

Aerztliche Ausbildung und ärztlicher Beruf : elf Jahre Curriculumreform an der Medizinischen Fakultät Bern

Autor(en): **Pauli, Hannes G.**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Bulletin / Vereinigung Schweizerischer Hochschuldozenten = Association Suisse des Professeurs d'Université**

Band (Jahr): **9 (1983)**

Heft 1

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-894251>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Aerztliche Ausbildung und ärztlicher Beruf:
Elf Jahre Curriculumreform an der Medizinischen Fakultät Bern

von Hannes G. Pauli

1. Aerztliche Ausbildung: Trends und Realisationen

Drei Aspekte bestimmen im wesentlichen den Rahmen und die Entwicklung der ärztlichen Ausbildung: das Berufsfeld, die Berufsstruktur und ein vergleichsweise hoher Studienaufwand. Das ärztliche Berufsfeld ist charakterisiert durch ein aus sozialen und umweltbezogenen Gründen sich stark wandelndes Anforderungsprofil (Schaefer 1979). Im ärztlichen Beruf stehen ein hohes Mass von Autonomie einerseits (Freidson 1975) sowie eine zunehmende Arbeitsteilung andererseits (Schipperges 1975) im Vordergrund. Die Kosten für das Medizinstudium stellen einen wesentlichen Anteil des universitären Aufwandes dar, und die Oeffentlichkeit ist relativ stark an diesem Studium interessiert, insbesondere bezüglich der Ausbildung zukünftiger praktizierender Aerzte. Angesichts der Aehnlichkeit dieser drei Determinanten in industrialisierten Ländern haben sich Studienreformbestrebungen weltweit gleichartige Ziele gesetzt. Im Vordergrund stehen dabei die Anwendung von bildungswissenschaftlich begründeten Methoden des Lernens - etwas im Gegensatz zur traditionellen unidirektionalen Kenntnisvermittlung - und damit verbunden eine interdisziplinäre Koordination und Integration der Programme. In inhaltlicher Hinsicht geht es um eine vermehrte Ausrichtung auf Bedürfnisse und Erwartungen an ärztlichen Versorgungsleistungen, die sich aus den Erkenntnissen der medizinischen Epidemiologie und der Erforschung des Gesundheitswesens ableiten

lassen. Historisch ist dabei eine Verlagerung des Schweregewichtes vom Didaktisch-methodischen (dem WIE der Ausbildung) zum gesundheitspolitisch Relevanten (dem WAS der Ausbildung) zu beobachten (Miller 1980).

Bemühungen um eine Reform der ärztlichen Ausbildung in der Schweiz liegen zwischen diesen beiden Zielsetzungen. Sie fanden ihren Höhepunkt zu Ende der sechziger Jahre, als die medizinischen Fakultäten einem Rahmenplan für eine Neuordnung des Medizinstudiums verbindlich zustimmten. Aufgrund einer temporären Lockerung der eidgenössischen Bestimmungen (Reglement für die eidgenössischen Medizinalprüfungen), die der Bewilligung ärztlicher Praxisausübung zugrundeliegen, standen dabei folgende Ansätze einer Studienreform im Vordergrund (SMIFK 1969):

1. Die Förderung eines Methodenpluralismus in der Ausbildung während einer ca. sechsjährigen Experimentierphase, gefolgt von einer systematischen Auswertung
2. Die Festlegung von gesamtschweizerisch verbindlichen Ausbildungszielen
3. Eine Verkürzung des Studiums, vor allem durch:
4. Integration und zunehmende Interdisziplinarität der Studieninhalte
5. Eine Intensivierung des Lernens während der praktischen ärztlichen Tätigkeit
6. Die Einführung des Wahlstudienjahres sowie von
7. als "objektiv" bezeichneten Examenverfahren.

