

„Mit dem Latein am Ende“

SPIEGEL-Serie über Krise und Zukunft der deutschen Hochschulen (Mediziner I)

3. Fortsetzung

Deutschlands Medizin ist krank“, hieß es in alarmgelber Schrift auf dem Titelblatt.

Der Befund war das Fazit einer SPIEGEL-Titelgeschichte, in der unter anderem diagnostiziert wurde,

- ▷ daß der einstige Weltruhm deutscher Heilkunst verblaßt sei — sie habe es versäumt, sich der „Entwicklung der Medizin der letzten Jahrzehnte anzupassen“ (so damals der Präsident der Bayerischen

▷ daß medizinische Examina in Deutschland keine objektive Leistungskontrolle darstellten;

▷ daß die streng hierarchische Ordnung deutscher Medizin-Fakultäten, das Korps der Lehrstuhlinhaber an der Spitze, jeden Versuch zur Reform nachhaltig blockiere.

Die SPIEGEL-Titelgeschichte über die Mängel deutscher Medizin-Ausbildung erschien im August 1962. Aber in den sieben Jahren seither ist so gut wie nichts geschehen, den Mißständen abzuweichen. Im Katalog der Mängel

die Zeichen des akademischen Aufruhrs: „Zutiefst erschüttert“ fühlte sich, noch auf dem Deutschen Ärztetag in Wiesbaden 1968, Professor Ernst Fromm, Präsident der Bundesärztekammer, als ihm ein Student entgegenhielt, es sei „ja nichts geschehen“, ehe die Revolte ausbrach — „tagtäglich“, so beteuerte Fromm, werde an der „Fortentwicklung und Anpassung unserer Ordnungen“ gearbeitet.

Freilich, alle bisherigen Hilfsmaßnahmen — Zulassungsschranken (Numerus clausus) und Institutsneubau-



Gesprenge Mediziner-Klausur in Hamburg*: „Vielleicht ist eine Revolution nötig“

Landesärztekammer, Hans-Joachim Sewering);

- ▷ daß der Standard ärztlichen Könnens in der Bundesrepublik im Sinken begriffen sei — die Bevölkerung werde nunmehr „schlechter versorgt als vor 80 Jahren“ (so der Wiener Kliniker Professor Ernst Lauda);
- ▷ daß die Ursachen dafür in einem unzulänglichen, längst reformbedürftigen Ausbildungssystem zu sehen seien: Es fehle eine sinnvolle Studienordnung, den Studenten werde zwar eine fast chaotische Fülle theoretischen Wissens, aber „nicht annähernd das notwendige praktische Können vermittelt“ (Sewering);
- ▷ daß wissenschaftliche Neuerungen in der deutschen Mediziner-Ausbildung vielfach zu kurz kämen;

des ärztlichen Ausbildungssystems hat jede Position ihre Gültigkeit bewahrt.

„Vielleicht ist eine Revolution nötig“ — so mutmaßte schon vor zehn Jahren der Heidelberger Mediziner Professor Hans Schaefer. Aber die Revolte der Studenten, die in den letzten beiden Jahren die Hochschulen der Bundesrepublik erschütterte, ergriff die Jung-Mediziner zuletzt.

Erst im vorigen Jahr protestierten die Medizinalassistenten erstmals gegen unzulängliche Ausbildung und schlechte Arbeitsbedingungen, vereinigten sich an vielen Universitäten rebellische Medizinstudenten zu linken „Basisgruppen“.

Und später auch als in anderen Fachbereichen bemerkten die Gegenspieler der Studenten — die Großmeister des ärztlichen Establishments —

* Am 2. Juli dieses Jahres.

ten, Stipendien und Hochschulneugründungen — haben die chronischen Mängel der Mediziner-Ausbildung bis heute nicht beheben können:

- ▷ Das Zulassungsverfahren garantiert weder eine gerechte noch eine qualifizierte Auswahl der Studienbewerber.
- ▷ Noch immer sehen sich die Studenten im ersten Studienabschnitt (Vorklinikum) einer planlosen Anhäufung von Wissensstoff gegenüber, der nach Ansicht kompetenter Gutachter für die ärztliche Ausbildung weithin überflüssig erscheint.
- ▷ Noch immer konfrontiert der zweite (klinische) Teil des Medizinstudiums die Lernenden mit einer Vielzahl theoretischer Unterrichtsfächer; die praktische Ausbildung kommt dagegen zu kurz — während der gesamten sechsjährigen Studienzeiten haben die Jung-Mediziner

nur fünf Monate Gelegenheit, am Krankenbett Erfahrungen zu sammeln.

- ▷ Noch immer zwingt eine verstaubte Bestallungsordnung die Arzt-Kandidaten, am Ende des Studiums ein Marathon-Staatsexamen abzulegen — in insgesamt 18 Prüfungsfächern werden die Kandidaten mündlich geprüft; schriftliche Leistungskontrolle gibt es nicht.
- ▷ Noch immer zeigen die examinierten Jungärzte bei ihrer ersten Begegnung mit der Praxis (während der zweijährigen Pflichtzeit als Medizinalassistenten) oftmals Züge einer „beschämenden Hilflosigkeit“, wie ein angesehenes Klinikum formulierte — dennoch fehlt für die Anleitung der Medizinalassistenten bis heute ein sinnvolles Ausbildungssystem.
- ▷ Und immer noch gebieten schier allmächtige Ordinarien, Institutsleiter und Klinikdirektoren, über Studenten, Doktoranden, Assistenten und sogar Oberärzte — „vom feudalen System mit den leibeigenen Knechten“, so bekannte ein ausländischer Mediziner, habe er „keine richtige Vorstellung gehabt“, bis er „die Organisation der Schulmedizin in Deutschland kennenlernte“.

Weit früher und nachdrücklicher als ihre Kollegen aus anderen Fachbereichen sind die Hochschul-Mediziner mit Kritik und Warnungen traktiert worden. Und für kaum einen Universitätssektor wurden in den letzten Jahren so viele und detaillierte Reform-Modelle ausgearbeitet wie für die medizinische Hochschulausbildung — doch in keinem anderen Hochschulbereich geschah so wenig, sträubten sich die konservativen Lehrstuhl-Inhaber, Klinik-Chefs und Landesvertreter so hartnäckig gegen jede Neuerung.

Seit Anfang der sechziger Jahre hat der Deutsche Wissenschaftsrat* ein halbes Dutzend Studien und Analysen vorgelegt, in denen Reformvorschläge für die krankende deutsche Medizin entfaltet werden; ein Resümee der Untersuchungen („Empfehlungen des Wissenschaftsrates zur Struktur und zum Ausbau der medizinischen Forschungs- und Ausbildungsstätten“) liegt seit März 1968 vor.

Und auch die „Deutsche Forschungsgemeinschaft“ — eine unabhängige Körperschaft, der Repräsentanten der deutschen Wissenschaft angehören — hat in ihrer „Denkschrift zur Lage der medizinischen Forschung in Deutschland“ die Dringlichkeit von Reformen nachgewiesen und Neuregelungen ausführlich dargelegt.

Weithin übereinstimmend forderten Wissenschaftsrat und Forschungsgemeinschaft eine gründliche Neuordnung des Medizinstudiums und bessere Organisationsformen für Ausbildungs- und Forschungsstätten:

* Wissenschaftsrat: Gremium aus Wissenschaftlern und Persönlichkeiten des öffentlichen Lebens; entwickelt Pläne zur Förderung und Koordination wissenschaftlicher Aufgaben.

- ▷ Institute und Kliniken, bislang Herrschaftsbereich souveräner Ordinarien, sollen zu sogenannten Departments zusammengelegt werden — zu Groß-Instituten, die von Abteilungsleitern kollegial verwaltet werden.
- ▷ Das Medizinstudium soll gestrafft und — nach angelsächsischem und skandinavischem Vorbild — mehr als bisher Unterricht am Krankenbett werden; für Jung-Mediziner, die den Arztberuf anstreben, und für jene, die eine wissenschaftliche Laufbahn anstreben, sollte nach Ansicht der Reformen jeweils ein besonderer Studienweg geschaffen werden.

Derlei eher gemessene Reformpläne stießen auf erbitterte Ablehnung bei Hochschulmedizinern und ärztlichen Standesvertretern. Angesichts der vorgeschlagenen Aufteilung des Medizinstudiums in ärztliche Berufsausbildung und Ausbildung zum medizinischen Wissenschaftler beschwor der Deutsche Ärztetag die vermeintlich bedrohte „Einheit der Medizin“: „Mit allen Fasern unseres beruflichen Seins“, so ereiferte sich Ärztetag-Präsident Fromm, wehrten sich die Mediziner „gegen Versuche, den ärztlichen Berufsstand aufzusplittern“.

Ähnlich pathetisch wandten sich viele Lehrstuhl-Inhaber gegen den Vorschlag der Reformen, die medizinischen Fakultäten aufzulösen und in Fachbereiche oder Departments aufzuteilen. Die Professoren, deren Machtfülle und auch Einkünfte durch eine solche Neuordnung geschmälert würden, erklärten die Pläne für „wirklichkeitsfremd und gefährlich“ — sie würden „zu einem schweren Rückschlag für die deutsche Medizin führen“ (so im Januar ein „Memorandum von fünf Medizinischen Fakultäten“ in Nordrhein-Westfalen).

