAN, B. ROBERG: „Lehren und Lernen am Krankenbett“, DMW, 90. Jg. Nr. 21, 1965.
8. THURE VON UEXKÜLL: „Die Pathogenese der Fehldiagnose“ Vortrag vor der Medizinischen Fakultät in Hamburg, 1965.
9. ERIK, H. ERIKSON: „Kindheit und Gesellschaft“, Zürich 1957, S. 15.
10. *Empfehlungen des Wissenschaftsrates zur Neuordnung des Medizinstudiums* (1966).
11. *Empfehlungen des Wissenschaftsrates zur Struktur und zum Ausbau der medizinischen Forschungs- und Ausbildungsstätten* (1968).
12. J. J. ROHDE: Probleme des Medizinunterrichts, Bericht über die Tagung der Arbeitsgruppe Hochschuldidaktik Untergruppe Medizin am 20. Oktober 1967 in Ulm — Verlag Urban & Schwarzenberg (1968) Seite 28—44.

13. Medical Education in the United States and Canada, Report to the Carnegie Foundation for the advancement of teaching, by ABRAHAM FLEXNER, with an introduction by HENRY S. PRITCHETT, President of the Foundation, Bulletin No. 4, D. B. Updike, The Merrymount Press, Boston.
14. Medical Education in Europe, Report to the Carnegie Foundation for the advancement of teaching, by ABRAHAM FLEXNER, with an introduction by HENRY S. Pritchett, President of the Foundation, Bulletin No. 6, D. B. Updike, The Merrymount Press, Boston.
15. Journal American Medical Association, April 1, 1911, S. 995, in dem Bericht der National Confederation of State Medical Examining and Licencing Boards, und in verschiedenen Nummern dieser Zeitschrift, die regelmäßig über diese Tagungen berichtet.