Der zur Zeit der Proklamation dieses Rahmenplanes bestehende innovative Enthusiasmus im Bildungsbereich hat in der Folge eine deutliche Dämpfung erfahren. Trotzdem kam es zu einigen gesamtschweizerischen Realisationen; darüber wurde anderswo berichtet (Noack 1980). Im Rahmen der schweizerischen medizinischen Fakultäten wurden in Bern vergleichsweise am weitesten reichende curriculare Veränderungen realisiert. In der Folge sollen die letzteren kursorisch beschrieben und sodann exemplarisch auf ein für die ärztliche Handlungsfähigkeit¹⁾ bedeutsames Lehrangebot, den Kleingruppenunterricht

¹⁾ Der Begriff Handlungsfähigkeit ist hier im Sinne des dritten Ausbauberichtes des Schweizerischen Wissenschaftsrates zu verstehen (SWR 1978).

mit Patienten, eingegangen werden.

2. Die Ausbildung an der Medizinischen Fakultät der Universität Bern

Das Studienprogramm erstreckt sich über sechs Jahre:

- die zweijährige vorklinische Phase mit Vorexamina nach je dem ersten und zweiten Jahr
- ein Jahr klinische Grundlagenausbildung, abgeschlossen durch das dritte Vorexamen
- zwei Jahre "Blockunterricht" an Kliniken, Spitälern und Instituten, abgeschlossen durch einen ersten Teil des Fachexamens
- ein Wahlstudienjahr, gefolgt durch den zweiten Teil des Fachexamens²⁾.

Die Neuorientierung des vorklinischen Studiums, das von zuvor fünf Semestern auf zwei Jahreskurse verkürzt wurde, betraf vor allem eine vermehrte Integration naturwissenschaftlicher (Schwergewicht erstes Jahr) und humanbiologischer (Schwergewicht zweites Jahr) Inhalte. Dazu kommen zunehmend gewisse einführende und orientierende Angebote auf einer mehr allgemeinen Ebene (Einführung in das schweizerische Gesundheitswesen, insbesondere die Arztpraxis). Die traditionellen Lehrverfahren (Vorlesung und fachorientierte Praktika) wurden dabei im wesentlichen beibehalten.

Dem dritten (ersten klinischen) Jahr ist ein einwöchiger Einführungskurs (Ueberblick über Belange der Patienten, über ärztliche Praxen, Spital und Fürsorge) vorangestellt.

Während dieses Jahres ist die Unterrichtszeit zu je ca. einem Drittel in den Gruppenunterricht (s.u.), in klinisch-theoretische Vorlesungen (Krankheitsmechanismen, theoretische

2) Mit dem Bestehen sämtlicher eidgenössisch reglementierter Examina in der angeführten Reihenfolge wird schweizerischen Absolventen das Recht zur ärztlichen Praxisausübung im Bereich der Eidgenossenschaft erteilt.

Grundlagen von ärztlichen Arbeitsmethoden) und Vorlesungen und Kurse in den klinischen Grundlagenwissenschaften (Pathologie, Mikrobiologie und Pharmakologie) aufgeteilt.

In den nun folgenden vierten und fünften Schuljahren führen die Studierenden im wesentlichen das Dasein eines "Lehrlings" bzw. eines "fahrenden Gesellen" auf klinischen Abteilungen und an einzelnen für die klinische Medizin wichtigen Instituten (klinische Laboratorien, Pathologisches Institut). Im ersten Jahr sind dies Institutionen der Fakultät und der Stadt. Im zweiten Jahr sind auch "periphere" Spitäler in Aarau, Baden, Biel, Burgdorf, Langenthal, Luzern, Münsingen, Olten und Solothurn miteinbezogen.

Die Organisation des studentischen Lehrlingsdaseins ist weitgehend den betreffenden Institutionen überlassen, an denen sich die Studierenden in zwei- bis neunwöchigen "Block"-perioden aufhalten. Vorlesungen in den klinischen Fächern finden während acht Wochen vor Beginn und während vier Wochen nach Beendigung dieser Studienperiode statt. Demonstrationen von ausgewählten Patienten der Universitätskliniken können, soweit es die örtlichen Verhältnisse gestatten, während dieser ganzen Studienphase besucht werden.