Aber auch die Studenten — zumindest die linksradikalen Gruppen — verweigern den Reform-Vorschlägen,



SPIEGEL-Titel 34/1962
„Geduld eines Fakirs“



Mediziner-Hörsaal (in München)
„Übersicht eines Feldherrn“

wie sie Wissenschaftsrat und Forschungsgemeinschaft ausgearbeitet haben, ihre Unterstützung. Sie sehen in den Plänen „systemimmanente“ und „technokratische“ Versuche, eine Studienordnung notdürftig zu restaurieren, die nach Ansicht der Linksradikalen keine Reparatur verdient.

Die „Heilung akuter Symptome des Kranken“ — so umreißen die Uni-Ideologen ihr Bild von einer neuen Medizin — „muß kombiniert sein mit aktiver politischer Arbeit“. Es müsse künftig Aufgabe des Mediziners sein, die „krankmachenden Faktoren der Gesellschaft“ zu bekämpfen, nicht die Ausbildung qualifizierter Fachleute, wie sie von den technokratischen Reformen gefordert wird, dürfe Ziel des Medizinstudiums sein — vielmehr müsse „im Studium revolutionäre Berufspraxis“ vorbereitet werden (siehe Kasten Seite 53).

Erschreckt über die aggressiven Forderungen der radikalen Jung-Mediziner und verdrossen über den Starrsinn der Ordinarien und Ärzte-Funktionäre, zeigen sich seit kurzem die Politiker in Bund und Ländern bereit, wenigstens ein Minimal-Programm an Reformen durchzusetzen: Die in allen Bundesländern vorbereiteten neuen Hochschulgesetze sollen auch die medizinischen Fakultäten zu neuen Organisationsformen nötigen — vornehmlich verwaltungstechnische Reformen freilich, die auf Inhalt und Intensität der Mediziner-Ausbildung kaum Einfluß hätten.

Angesichts dieser drohenden Zwangsreformen bequemen sich die Fakultäten zögernd zu ersten Zugeständnissen: Der Westdeutsche Medizinische Fakultätentag stimmte der — vom Bundesgesundheitsministerium erarbeiteten — Neufassung der sogenannten Approbationsordnung zu, die für alle westdeutschen Universitäten Ausbildungsgang und Prüfungsverfahren beim Medizinstudium festlegt;

Täglich nach Montreal, Toronto und West-Kanada



Super DC-8 der Air Canada, 198 Plätze

Der Flug heißt "Canada 871" und startet täglich um 11.10 Uhr in Frankfurt.

Ankunft: Montreal 15.35 Uhr, Toronto 18.10 Uhr, Edmonton 19.40 Uhr, Vancouver 21.35 Uhr.

Außerdem können Sie diesen Sommer mit Air Canada's "Toronto Galaxy", AC 873, täglich nonstop nach Toronto, oder dienstags und donnerstags nach West-Kanada mit dem einmaligen "Western Arrow", AC 883, der Air Canada ab Frankfurt fliegen. Air Canada macht das Fliegen preiswerter. Air Canada fliegt nach 37 Städten in Kanada und 8 Zentren in den U. S. A., einschließlich Chicago, Los Angeles, New York und Miami. Dank des "Discount-50"-Flugreisen-Plans der Air Canada können Sie jetzt nach all diesen Städten (einschließlich denen in den U. S. A.) zur Hälfte des normalen Flugpreises fliegen.

Der "Familien-Flug"-Plan der Air Canada macht den Flug nach Nordamerika noch preiswerter. Denn nur Sie zahlen den vollen Preis für Hin- und Rückflug, für die Ehefrau braucht nur der einfache Flug und für Kinder unter 2 Jahren sogar nur 10 Prozent gezahlt zu werden.

Für jeden, der 1969 nach Kanada reisen will, sind das gute Nachrichten. Fragen Sie Ihren IATA-Agenten nach weiteren Einzelheiten.

AIR CANADA



Frankfurt - Hamburg - Berlin - Hannover - Düsseldorf - Stuttgart - München

die neue Approbationsordnung soll, wenn der Bundesrat sie rechtzeitig verabschiedet, 1970 in Kraft treten.

Aber in den — durchweg geheimen — Sitzungen des Beratungsgremiums wurde auch dieses Reformvorhaben schon wieder in den bedeutsamsten Punkten entwertet. In dem Entwurf, der letzte Woche dem Bundesrat zugeleitet wurde, blieben im wesentlichen die Verkürzung des Medizinstudiums von bisher siebeneinhalb auf sechs Jahre sowie eine allgemeine Verschärfung der Prüfungsanforderungen übrig — entfallen sind diejenigen Vorschläge, die einen solchen Studienplan erst praktikabel gemacht hätten: Intensivierung des verkürzten Studiums etwa durch Ausbildung in kleinen Gruppen und am Krankenbett, Abschaffung der Pflichtvorlesung, Reduzierung des bisher als Ballast mitgeschleppten Lehrstoffs.

Ungewiß bleibt freilich auch, wer die Milliarden-Mehrkosten würde aufzubringen haben, wenn diese Intensivierung der Mediziner-Ausbildung — mehr Hörsäle und Kliniken, mehr Laborplätze und Hochschullehrer wären nötig — doch noch verwirklicht werden sollte.

Sicher scheint bislang nur, daß allein durchgreifende Reformen die deutsche Schulmedizin sanieren können. Längst hat sich gezeigt, daß mittels hilfloser Notmaßnahmen den Mißständen in der Mediziner-Ausbildung kaum mehr abzuwehren ist. Daß „in Deutschland das Medizinstudium nichts taugt“, so formulierte der Münchner Ordinarius Klaus Betke, sei nun „auch schon für den Laien eine ausgemachte Sache“.

Wie die medizinischen Fakultäten seit Jahren versuchen, den längst anachronistischen Studienbetrieb zu konservieren, läßt sich beispielhaft schon am Zulassungsverfahren aufzeigen, das an allen deutschen Hochschulen dem Medizinstudium vorangeht.

Zwar, den Numerus clausus für Medizinstudenten gibt es an den Universitäten fast aller Kulturnationen. Doch



Zulassungs-Computer in Hamburg
Note in Religion maßgebend

GER 69 P 05

während etwa in den USA die Studienbewerber mittels qualifizierter Testverfahren auf die Eignung zum Arztberuf geprüft werden, bedienen sich Westdeutschlands Hochschulen ebenso umstrittener wie rigoroser Auslese-Methoden.

Nur jeder dritte Bewerber hat gegenwärtig Aussicht, zum Medizinstudium zugelassen zu werden. Im Sommersemester 1969 wurden 65 Prozent aller Zulassungsanträge für Humanmedizin und 80 Prozent aller Bewerbungen für das Studium der Zahnmedizin abgelehnt — von insgesamt 7591 Anträgen wurden nur 2293 genehmigt.

Bis 1966 konnte jede Universität den Zulassungsmodus nach Hausbrauch regeln — die Uni Münster veranstaltete beispielsweise eine Art Lotterie, bei der die Bewerber ausgelost wurden.

Erst 1966 beschloß der Westdeutsche Medizinische Fakultätentag, die „bunte Mannigfaltigkeit der Verfahren“ (so der Tübinger Physiologe Professor Karl Brecht) durch ein einheitliches System zu ersetzen: Die versammelten Fakultäten-Vertreter einigten sich damals auf das sogenannte Tübinger Modell — ein Auslese-Verfahren, dem die Abitur-Zensuren zur Grundlage dienen.

Nach dieser Methode wurden die Matura-Noten zu zwei „Zulassungszahlen“ addiert:

- ▷ Die Zulassungszahl I errechnet sich aus den Zensuren in vier sogenannten Kernfächern — Deutsch, Mathematik, Latein und Griechisch bei Absolventen altsprachlicher Gymnasien; bei Abiturienten neusprachlicher und naturwissenschaftlicher Oberschulen gilt Englisch, Französisch oder Physik als viertes Kernfach.
- ▷ Die Zulassungszahl II summiert sich aus den Noten für Physik, Biologie und Chemie; diese zweite Zulassungszahl soll dann bei der Entscheidung berücksichtigt werden, wenn gleichzeitig mehrere Bewerber die gleiche Zulassungszahl I erreichen.

Kritikern gilt dieses Zulassungsmodell nicht nur darum als suspekt, weil es auf „Kernfächern“ beruht, die zur medizinischen Wissenschaft kaum eine einleuchtende Beziehung haben: Es gehe, so höhnte ein Hamburger Medizinstudent, von dem „uralten Ideal aus, daß ein Mediziner nun mal Humanist sein muß und die Bratsche zu spielen hat“.

Überdies lehnen vor allem viele Studenten das Tübinger Auslese-Verfahren grundsätzlich deshalb ab, weil sie das Abitur als Zulassungskriterium für untauglich halten. Zwischen Nord- und Süddeutschland bestehe ein deutliches Niveau-Gefälle der Abiturnoten — so würden etwa die strenger zensierten Bewerber aus Bremen den Münchner Konkurrenten gegenüber benachteiligt.

Die regional bedingte Benachteiligung der norddeutschen Bewerber ziehe zudem soziale Ungerechtigkeit



Zulassungs-Kritiker von Kugelgen
Wartezeit bis zu drei Jahren

nach sich: Wohlhabende Eltern, vor allem viele Ärzte, lassen ihre Kinder in teuren Internatsschulen das Abitur machen — dort fallen die Matura-Zensuren erfahrungsgemäß überdurchschnittlich gut aus.