Im sechsten Studienjahr (Wahlstudien) können sich die Studierenden für zehn Monate einen individuellen Lehrgang aus einer Auswahl von gegenwärtig rund 260 Programmen und 60 Lehrstellen in Arztpraxen zusammenstellen. Die Liste umfasst Angebote von Spitälern im In- und Ausland, von wissenschaftlichen Instituten, von sozialen Institutionen und von ärztlichen Praxen in der Schweiz. Die Studierenden haben ausserdem die Möglichkeit, im Angebotskatalog nicht angeführte Institutionen als Studienplatz vorzuschlagen. Wenn ein solches Programm gewissen Randbedingungen genügt, wird es durch die entsprechende Arbeitsgruppe der Fakultät als anrechenbar erklärt und oft später in den Katalog des Wahlstudienjahres aufgenommen. In den letzten zwei Monaten dieses Jahres können noch Fachseminarien an der Fakultät besucht werden.

Seit Beginn der Studienreform wurde die Universitäts-Spitalsbibliothek den Studierenden zugänglich gemacht. Zunehmend werden auch audiovisuelle Selbstlernprogramme benutzt, vor allem seit die fakultäre Abteilung für Unterrichtsmedien ein zentrales "Lernlaboratorium" eingerichtet hat, in dem Arbeitsplätze mit Wiedergabegeräten und die entsprechenden Lernprogramme (momentan rund 500) zur Verfügung stehen.

2.1 Zum Beispiel: Der Gruppenunterricht

Der Einführung des Gruppenunterrichts lagen sowohl eine didaktische als auch eine berufssoziologische Arbeitshypothese zugrunde.

Für die Eignung gruppenspezifischer Verfahren im Hochschulbereich allgemein sprechen eine Reihe von empirischen Studien. Sie beziehen sich sowohl auf Lernprozesse im kognitiven Bereich unter Einschluss komplexerer Funktionen (höherer taxonomischer Ebenen) wie Anwendung, Analyse, Synthese und Evaluation, als auch auf Persönlichkeits-, Einstellungs- und Verhaltensänderungen (Küchler 1979). Die traditionelle ärztliche Ausbildung ist, angesichts einer gewaltigen Vermehrung von medizinisch-wissenschaftlichen Daten in einer ständig wachsenden Zahl von Spezialgebieten, verbunden mit einem gewissen Totalitätsanspruch an die ärztliche Kompetenz, stark auf systematische Kenntnisvermittlung ausgerichtet. Kritische Analysen ärztlicher Handlungskompetenz betonen vor allem Mängel in den erwähnten komplexeren kognitiven als auch in den nichtkognitiven Bereichen (Cartwright 1967, 1979). Das Verhältnis zwischen ärztlichen Betreuern und Betreuten lässt auf mannigfache Unterschiede von Gesundheits- und Krankheitsbegriffen zwischen diesen beiden Gruppen schließen (Pauli 1980). Diese grundsätzlichen Überlegungen legten sowohl ein möglichst frühzeitiges Angebot von gruppenspezifischen Lernprozessen, als auch einen engen Kontakt mit Patienten nahe. Unterrichtserfahrungen im ärztlichen Bereich haben ausserdem die Bedeutung des Problemlösungsansatzes erhärtet

(Barrows 1980). Problemlösen lernen - anstelle von Problemlösungen lernen! - heisst im medizinischen Berufsfeld, den Gesundheitszustand eines Menschen durch Gespräch, Beobachtung und Untersuchung zu erheben, für das vorliegende Problem Erklärungen und für Lösungsansätze die Grundlagen zu suchen, (nicht zu kennen...). Mit anderen Worten, die Studierenden haben sich während der Ausübung der beruflichen Tätigkeit die Instrumente dazu anzueignen. Dabei wird auf der vorbestehenden Fähigkeit (vor allem Fähigkeit zum Kommunizieren und zum Beobachten) von "Laien" aufgebaut und spezifische Kenntnisse, Fertigkeiten und Einstellungen im Verlaufe solcher Problemlösungsprozesse erworben. Unter diesen Perspektiven wurde 1971 an der Berner Fakultät eine erste Studentengruppe im ersten klinischen Studienjahr in den Gruppenunterricht aufgenommen. Abgesehen von einer einwöchigen Einführung (s.o.) werden nun nicht mehr - wie vordem - zunächst klinisch-theoretische Grundkenntnisse und Fertigkeiten ärztlichen Handelns vermittelt. Die Studierenden werden vielmehr mit dem Patienten als ganzer Person, als "Problemträger" zusammengebracht (während sie sich vordem auf bestimmte Organe oder Organsysteme zu konzentrieren hatten). Dieses ärztliche Handeln findet in Gruppen à 5-6 Studierenden unter Betreuung durch einen Tutor statt. Tutoren sind erfahrene Assistenzärzte, Oberärzte, Dozenten sowie praktizierende Aerzte. Sie haben eine vorwiegend unterstützende Funktion auszuüben. Zu Beginn des Studienjahres geht es vor allem um die Aufnahme eines Kontaktes mit dem Patienten und um das Gespräch; im Verlaufe des Jahres werden zunehmend die gelernten Untersuchungsmethoden angewandt. Tutoren werden in ihre Aufgabe mittels schriftlichen Unterlagen und nur gelegentlich durch Veranstaltungen, an denen Gesprächsführung und Untersuchungsmethodik zur Sprache kommen, eingeführt.

3. Einige Resultate

Es würde den Rahmen dieser kurzen Beschreibung sprengen, auf Meinungen, Erhebungen und Erfolgsindizes zum Studienprogramm der Berner Fakultät als Ganzes einzugehen.

Generell konnte bisher festgestellt werden, dass die Studierenden diesem Studiensystem eher positiv gegenüberstehen als die verantwortlichen Dozenten und Tutoren. Patienten werden vermutlich durch diese "ganzheitliche" Orientierung des Ausbildungsbetriebes in psychologischer Hinsicht weniger belastet als durch die früheren "Untersuchungskurse".

Die studentischen Meinungen zu den unterschiedlichen Unterrichtsprinzipien sind differenziert und erstaunlich konsistent. Die Ergebnisse einer Befragung von Studierenden des dritten Studienjahres im Hinblick auf drei Ausbildungsziele sind in Abb. 1 zusammengefasst. Sie legen zwei Schlussfolgerungen nahe: erstens scheint die unterschiedliche Bedeutung, die den einzelnen Unterrichtsformen bzw. Lernsituationen im Hinblick auf drei ausgewählte Zielkategorien beigegeben wurde, auf mangelnde Zusammenhänge zwischen diesen Zielen hinzuweisen. Daraus können insbesondere vor Prüfungen Konflikte bei der Studiengestaltung entstehen. Zweitens zeigte sich, dass die Studierenden dem Selbststudium und dem Gruppenunterricht mit Abstand die grösste Bedeutung im Hinblick auf die Ziele des dritten Studienjahres zumessen (Bangerter und Noack 1981).

Aus Abb. 2 lassen sich einige Urteile von Studierenden und Tutoren zu den allgemeinen Resultaten des Gruppenunterrichtes ablesen. Es geht daraus hervor, dass Studierende und Tutoren Vorteile und Schwächen des Gruppenunterrichtes in einer ähnlichen Rangreihenfolge beurteilen, wobei die positiveren Einschätzungen der Studierenden in einer Mehrzahl der geprüften Dimensionen überwiegen.

Dozenten und Tutoren sind vor allem durch den Aufwand dieses Studiensystems beeindruckt. Die häufige Unterrichtsbelastung neben intensiver Beanspruchung im Spital und teilweise im

Forschungsbetrieb mag vielerorts ermüden und demotivieren. Vermehrte didaktische Erfolgserlebnisse durch eine intensivere entsprechende Schulung von Tutoren könnten die Motivation heben. Hier wird es darum gehen, Aufwand und Resultate sorgfältig gegeneinander abzuwägen.