Schließlich bemängeln die Kritiker des Tübinger Modells, daß die Abitur-Noten nur wenig über die Qualifikation zum Mediziner aussagen. Eine Untersuchung des Kieler Medizinprofessors Alkmar von Kugelgen bestätigt diesen Vorwurf: Von 71 Absolventen der ärztlichen Vorprüfung (Physikum), die das Examen mit der Note „eins“ bestanden, wäre nur die Hälfte zum Studium zugelassen worden, wenn die Abi-Durchschnittsquote 3,2 als Zulassungsgrenze gegolten hätte; an vielen Hochschulen aber liege die Grenze, so Kugelgen, beim Mittelwert 2,6.

Im übrigen haben die meisten Universitäten das Tübinger Auslese-System nur im Grundsatz übernommen

„KOMPLEX ROTE HILFE“

Aus einem SDS-Programm für sozialistische Mediziner

Die linken Mediziner haben die Aufgabe, den dialektischen Zusammenhang zwischen ihrer politischen Theorie und ihrer Berufspraxis zu erhalten, indem sie sich eine politische Praxis ermöglichen, die in der Entwicklung einer revolutionären Medizin und der Praktizierung einer Medizin für Revolutionäre besteht.

Zu den spezifischen Aufgaben der linken Mediziner gehören konkret:

Projektgruppe Blaukreuz (in Zusammenarbeit mit Pflegern, Schwestern, Lehrlingen, Medizinstudenten): Pflegeeinheiten für Notfälle, Ambulanzen für Straßenkämpfe, OP-Räume für die kleine Chirurgie, Überwachung der ärztlichen Versorgung verletzter Genossen in öffentlichen Krankenhäusern, Ausbildung von Genossen in Erster Hilfe, Entwicklung von Schutzmaßnahmen gegen Tränengas, Einrichtung einer Apotheke (für Eigenbedarf und Dritte Welt).

Projektgruppe Psyche (in Zusammenarbeit mit Sozialarbeitern, Soziologen, Psychologen): Psychotherapeutische Beratung, Vermittlung von Psychotherapie, finanzielle Beihilfe zur Psychotherapie, Aufbau von psychiatrischen Rehabilitierungskommunen (die zugleich der wissenschaftlichen Arbeit dienen).

Projektgruppe Sex, Aufklärung von Lehrlingen über Konzeptionsverhütung, Pillenvertrieb, psychologische Beratung bei Störungen der „Liebesfähigkeit“, Diskussion der freiwilligen Sterilisation, Kampagne zur Legalisierung der Abtreibung.

Projektgruppe Sucht (in Zusammenarbeit mit Sozialarbeitern, So-

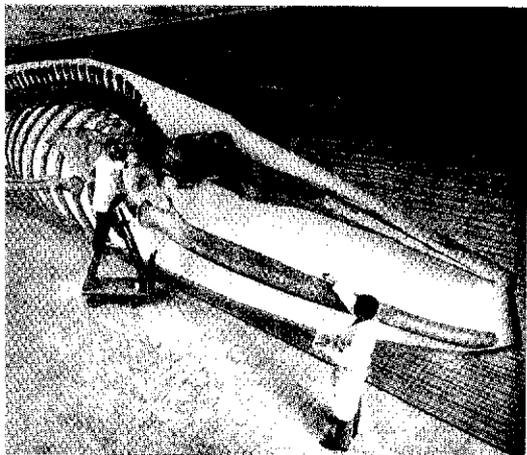
ziologen, Pharmazeuten): Aufklärung über die gesellschaftliche Funktion des Alkoholkonsums, Kampagne zur Legalisierung des Haschisch, Rehabilitierung Entwöhnter.

Projektgruppe Pharmazeutische Industrie (in Zusammenarbeit mit Pharmazeuten, Lehrlingen, Chemikern, Volkswirtschaftlern): Analyse und Bekämpfung ihres Einflusses auf Lehre und Forschung und auf die Versorgung der Patienten, Experimente an Menschen, ihr Beitrag zur Stabilisierung des Kapitalismus, ihre Rolle im Dritten Reich, Grundlagenforschung für C-Waffen, Psychopharmakaprobem (chem. Manipulation).

Projektgruppe Krankenhaus: Kritik des bestehenden Krankenhauses, Diskussion von Reformmodellen (sog. klassenloses Krankenhaus), Projektierung revolutionärer Modelle, Organisation von Arztekommunen und Gruppenpraxen als institutionellen Vorläufern des Roten Krankenhauses.

Projektgruppe Sozialmedizin: Medizinische Sinnlosigkeit und politischer Zweck unserer sozialmedizinischen Einrichtungen, Heilstätten, Krankheitsbegriff, Arbeitsmedizin, Präventivmedizin, schichtenspezifische Erkrankungen, Lebenserwartung . . .

Die effektivste Organisationsform der einzelnen Arbeitsgruppen ist die projektorientierte, aber heterogen zusammengesetzte Wohngemeinschaft, die zugleich von „psychohygienischer“ Bedeutung ist für die noch weitgehend in der neurotisierenden gesellschaftlichen Vereinzelung lebenden linken Mediziner.



Unterrichtsthema **Wal**
Entlegener Lehrstoff ...

— in der Praxis gibt es nun zwar (in Hamburg) eine Computer-Zentrale für Zulassungsanträge, aber bis heute noch kein bundeseinheitliches Zulassungsverfahren. Und inzwischen errechnen auch alle Medizinfakultäten die Zulassungszahl aus sämtlichen Noten des Abiturzeugnisses; eine „eins“ in Religion oder in Sport gilt dabei ebensoviel wie eine „eins“ in Physik oder Deutsch.

Doch fast alle Universitäten verschonen bei der Berechnung einen Bonus an sogenannte Landeskinder (Bewerber aus dem jeweiligen Bundesland oder Uni-Standort); die Freie Universität Berlin etwa räumt 75 Prozent ihrer medizinischen Studienplätze Berliner Antragstellern ein (Hamburg: 60 Prozent, Bayern: 65 Prozent).

Ein zusätzliches Manko des Zulassungsverfahrens sehen die Hochschul-Vertreter in dem sogenannten Anciennitätsprinzip, das die Kultusminister der Bundesländer schon 1966 den Fakultäten aufgezwungen haben: Danach muß bei der Berechnung der Zulassungszahl auch das Alter des Abiturzeugnisses berücksichtigt werden.

Für jedes nach dem Abitur verstreichende Semester erhalten Studienanwärter, die bei der ersten Bewerbung abgewiesen wurden, einen Berechnungsbonus — für viele Bewerber hat diese Prozedur jahrelange Wartezeiten zur Folge: Manche Medizinstudenten warten bis zu drei Jahre auf den Zulassungsbescheid.

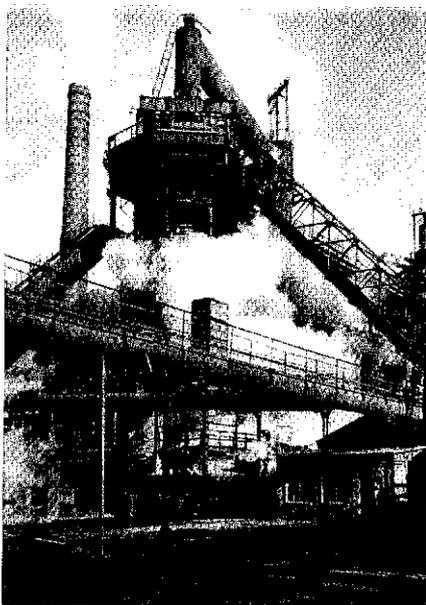
Wer heute in Deutschland Medizin studieren wolle, so schrieb jüngst die Hamburger „Welt“, müsse die „Geduld eines Fakirs, die Übersicht eines Feldherrn und die Ausdauer eines Olympiakämpfers besitzen“. Welche Eigenschaften ein angehender Mediziner darüberhinaus noch haben sollte, vermochten in Deutschland bislang weder Universitäten noch Kultusbehörden systematisch zu ergründen.

Es sei erstaunlich, so wunderte sich die „Welt“, „daß noch niemand einen besseren und gerechteren Wahlmodus gefunden“ habe, der auch „dem Wunsch der Gesellschaft nach guten Ärzten“ Rechnung trüge.

In der Tat gibt es andernorts Auslese-Verfahren, die den Fakultäten und Kultusbehörden (sie müssen den Zulassungsmodus genehmigen) als Vorbild hätten dienen können: In den USA wurde schon 1930 ein Testverfahren ausgearbeitet, mit dem die Eignung für das Arzt-Studium ermittelt werden soll.

Schon auf dem College, lange vor der Immatrikulation, können so die Bewerber ihre Intelligenz und Begabung im Hinblick auf das künftige Medizinstudium prüfen lassen. Die Eignungsprüfung kann (gegen Zahlung einer Gebühr) an neutralen Test-Zentren abgelegt werden; die Test-Kriterien werden von der amerikanischen „Psychological Corporation“ ausgearbeitet und ständig verbessert.

Wenn die College-Absolventen sich später bei den „Medical Schools“ um eine Studienstelle bewerben, liegt den Zulassungsausschüssen das Testergeb-



Unterrichtsthema **Hochofen**
... statt notwendigen Wissens ...

nis schon vor — es entscheidet aber nicht allein über die Bewerbung: Die Ausschüsse machen den Zulassungsentscheid zusätzlich von den Schulnoten, vom Gutachten der College-Lehrer und oft von einer mündlichen Befragung des Bewerbers abhängig.