4. Schlussbemerkung

Lerner-, praxis- und patientenorientierte Curricula der ärztlichen Ausbildung wie das hier beschriebene sind im allgemeinen Neugründungen von Medizinschulen vorbehalten (Katz und Fülöp 1978, 1980). Die Entwicklung an der 150 Jahre alten Fakultät Bern bildet hier eine Ausnahme. Elf Jahre nach erfolgter Studienreform scheint dieses System Bestand zu haben. Inwieweit ein gegenüber traditionellen Studiensystemen erhöhter didaktischer Aufwand aufrechtzuerhalten - sowie zum Teil noch zu erbringen - ist, wird die weitere Zukunft weisen.

Literatur:

Bangerter, Ch. und Noack, H. (1981) Der klinische Gruppenunterricht im Urteil von Studenten und Tutoren. Projektbericht, Institut für Ausbildungs- und Examensforschung der Medizinischen Fakultät Bern

Barrows, H.S. and Tamblyn, R.M. (1980) Problem-based Learning. Springer, New York

Cartwright, A. (1967) Patients and Their Doctors. A Study of General Practice. Routledge and Keagan Paul, London

Cartwright, A., Anderson, R. (1979) Patients and their Doctors 1977. J. Roy. Coll. Gen. Pract. Occasional Paper

Freidson, E. (1975) Dominanz der Experten. Zur sozialen Struktur medizinischer Versorgung. (Deutsche Uebersetzung hrsg. durch Rohde, J.J. in Medizin und Sozialwissenschaften 3). Urban & Schwarzenberg, München

Katz, F.M. und Fülöp, T., Hrsg. (1978, 1980) Personnel for Health Care: Case Studies of Educational Programmes. Public Health Papers, Geneva (No. 70, 1978, No. 71, 1980)

Küchler, J. (1979) Gruppendynamische Verfahren in der Aus- und Weiterbildung. Kösel, München

Miller, G.E. (1980) Educating Medical Teachers. Harvard University Press, Cambridge

Noack, H. (1980) Prüfungsreform und Ausbildungsreform in der Medizin. Zeitschrift für Hochschuldidaktik 4, Sonderheft 2

Pauli, H.G. (1980) Begriffe von Gesundheit und Krankheit als Grundlagen der ärztlichen Versorgung und Ausbildung sowie der medizinischen Wissenschaft und Forschung. Schweizerische Aerztezeitung 61, 3312-3324

Schaefer, H. (1979) Plädoyer für eine neue Medizin. Piper, München

Schipperges, H. et al. (1975) Medizinische Dienste im Wandel. Witzstrock, Baden-Baden

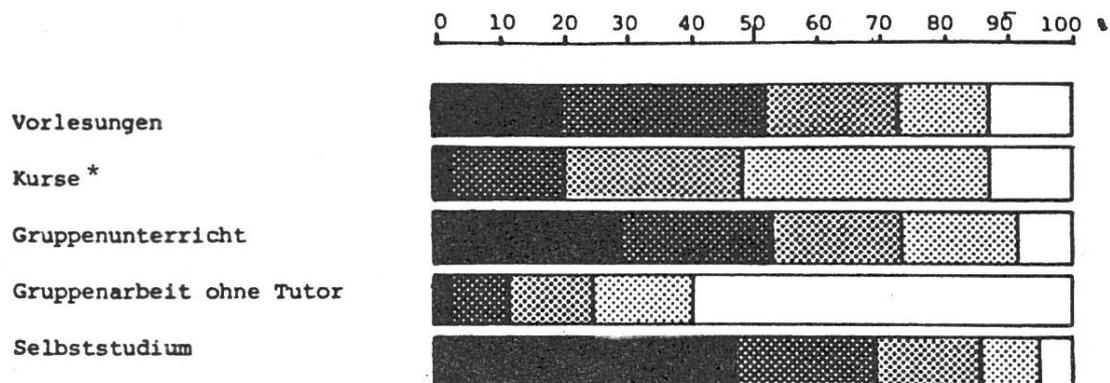
SMIFK Schweizerische Medizinische Interfakultätskommission (1969) Die Neukonzeption des Medizinstudiums in der Schweiz. Schweizerische Aerztezeitung 50, 1180-1185

SWR Schweizerischer Wissenschaftsrat (1978) Dritter Bericht über den Ausbau der schweizerischen Hochschulen. Beitrag zu einer bildungspolitischen Gesamtperspektive. Schweizerischer Wissenschaftsrat, Bern

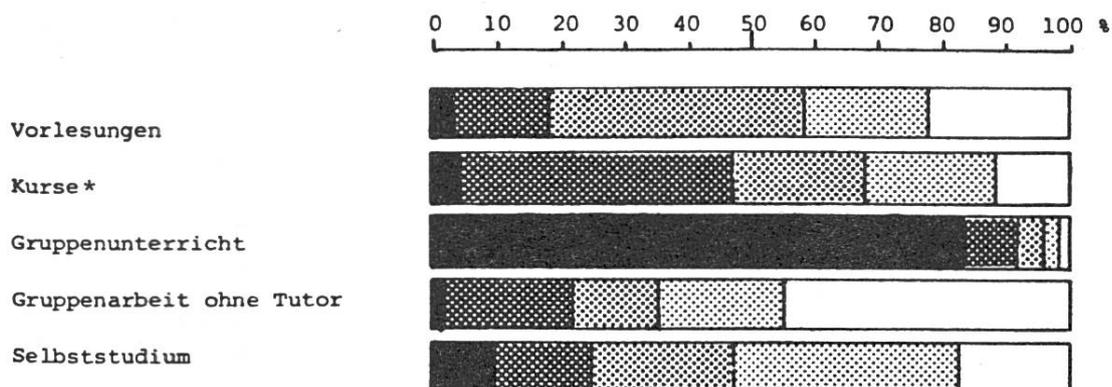
Abbildung 1: Bewertung verschiedener Unterrichtsformen durch 150 Studenten im 3. Studienjahr an der Medizinischen Fakultät Bern (aus Bangerter und Noack 1981)