Schließlich können sich die Studienanwärter schon vor der Bewerbung gründlich über ihre künftige Laufbahn unterrichten: Ein Mediziner-Handbuch, das jährlich neu erscheint und in allen Schul-Bibliotheken ausliegt, gibt eine ausführliche Darstellung der Zulassungsprozedur, des medizinischen Studienwegs, der verschiedenen Medical Schools und des ärztlichen Berufs.

Überdies stehen den Studienanwärtern auf dem College sogenannte Pre-medical Advisors — medizinische Berufsberater — zur Seite, die zuweilen später in den Zulassungsausschüssen über ihre früheren Schützlinge Auskunft erteilen.

Anders als amerikanische College-Absolventen gehen Deutschlands Medizinstudenten gänzlich unvorbereitet ins Studium — ausgestattet nur mit einem Zeugnispapier, das akademische Reife bescheinigt, ein Medizinstudium gleichwohl nicht immer ermöglicht.

Nahezu ohne jede systematische Anleitung müssen sich die Studienanfänger in ein Wissensgebiet einarbeiten, das mehr als ein halbes Dutzend verschiedener Lehrfächer umfaßt — neben den rein naturwissenschaftlichen Fächern (Physik, Chemie, Botanik, Zoologie) stehen Anatomie, Histologie (Gewebskunde), Physiologie und physiologische Chemie auf dem Lehrplan.

Bis zur ersten Vorprüfung — nach dem zweiten Semester — stehen an erster Stelle die naturwissenschaftlichen Fächer im Stundenplan; er enthält eine lückenlose Folge von Vorlesungen (meist vormittags) und praktischen Übungen und füllt fast immer einen Acht-Stunden-Tag — zum Bücherlesen und für Examensvorbereitungen bleiben allenfalls die Abendstunden.

In der Zeit zwischen den einzelnen Vorlesungen und Übungen haben die Studenten oft Mühe, den nächsten Hörsaal oder Institutsbau zu erreichen — besonders in großen Universitätsstädten (Köln oder Hamburg) hetzen sie zu Straßenbahn- oder U-Bahnhaltestellen und reisen zwischen den verstreut liegenden Instituten hin und her.

Die meisten Dozenten verwenden keinerlei Mühe darauf, den Stundenplan sinnvoll zu koordinieren. Vor allem die Lehrer von der anderen Fakultät (Physiker oder Chemiker) empfinden meist den Unterricht für die Medizinstudenten ohnehin als lästige Nebenaufgabe.

Obwohl die derzeit gültige ärztliche Bestallungsordnung eindeutig vorschreibt, daß sich der Medizinstudent in den naturwissenschaftlichen Fächern nur „die für den künftigen Arzt notwendigen Kenntnisse“ aneignen soll, lehren und prüfen die Fachlehrten oft entlegenen Wissensstoff — mehr oder minder unnützen Ballast.

Ein Chemie-Professor in Kiel etwa weihte die angehenden Mediziner in



Unterrichtsthema **Müllabfuhr**
... für künftige Ärzte

die Bauprinzipien von Hochöfen ein; der Botaniker Brabec in Hamburg las vor. Medizinstudenten viele Stunden über Moos und Farnkräuter, und ein Kölner Zoologe erläuterte detailliert den Knochenbau von Walen.

Von derlei absurdem Lehrstoff bleiben die Medizinstudenten allerdings auch im Klinischen Unterricht nicht verschont. In der Hygiene-Vorlesung



Mund-zu-Mund-Beatmung
Im Studium nicht gelernt

etwa müssen sich die angehenden Ärzte mit den Grundlagen der Müllabfuhr vertraut machen.

Den Hauptanteil ihrer vorklinischen Studienzeit widmen die Jung-Mediziner anatomischen Vorlesungen und Kursen. Jeden Muskel, jedes Gelenk, alle Knochen, Sehnen und Bänder müssen die Studenten beim wissenschaftlichen Namen kennen — die gelehrten Bezeichnungen etwa für ein kleines Stück Körpergewebe erreichen oft furchterregende Länge („ligamentum mesohepaticum laterale sinistrum“) oder zungenbrecherische Qualität („musculus crico-arytenoideus posterior“).

Daß solche Nomenklatur, selbst wenn der praktizierende Arzt sie später gelegentlich brauchte, sich auch in Nachschlagewerken auffinden ließe, kommt der amtierenden Schulmedizin nicht in den Sinn.

In zwei Wintersemestern müssen die Studenten je einen anatomischen Präparierkurs absolvieren. Der Mangel an Leichen für die Präparierarbeit läßt die Pflichtkurse fast immer zur makabren Farce werden: 20 bis 40 Studenten drängen sich um eine Leiche — allenfalls sechs oder acht Studenten aber können gleichzeitig daran arbeiten.

Überfüllt sind — trotz Numerus clausus — auch die meisten anderen Übungen und Kurse. Analog dem mechanischen Zulassungsverfahren (das sich blindlings am Fassungsvermögen der Hörsäle orientiert), verringern die Dozenten die Teilnehmerzahl meist durch rigorose Aufnahmeprüfungen. In den Prüfungen (Durchfallquote: bis

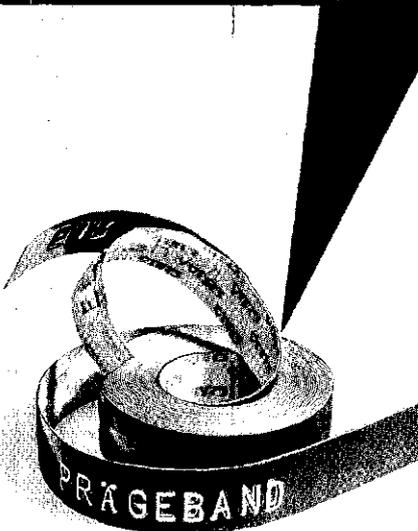


Ein typischer Fall für Folien aus Forchheim

Typische Fälle für Folien aus Forchheim gibt es viele. Es sind Fälle, in denen die Folie dem Verwendungszweck genau angepaßt ist. Dazu gehört Erfahrung. Forchheim hat sie. Denn die Folienfabrik Forchheim ist einer der ersten Produzenten, die Hart-PVC-Folie auf den Markt brachten. Davon profitiert die halbe Welt. Das machte Forchheim bekannt. Bekannt als einen der größten Hersteller hochwertiger Kunststofffolien in Deutschland.

Bekannt vor allem als leistungsfähigen Partner, wenn es um die Durchführung von Großprojekten geht. Fünf Folientypen — und deren Veredelung — bilden unser Produktionsprogramm:

EUROPHAN und POLYTHERM aus Hart-PVC- Kalandervolie, PLASTOTHEN und PLASTOTRANS aus Hochdruckpolyäthylen, PLASTIN aus Niederdruckpolyäthylen.



Prägebandfolie aus **europahan** -Typo

(Hart-PVC /S Kalandervolie)

Der Markt für Prägebandfolie hat sich in den letzten Jahren rasant entwickelt. Forchheim liefert dafür eine Hart-PVC-Spezialfolie, die sich durch einen starken, gleichmäßigen Weißbrucheffect auszeichnet. Sie ist mit den gängigen Prägezangen hervorragend prägbar. Es gibt sie entweder farblos oder einseitig farbig lackiert (in 10 Standardfarben). Als Abdeckmaterial findet eine Polyäthylenfolie Verwendung: auf der einen Seite silikonisiert, daher leicht abzutrennen, auf der anderen Seite lackiert und zusätzlich bedruckbar.

Folienfabrik Forchheim GmbH,
855 Forchheim 2, Postfach 225,
Tel. 09191/811, Telex 06 242 10



ROLEX UHREN erhalten Sie nur in diesen Fachgeschäften

- Aachen, Joseph Lücker, Am Eisenbrunnen
- Ahrweiler, Ludwig Wolff, Niederhütstraße 42
- Aschaffenburg, Vogt, Herstattstraße 10
- Baden-Baden, Uhren-Thoma, Lichtentaler Straße 5
- Bad Godesberg, Julius Schrottka, Bahnhofstraße 28
- Bad Nauheim, Franz Schmid, Parkstraße 10
- Berlin W 15, Heinz Wipperfeld, Kurfürstendamm 193
- Berlin W 30, Heinz Wipperfeld, Hilton-Colonnade
- Bielefeld, Fritz Böckelmann, Alter Markt
- Bonn, Gerdum-Clüsserath, Sternstraße 38
- Bonn, Wilfried Toussaint, Sternstraße 68
- Braunschweig, H. W. Bungenstock, Schuhstraße 21
- Braunschweig, „Die Schmuckecke“
- Waldemar H. Schulze, Schuhstraße vis-à-vis Hertie, „Goldschmiede am Damm“, Damm 33 – fast Ecke Münzstraße
- Bremen, Hellmut A. Haase, Hutfilterstraße 15
- Bremen, Gerh. D. Wempe, Sögestraße 47-51
- Bremerhaven, J. Wilzilius, Bürger 32
- Darmstadt, Uhren-Teichel, Ernst-Ludwig-Straße 16
- Dortmund, Friedr. Strunck, Westenhehlweg 19
- Düsseldorf, Heinrich Blome, Königsallee 30
- Duisburg, Robert Lepping, Königstr. 1
- Essen, Josef Deiter KG, Kettwiger Straße 22
- Eßlingen, Werner Brogle, Kronenstraße 25
- Flensburg, Peter Jürgensen, Große Straße 45-47
- Frankfurt/Main, Uhren-Christ, Roßmarkt 5, Hotel Frankfurt Intercontinental, Rhein-Main-Flughafen, Main-Taunus-Zentrum
- Frankfurt/Main, Karl Heneka, Kaiserstraße 15
- Freiburg, Adolf Kühn, Kaiserstraße 211/213
- Gießen/Lahn, Reinhold Balsler, Seltersweg 5
- Hamburg, Gerh. D. Wempe, Reeperbahn 103, Alsterarkaden 7, Großer Burstah 43, Fuhlsbütteler Straße 115, Neuer Wall 1-5, Osterstraße 129, Wandsbeker Marktstraße 57, Steinstraße 23
- Hamburg, Willy Filitz, Mönckebergstraße 19, Dammtorstraße 12
- Hamburg, W. Becker & Co., Gerhart-Hauptmann-Platz 12
- Hamm I. W., Juwelier Pröpsting, Weststraße 2/4
- Hannover, Fritz Scheurie, Georgstraße 36
- Hannover, Diedrich-Scheurie, Georgstraße 38
- Heinsberg, Dieter O. Mai, Hochstraße 64
- Kaiserlautern, Walter Lembach, Fackelstraße 28
- Karlsruhe, Oskar Hiller, Kaiserstraße 100
- Köln, Walter Lembach, Hohe Straße 66
- Köln, Carl Jos. Linnartz, Burgmauer 6
- Koblenz, Uhren-Müller, Löhrstraße 71, Glockenspielhaus
- Lübeck, Gerhard D. Wempe, Holstenstraße 28
- Lübeck, Th. Köhler & Sohn, Kohlmarkt 15
- Ludwigshafen, Albert Hoch, Bismarckstraße 54
- Malnz, Jean Weitland, Große Bleiche 28
- Mannheim, Wilhelm Braun, 07, 10 Planken
- Mannheim-D 1, Hubert Nitsch, Paradeplatz 2
- Marburg/Lahn, T. Küster, Wetergasse 36
- Mönchengladbach, Uhren-Offermann, Bismarckstr. 15
- München, Andreas Huber, Residenzstraße 11, Weinstraße 8, Neuhauser Straße 53
- München, Uhren-Sonntag, Sendlinger Straße 18
- München, Uhren-Hauser, Marienplatz 28
- München, Dr. Engel & Co., Lenbachplatz 9
- München, Adolf Scheuring, Am Bahnhofplatz 2, Marienplatz 17
- Münster i. W., Wilh. Nonhoff, Haus Rothenburg 12-13
- Neu Isenburg, Juwelier Riede, Dreiherrnsteinplatz 39
- Nürnberg, A. Marklein, Karolinenstraße 6
- Nürnberg, J. Wallner, Karolinenstraße 44
- Osnabrück, Ludwig Carl, Große Straße 39
- Recklinghausen, Adolf Vortmann, Uhren-GmbH, Markt 7
- Reutlingen, Albert Depperich, Wilhelmstraße 123
- Saarbrücken 3, Hermann Muhleke oHG, Bahnhofstraße 78
- Solingen, Zimmermann Nacht., Hauptstraße 7
- Stuttgart N, Friedr. Martin, Königstraße 70
- Timmendorfer Strand, Juwelier Lindner, Kapitofblock und „Maritim“
- Trier, W. Engel, Grabenstraße 16, Simeonstraße 4
- Wiesbaden, Josef Rappi, Kirchgasse 29
- Würzburg, Ernst Hüfner, Domstraße 7
- W. Elberfeld, Eichwald & Co., Doppersb. Brücke 2
- W. Elberfeld, Glockenspielhaus Abeler, Poststr. 11
- Westerland/Sylt, Georg Krause, Friedrichstraße 21, Ecke Bismarckstraße
- Westerland/Sylt, Rudolf Ostermann, Friedrichstr. 12
- Worms, Ph. Becker, Kaemmererstraße 35

ROLEX UHREN GMBH

5 Köln, Hohenzollernring 62, Drei Königenhaus
Schreiben Sie uns! Wir senden Ihnen Prospekte.

zu 50 Prozent) wird nicht selten ein großer Teil des Wissensstoffes abgefragt, den die Studenten im Kurs erst lernen sollen.

Die abschreckende Prüfungspraxis führt gelegentlich zu absurden Ergebnissen. Bei der Aufnahmeprüfung für ein Praktikum in Physiologie, das im vorletzten Wintersemester an der Hamburger Universität stattfand, meldeten sich weniger Anwärter, als Arbeitsplätze bereitstanden. Berüchtigt strenge Prüfungsfragen hatten die Bewerber für einen anderen Kurs so eingeschüchtert, daß während des ganzen Wintersemesters 20 bis 30 Arbeitsplätze ungenutzt blieben.

In Kiel ließ der Ordinarius Hans Friedrich Meves eine Aufnahme-Klausur für das Physiologie-Praktikum schreiben, die sich (laut Meves) am „Harvard-Niveau“ orientierte. Obgleich weniger Studenten die Prüfung bestanden, als Arbeitsplätze vorhan-

Physikum Gelegenheit, die Wirklichkeit ihres späteren ärztlichen Berufs kennenzulernen: während des zweimonatigen, obligatorischen Krankenpflagedienstes in der Klinik.

Aber meist wird den Studikern auch dort die Begegnung mit der Praxis verwehrt — „Bummeln und Bohnern“ kennzeichne den Pflegedienst, schrieb die Studentenzeitschrift „Medizinstudent“. Und ein Hamburger Mediziner erinnert sich: „Bettenmachen, Teppichklopfen, Essen austeilen und Bettgeschüsseln leeren — als mir ein Arzt Blutbilder erklären wollte, kommandierte mich die Stationsschwester zum Staubwischen ab.“

Mangelnde Beziehung zur medizinischen Praxis kennzeichnet auch den zweiten, klinischen Teil des Studiums (Studenten-Slogan: „Klinisches Fernstudium“). Obgleich die Jung-Mediziner insgesamt drei Monate als Praktikanten in den Fachkliniken „famulieren“ müssen, kommen sie nur selten dazu, ihre theoretisch erworbenen Kenntnisse an den Patienten zu erproben.



Medizinstudenten am Krankenbett: „Beschämende Hilflosigkeit“

den waren, weigerte sich Meves, nachträglich Teilnehmer in das Praktikum aufzunehmen — das bedeutete für viele Studenten die Verlängerung des Studiums um ein Semester.

Gegen die drakonischen Aufnahmeprüfungen richtet sich denn auch zunehmend der Zorn der Studenten — Hamburger Jung-Mediziner beispielsweise sprengten vorletzte Woche die Zulassungsklausur für das histologische Praktikum. Die Studenten sehen in den Prüfungen einen zusätzlichen und versteckten Numerus clausus.

In den ersten fünf Semestern des (insgesamt elfsemestrigen) Studiums wird den angehenden Ärzten eine fast ausschließlich theoretische Ausbildung zuteil; die planlose Anhäufung kaum miteinander verwandter Lehrfächer, so kritisiert der Tübinger Physiologe Brecht, biete den Studenten eine „kaleidoskopische Schau“ diverser Wissenschaften: ein buntes „akademisches Varieté“.

Nur einmal (im ersten Studienjahr) haben die Jung-Mediziner vor dem

erproben.

Zwar schreibt die Bestallungsordnung vor, daß der Student — etwa während des gynäkologischen Praktikums — „vier Kreißende in Gegenwart des Lehrers“ entbinden muß. Doch in der Praxis, so schildert ein Famulus den Ausbildungsgang, „sieht man drei Tage und vier Nächte lang tatenlos zu, wie die Kreißenden kreißeln und entbunden werden — meist muß man sich ans Kopfende stellen, damit die Schamgefühle der Schwangeren nicht verletzt werden“.

Aber auch in den Kursen und Übungen fehlt den Studenten meist die Möglichkeit, die Grundregeln des ärztlichen Handwerks zu erlernen: „Etwa 15 Studenten stehen um eine betäubte Frau herum“, so beschreibt ein Hamburger Jung-Mediziner den gynäkologischen Untersuchungskurs, „und einer nach dem anderen tritt vor und übt ein paar Handgriffe — ich bekam



Medizinstudenten im Examen: Angst vor dem Steckenpferd des Prüfers

meinen Übungsschein, nachdem ich vier Frauen gesehen und ihren Uterus getastet hatte.“

Wie im Vorklinikum, so mangelt es auch im klinischen Unterricht an der planvollen Zusammenarbeit der Lehrstuhl-Inhaber: Oft halten die Lehrer wichtiger Fächer ihre Vorlesungen zur selben Zeit; nur unwillig bequemen sie sich zu kollegialer Stundenplan-Abstimmung.

Der Heidelberger Internist Professor Gotthard Schettler beispielsweise, der den Stundenplan für die Kliniker reformieren wollte, erlitt eine derbe Abfuhr, als er seine Assistenten mit Änderungswünschen zu den Ordinarien aussandte: „Die haben die Unterhändler einfach rausgeschmissen.“

Doch nicht nur der Zeitplan, auch der Unterrichtsstoff läßt häufig eine sinnvolle Gliederung vermissen — die Ordinarien stimmen die Vorlesungsthemen selten untereinander ab.