UNTERRICHTSFORM/
LERNSTUATION

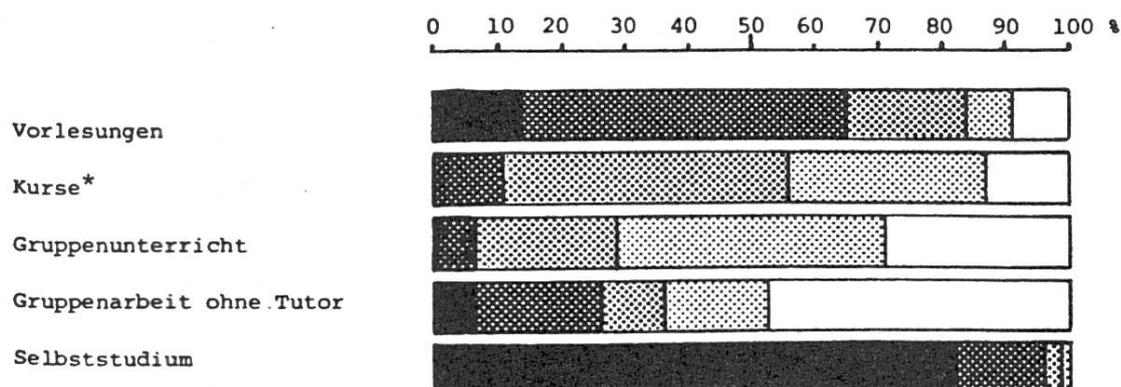
ZIEL: VERSTAENDNIS KLINISCHER PROBLEME



ZIEL: LOESUNG PRAKTISCH-KLINISCHER AUFGABEN



ZIEL: VORBEREITUNG AUF KLINISCHE GRUNDFACHPRUEFUNG



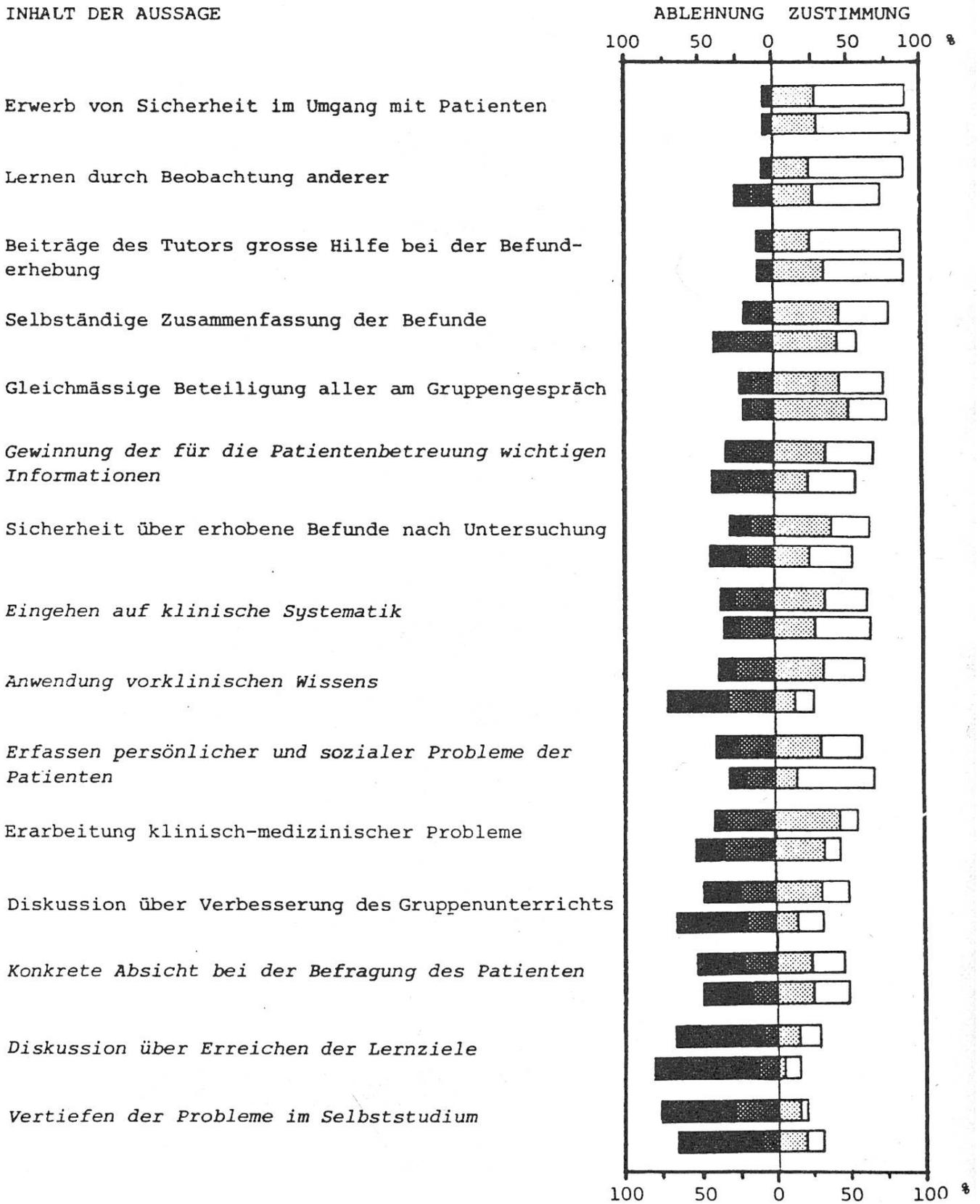
* Mikroskopier- und Laboratoriumskurse in den Fächern Pathologie, Mikrobiologie/ Immunologie und Pharmakologie

Bewertung der Lernsituation/
Unterrichtsform:

- am wichtigsten
- ▣ am zweitwichtigsten
- ▤ am dritt wichtigsten
- ▥ am viertwichtigsten
- am fünftwichtigsten

Abbildung 2: Urteile von 150 Studenten und 80 Tutoren über den Gruppenunterricht an der Medizinischen Fakultät Bern (nach Bangerter und Noack 1981)

INHALT DER AUSSAGE



OBERER BALKEN: Studenten; UNTERER BALKEN: Tutoren

- Aussage trifft nicht zu
- ▒ Aussage trifft eher nicht zu
- ▓ Aussage trifft eher zu
- Aussage trifft zu