Mehrere Semester lang, so notierte ein Student aus Hamburg, sei über

Ursache und Heilung von Magengeschwüren in den Vorlesungen nicht unterrichtet worden. Dann aber sei das Thema im selben Semester von drei Ordinarien — dem Chirurgen, dem Internisten und dem Pathologen — gleichzeitig abgehandelt worden.

Keine Vorschrift nötigt die Professoren, den medizinischen Wissensstoff konzentriert und übersichtlich vorzutragen; obgleich 50 Prozent der Studenten den Beruf eines praktischen Arztes anstreben, räumen viele Dozenten in den Vorlesungen ihren (oft abgelegenen) Spezialgebieten unverhältnismäßig breiten Raum ein.

So müssen Studenten, die etwa einmal als Landarzt praktizieren werden, die Technik komplizierter Augenoperationen in allen Einzelheiten auswendig lernen. Grundregeln für Erste Hilfe hingegen — etwa Mund-zu-Mund-Beatmung — werden den Akademikern nicht erläutert.

Ähnliche Mängel, wie sie dem Hochschul-Unterricht anhaften, kennzeich-

nen auch die medizinischen Standard-Lehrbücher. Die Autoren, meist Fachgelehrte, kultivieren häufig einen esoterischen Kanzleistil, der selbst einfache Sachverhalte kunstvoll verschleiert und dem Leser qualvolle Deciffrierarbeit abfordert. Anhand der schwer verdaulichen und obendrein teuren Lehrbücher können sich die Studenten kaum auf die Vorlesungen und Kurse vorbereiten.

Anstatt medizinisches Basis-Wissen knapp und übersichtlich darzustellen, neigen die Verfasser oft dazu, eigene Forschungsergebnisse übertrieben gründlich abzuhandeln. Mit Rücksicht auf das Staatsexamen sind deshalb viele Studenten gezwungen, beim Wechsel an eine andere Universität jeweils neue Lehrbücher einzukaufen — Werke der ortsansässigen Ordinarien.

Mangels brauchbarer Lehrbücher griff die Mannschaft des Heidelberger Internisten Schettler zur Selbsthilfe: Die Assistenten des Professors schrieben, ausdrücklich für die Bedürfnisse der Studenten, ein zweibändiges Lehrbuch der Inneren Medizin, das im preiswerten Taschenbuchformat erschien.

In den meisten Universitäten freilich bereiten sich die Studiker nur selten mit Hilfe von Lehrbüchern auf Vorlesungen und Prüfungen vor. Weit häufiger bedienen sie sich dazu anonym Vorlesungsskripte; Protokolle nach dem Vortrag gefürchteter Prüfer werden oft unter Examenskandidaten zu Wucher-Kursen gehandelt. Kataloge mit Examensfragen kosten an der Hamburger Uni bis zu 600 Mark.

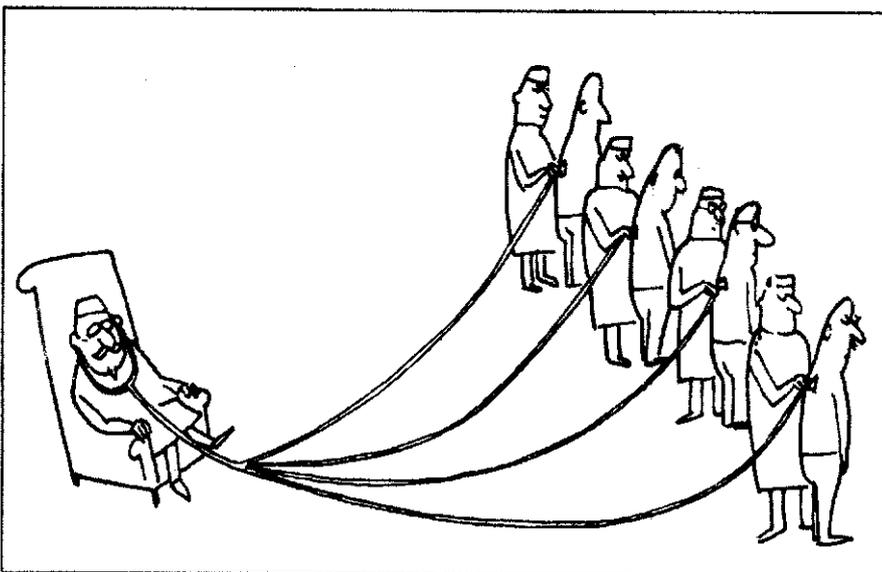
Die Bereitschaft der Studenten, für die Vorlesungsskripte sogar horrend Preise zu zahlen, entspringt der „manchmal fast panischen Angst, spezielle Prüfungsfragen nicht zu wissen“ („Medizinstudent“). Gleichwohl enthalten die Untergrund-Lehrbücher, die meist von Studenten oder Assistenten verfaßt werden, stets nur ein Minimal-Quantum des Lehrstoffs und fast immer eine Vielzahl von Fehlern.

So fand der Homburger Privat-Dozent Hermann Josef Haas in einem Skript über physiologische Chemie, das sogar im Buchhandel vertrieben wird, zahlreiche Fehler in der Darstellung relativ einfacher Reaktionen und Formeln — falsch abgebildet etwa wurden die Strukturformel der Saccharose (Rohrzucker) und die Reaktionsgleichung der alkoholischen Gärung.

Dennoch lernen die Studenten überwiegend aus den hektographierten Studienheften: Von 164 befragten Medizinstudenten gaben 141 an, daß sie ihr Wissen vor allem aus Skripten schöpften. Es sei längst an der Zeit, so forderte der „Medizinstudent“, „durch Hinweise auf geeignete Lehrbücher und durch sinnvolle Prüfungsmethoden den Studenten wieder in die richtige Bahn zu lenken“.

Bislang allerdings scheint das Medizinstudium mehr als jede andere akademische Ausbildung geeignet, die

* Aus: „Humor in der Medizin“; Müller & Kiepenheuer Verlag, Hanau.



„Der Ordinarius“*

Studenten zu kritischschwachen, aber lernbeflissenen Fachidioten zu drillen: Bis zum Staatsexamen wird den Jung-Medizinern fast ausschließlich schulmäßige Paukarbeit abverlangt — nur selten haben sie Gelegenheit, erworbenes Wissen zu erproben, geschweige denn selber wissenschaftlich zu arbeiten.

Weder im Physikum noch im Staatsexamen (nur ganz selten in Kursen oder Übungen) müssen die Medizinstudenten schriftliche Arbeiten anfertigen. Es bleibe nachgerade ein berufstypisches Manko, so konstatierte ein Hamburger Mediziner, „daß Ärzte sich meist kaum auszudrücken verstehen, weil sie während ihres ganzen Studiums keine Gelegenheit zu schriftlichen Übungen erhalten“.

Für Medizin-Doktoranden etwa sei charakteristisch, daß „sie noch monatelang an ihrer Dissertation herumbosseln, wenn sie ihre Experimente oder Materialsammlungen längst



Examens-Kritiker von Seckendorff
„Große Portion Heuchelei“

beendet haben — sie können ihre Untersuchungsergebnisse einfach nicht in Worte fassen“.

Längst ist das traditionelle Hochschul-Ideal der Einheit von Lehre und Forschung für die Mediziner zur Illusion geworden. Die Doktorarbeit bleibt für deutsche Medizinstudenten nahezu die einzige Möglichkeit, eine Forschungsaufgabe aktiv zu bearbeiten, mit den akademischen Lehrern zu kooperieren und die Grundprinzipien wissenschaftlicher Arbeit zu erlernen.

Fast alle Mediziner (97 Prozent) erwerben den Doktorgrad — bei den Juristen nur 20 Prozent, bei Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlern 15 Prozent und bei den Theologen sogar nur fünf Prozent.

Doch obgleich ein Arzt ohne „Haken“ (Mediziner-Jargon für den Dokortitel) geringeres Prestige genießt als etwa ein nichtpromovierter Jurist, steht der medizinische Doktorgrad niedrig im Kurs: „Im Gegensatz zum Dr. rer. nat., Dr. phil. und anderen“, so notiert der Tübinger Medizinprofessor Erwin Rimbach, „verbindet der Laie den Titel des Dr. med. nicht primär mit dem Nachweis der wissenschaftlichen Qualifikation.“

Nicht nur unter Laien, auch bei Fachleuten ist der Ruf des medizinischen Dokortitels zweifelhaft. Der Bonner Professor und frühere Präsident des Bundesgesundheitsamtes, Wilhelm Hagen, hält die Praxis der medizinischen Promotion für „wissenschaftliche Kindergärtnerei“; und der Kieler Anatom Professor von Kügelgen schätzt etwa die Hälfte aller medizinischen Doktorarbeiten als „wertlos“ ein (siehe Kasten).

Tatsächlich zeichnen sich die medizinischen Dissertationen selten durch Tiefgang aus. Während etwa Diplom-Chemiker durchschnittlich zweieinhalb Jahre, Diplom-Physiker sogar dreieinhalb Jahre für ihre Doktorarbeit aufwenden, benötigen die Medizinstudenten für die Dissertation im Durchschnitt nur die Arbeitszeit eines Semesters.

Anders als die Juristen und Naturwissenschaftler, die erst nach bestandenen Staatsexamen promovieren dürfen, beginnen die meisten Medizinstudenten mit ihrer Doktorarbeit schon im zweiten oder dritten klinischen Semester, also schon zu Beginn der eigentlichen ärztlichen Ausbildung.

Entsprechend niedrig liegt der Schwierigkeitsgrad der meisten Dissertationsthemen. Häufig erschöpft sich die wissenschaftliche Leistung in der Auswertung ärztlicher Statistiken. Allerdings sei es schwierig, so erläuterte 1968 Professor Gerhard Joppich, Mitglied des Wissenschaftsrats, jährlich für etwa 4500 Medizinstudenten genügend Dissertationsthemen zu finden.

Zudem mindert es die Qualität vieler Doktorarbeiten, daß die Verfasser die Dissertationsaufgabe — ohne Interesse am wissenschaftlichen Thema — vor allem als lästige Pflichtübung ansehen: „Etwa 70 bis 80 Prozent der Mediziner“, so schätzt ein Hamburger Assistenzarzt, „machen die Doktorar-

„HAKEN OHNE WERT“

Medizinische Dissertationsthemen aus den Jahren 1966 bis 1968

Gerhard Naber: Der Arzt als städtischer Amtsträger im alten Amberg. 175 Seiten.

Inge Schmidt: Personalbibliographien der Professoren und Dozenten der Chirurgie und Gynäkologie der Universität Erlangen — Nürnberg 1900 bis ca. 1960. 157 Seiten.

Johannes Hohenhövel: Untersuchung über die Nesselwirkung von Nordseequallen auf den Menschen. 43 Seiten.

Eduard Kanwischer: Über den Einfluß der Massage auf O₂- und H₂CO₂-Austausch. 63 Seiten.

Cord Dumrese: Die Wirkung der Massage auf Sauerstoffverbrauch und Kohlensäureabgabe. 18 Seiten.

Friedrich Strauß: Zur Frage der Luftfeuchtigkeit in Münchner Volksschulen. 47 Seiten.

Helmut Peter Conradi: Über den Gebrauch von Glasgefäßen in der Pharmazie. Unter besonderer Berücksichtigung des Apothekenstandgefäßes. 250 Seiten.

Christian Kliche: Die Stellung der deutschen Militärärzte im Ersten Weltkrieg. 67 Seiten.

Gerd Kunde: Untersuchungen über den Keimgehalt der Ventile von Inhalationsapparaten. 43 Seiten.

Erhard Lang: Verlauf der Herzschlagzahlen bei Ebern während der Kastrationsnarkose mit Eunarcon und Thiogenal. 51 Seiten.

Roland Müller: Über den Einfluß von Colchicin auf das Haar-

wachstum des Meerschweinchens. 68 Seiten.

Fariborz Baghai: Messungen und Ergebnisse der Staubkonzentration im Mittelgebirge. Eine luftanalytische Untersuchung mit dem Zeiss'schen Konimeter im Rahmen der modernen Kurortklimaforschung. 52 Seiten.

Jost Rudolf Bauer: Untersuchungen über die Wirkung von Kuren mit Baden-Badener Thermalwasser unterschiedlicher Temperatur. 120 Seiten.

Eike Hinze: Beeinflußt der Mondumlauf die täglichen Geburtenzahlen und das Geschlechterverhältnis der Neugeborenen? 64 Seiten.

Manfred Hülse: Der Einfluß der Grundausbildung bei der Bundeswehr auf das Hörvermögen der Rekruten. 62 Seiten.

Klaus Leibnitz: Die Frequenz der Zangenentbindungen an der Offenbacher Frauenklinik a) in den Jahren 1945—1949 b) 1950 bis zur Anwendung des Vacuumextraktors c) in der Zeit danach. 45 Seiten.

Erika Jap: Schwerhörigkeit und musikalisches Schaffen bei Smetana und Beethoven. 172 Seiten.

Eduard Kellersmann: Die geschichtlichen Anschauungen über die Schwangerschaftsgelüste. 72 Seiten.

Renate Kurz: Historische Bemerkungen über Gestalt und Gebrauch der Kinderwiege. Ein Beitrag zur Geschichte der Pädiatrie. 67 Seiten.

beit nur, weil der Titel zum ärztlichen Berufsbild gehört.“

Off fehlte den Doktoranden, wie Professor Joppich konstatiert, ein Minimum an wissenschaftlicher Methodik und Systematik. Die Doktorväter aber, so formuliert ein Medizinstudent aus Hamburg, benutzten ihre Doktoranden häufig als „billige wissenschaftliche Hilfskräfte, die den Versuchstieren der Professoren den Brei kochen dürfen“ — die Aufsicht über die Doktoranden delegierten die Ordinarien gern an eine „Art von Unter-Doktorvätern“, meist Assistenten oder Oberärzte.

Im Wissenschaftsbetrieb spielen denn auch die medizinischen Dissertationen kaum eine Rolle: Unter 1000 Literaturangaben in medizinischen Fachzeitschriften, die der Tübinger Professor Rimbach untersuchte, fanden sich nur 14 Hinweise auf Doktorarbeiten.

„Um die medizinischen Fakultäten von einer sinnlos gewordenen Belastung zu befreien“, empfahl der Wissenschaftsrat schon vor drei Jahren, den Dokortitel gratis zu verleihen: Zugleich mit der Approbation solle automatisch allen Medizinern der „Dr. med.“ zuerteilt werden — „ohne Dissertation und ohne zusätzliche Prüfung“. Für „eine Dissertation von zu reichend hohem Niveau“, so schlug der Wissenschaftsrat vor, möge künftig der Titel „Dr. sc. med.“ verliehen werden („Doktor der medizinischen Wissenschaft“).

Doch der Rat der Weisen stieß mit seinem Vorschlag auf Ablehnung. Wenigstens einmal während des Studiums, so beharrte etwa Professor Rimbach, sollte ein Mediziner darüber Auskunft geben, ob „er imstande ist, wissenschaftlich zu arbeiten“ — das bestandene Staatsexamen beweise schließlich nur die „Qualifikation für den ärztlichen Beruf“.

Ob das medizinische Staatsexamen eine solche Kontrollfunktion zu erfüllen vermag, darf zumindest als umstritten gelten. Der Hamburger Medizinalassistent Ekkehard von Seckendorff übte unlängst in einem Bericht, den er für den SPIEGEL (16/1969) schrieb, scharfe Kritik an der Abschlußprüfung — mit dem Staatsexamen erwerbe der Kandidat „allenfalls eine Bescheinigung, daß er eine bestimmte Zeitspanne am Medizinstudium teilgenommen hat“.

Das (ausschließlich mündliche) Staatsexamen, so konstatierte von Seckendorff, sei schwerlich geeignet, die ärztliche Qualifikation der Kandidaten zu erweisen:

- ▷ Es bleibe den Professoren weithin überlassen, den Inhalt der Prüfungsfragen willkürlich zu bestimmen — oft neigten die Prüfer dazu, ihre jeweiligen wissenschaftlichen Steckpferde in den Mittelpunkt des Exams zu stellen.
- ▷ Für die Studenten bestehe deshalb ein Zwang, bei den Examensvorbereitungen jeweils die speziellen Interessen der Prüfer zu berücksichtigen — häufig bedienten sich die Kandidaten dazu umfangreicher



Medizinalassistentin in der Klinik*
„Leibeigene Knechte ...“

Fragen-Kataloge, die von Semester zu Semester an die Prüfungskandidaten weitergegeben werden.

- ▷ Den Prüfungen sei ein „Scheincharakter“ eigen — es offenbare sich in ihnen eine „große Portion“ professoraler „Heuchelei“; indem die Ordinarien großzügig gute Zensuren austeilten (mehr als zwei Drittel aller Kandidaten bestehen die Prüfung mit „gut“ oder „sehr gut“), verschleierte sie den in Wahrheit schlechten Ausbildungsstand der Jungärzte, um selber der Kritik zu entgehen.

Wie es um den objektiven Gehalt von Examensnoten bestellt sein kann, zeigt eine Prüfungsperiode, die sich im vorletzten Wintersemester an der Hamburger Universität ereignete: Bei einer Prüfung im Fach Innere Medizin entließ der Privatdozent Kurt Müller-Wieland vier Examenskandidaten schon nach etwa zehn Minuten — zwei der Prüflinge mit der Note „vier“, die



Medizinalassistent in der Klinik*
... im feudalen System“

beiden anderen mit der Beurteilung „nicht genügend“ („fünf“).

Nachdem die Kandidaten beim Prüfungsvorsitzenden, dem Gerichtsmediziner Professor Erich Fritz, protestiert hatten, wiederholte Müller-Wieland die Prüfung. Nach der neuerlichen, nun anderthalbstündigen Befragung revidierte er sein früheres Urteil — die Kandidaten bestanden das Examen mit den Noten „gut“ und „befriedigend“.

Erst mit durchschnittlich 27 Jahren absolvieren Deutschlands Medizinstudenten das Staatsexamen — doch sie verlassen die Hochschule nicht als fertige Ärzte: Zwei Jahre lang müssen sie gegenwärtig als Pflichtassistenten Krankenhausdienst leisten, bevor sie die staatliche Approbation erhalten (die Erlaubnis, sich als selbständig praktizierende Ärzte niederzulassen).

Die zweijährige Lehrzeit als Medizinalassistent (MA) soll der Jung-Mediziner laut Bestallungsordnung dazu nutzen, „seine praktischen Kenntnisse und Fähigkeiten zu vertiefen“ und „ausreichendes Verständnis für die Aufgaben und Pflichten des ärztlichen Berufs“ zu entwickeln. Sechs Monate der MA-Zeit sollen auf einer internistischen Station abgedient werden, je vier auf einer gynäkologischen und chirurgischen Abteilung; die restliche Pflichtzeit kann nach Belieben in anderen Fächern absolviert werden.

Doch für rund 13 000 Jung-Mediziner, die das Staatsexamen bestanden hatten, standen an den westdeutschen Krankenhäusern im letzten Jahr nur etwa 8600 MA-Planstellen zur Verfügung. Für viele Examensabsolventen verzögerte sich damit die Ausbildung um eine zusätzliche Wartezeit.

Oft dauert es Monate, manchmal sogar Jahre, bis der MA eine Planstelle gefunden hat. Besonders in den drei Pflichtfächern mangelt es an Planstellen — den Haupt-Engpaß bildet die Gynäkologie. Längst erteilen die Behörden die ärztliche Approbation auch ohne den Nachweis gynäkologischer Praxis, sofern der MA etwa ein Dutzend vergeblicher Bewerbungen um eine „Gyn“-Planstelle vorlegen kann.

Angesichts der langen Wartezeiten — manche MA wurden bis zu 50mal bei der Stellensuche abgewiesen — finden sich die Pflichtassistenten häufig bereit, ihren Dienst unentgeltlich zu leisten. Zudem drängen viele Krankenhäuser die Medizinalassistenten, sich für den MA-Dienst länger als vorgeschrieben zu verpflichten: So vergab eine Klinik in Süddeutschland Planstellen nur unter der Bedingung, daß sich die Bewerber bereit erklärten, noch ein zusätzliches halbes Jahr in der chirurgischen und gynäkologischen Abteilung zu arbeiten — zum Hungerlohn des MA.

Denn die Medizinalassistenten, die — etwa in Baden-Württemberg — ein Viertel aller angestellten Ärzte ausmachen, dienen den finanzschwachen

* Oben: beim Verabreichen einer Injektion; unten: beim Aufnehmen eines Krankenberichts.



Demonstrierende MA (in Tübingen)
„Mit allen Fasern des beruflichen Seins ...“

chen Krankenhäusern als billige Hilfskräfte. Die Arbeitsbedingungen, unter denen die Jungärzte ihre MA-Zeit ableisten müssen, verglich die Studiker-Zeitung „Student“ mit den Methoden „frühkapitalistischer Ausbeutung“.

Tatsächlich wird den Medizinalassistenten meist ein Arbeitspensum abgefordert, das zur Entlohnung in einem wahrhaft grotesken Mißverhältnis steht. Für eine Sechzig-Stunden-Woche mit Wochenend- und Nachtdienst zahlt die Marburger Uni-Klinik ihren Pflichtassistenten ein Salär von 350 Mark brutto — anderswo wird Nachtdienst mit einem Sonderhonorar von etwa 30 Pfennig pro Stunde vergütet.

An Münchner Krankenhäusern arbeiten MA für ein monatliches Grundgehalt von 456 Mark — mit Sonderzuschlägen verdient ein 27-jähriger verheirateter Medizinalassistent monatlich 716 Mark. Nach Abzug der Steuern und Versicherungsbeiträge bleiben dem Jungarzt rund 500 Mark; für dieses schäbige Entgelt, das der bayerische Staat (laut Vertrag) „als freiwillige Leistung“ und „in stets widerruflicher Weise“ gewährt, arbeitet der MA wöchentlich bis zu 85 Stunden.

Ogleich die ärztliche Bestallungsordnung ausdrücklich fordert, daß der MA seinen Dienst nur „unter Anleitung, Aufsicht und Verantwortung eines hauptamtlich tätigen Arztes“ versehen darf, werden die Pflichtassistenten in der Praxis meist auch zu Aufgaben herangezogen, die sie eigentlich erst nach ihrer Approbation erfüllen dürften.

* Auf dem Deutschen Ärztetag 1968 in Wiesbaden.

An manchen Kliniken bewältigen die Medizinalassistenten, ohne dabei von den Stations- oder Oberärzten kontrolliert zu werden, den größten Teil der ärztlichen Dreck- und Kleinarbeit (Erneuerung von Wundverbänden, Entfernen von Gipsverbänden, Narkosewache und dergleichen). An einer Münchner Klinik etwa stellen Pflichtassistenten selbständig Diagnosen; sie diktieren Krankenberichte und schreiben Rezepte aus, die von den verantwortlichen Ärzten nur selten überprüft werden.

Gelegentlich unterlaufen den unerfahrenen Medizinalassistenten dabei gefährliche Fehler, mitunter mit tödlichen Folgen. So wurde in einer süddeutschen Klinik vor einigen Wochen eine ödemkranke Frau eingeliefert. Pflichtassistenten injizierten der Patientin unsachgemäß ein Röntgenkontrastmittel — seither liegt die Kranke, bläulich verfärbt am ganzen Körper, mit einer Venenentzündung in der Klinik.

In einem westdeutschen Krankenhaus diagnostizierte ein diensttuender MA bei einem bewußtlosen Patienten Volltrunkenheit. Er ließ den Mann — ohne weitere Untersuchung — auf die Station legen (zur Ausnüchterung, wie er erklärte). Der Kranke, der in Wahrheit an einem perforierten Blinddarm litt, starb am folgenden Tag.

Tödlich verlief auch ein Fall, der sich an einer süddeutschen Uni-Klinik ereignete: Ein MA, der in der Aufnahme-Station Dienst hatte, untersuchte einen Patienten, der über unklare Beschwerden klagte. Der Kranke, der einen Herzinfarkt erlitten hatte, starb während der langwierigen Untersuchung des hilflosen MA.

Meist fehlt es in den Krankenhäusern an approbierten Ärzten, die — wie vorgeschrieben — die Medizinalassistenten anleiten und überwachen

müßten. An einer Münchner Klinik beispielsweise, wo (entsprechend der Bettenzahl) 15 Vollärzte praktizieren sollten, arbeiten nur insgesamt acht approbierte Mediziner. Ihnen mangelt es an Zeit für eine planvolle Ausbildung der Medizinalassistenten, die zudem die Hauptlast der Krankenhausarbeit tragen.

Für die Arbeitslast, die zu bewältigen nicht ihr Auftrag sein kann, und für die ärztliche Verantwortung, die sie eigentlich nicht tragen dürften, wird den Pflichtassistenten kein angemessener Lohn zuteil. Vielmehr sehen sich viele MA genötigt, einen Teil ihrer ohnedies mageren Einkünfte für die Beiträge einer Berufshaftpflichtversicherung auszugeben.

Und aus der ärztlichen Verantwortung, die ihnen aufgebürdet wird, erwächst den Medizinalassistenten keinerlei Anerkennung: „Im allgemeinen“, so urteilt der Frankfurter MA-Sprecher Hartmut Koch, „werden wir wie Pimpfe behandelt.“ Es sei charakteristisch für die medizinische Ausbildung in Deutschland, so erläuterte ein Hamburger Medizinalassistent, daß den jungen Medizinen die ärztliche Verantwortlichkeit möglichst lange vorenthalten werde — „die Verantwortung, die wir aufgehalst kriegen, wird uns immer inoffiziell zugeteilt, damit wir daraus offiziell keine Rechte ableiten können“.

Freilich, nicht mehr lange wird den Krankenhäusern das Arbeitskräfte-Reservoir der rechtlosen und „billigen Krankenhaus-Knechte“ (Studenten-Slogan) zur Verfügung stehen: Die neue Approbationsordnung, die 1970 in Kraft treten soll, ersetzt die MA-Zeit durch ein sogenanntes Internatsjahr — künftig sollen die Jung-Mediziner eine (straff organisierte) praktische Ausbildung schon vor dem Studienabschluß absolvieren.

Allein die Einführung des Internatsjahres würde hinreichen, um das



... die Einheit der Medizin wahren“: Ärzte-Funktionär Fromm, protestierende MA*

Gebäude der deutschen Medizin bis in die Grundfesten erzittern zu lassen: Schon jetzt rätseln verstörte Klinikdirektoren über der Frage, wer in Zukunft den Platz der schlecht bezahlten Medizinalassistenten einnehmen soll, verzagen Medizin-Dozenten angesichts der Notwendigkeit, neue Unterrichtsformen erproben und dafür Hör-

Wie Witwe Boltes Federvieh bei Wilhelm Busch zerren und würgen die Interessentengruppen an den unverdaulichen Brocken der Reform, unfähig, den Knoten zu lösen und sich auf eine gemeinsame Richtung zu einigen:

- ▷ Die Ordinarien der medizinischen Fakultäten richten sich darauf ein, ihre gefährdete Position zu verteidigen. Um den gefürchteten Hochschulgesetzen zu entgehen, erwog der Westdeutsche Medizinische Fakultätentag bereits, die medizinischen Fakultäten aus den Universitäten auszugliedern.
- ▷ Direktoren wissenschaftlicher Institute sperren sich gegen die geplante Demokratisierung — in einem Aufruf warnten sie vor dem in Aussicht gestellten Mitspracherecht für Studenten und Assistenten: Die Spitzenkräfte der deutschen Wissenschaft, so prophezeiten sie, würden in die Industrie abwandern.
- ▷ Medizinstudenten und Assistenzärzte sträuben sich gegen die Reformpläne, weil die neue Approbationsordnung „den Problemen der medizinischen Ausbildung nicht gerecht“ werde; einmal, weil zu wenig obsoleter Lehrstoff entfernt, zum anderen, weil zu viel neuer aufgenommen werde. So kritisierte eine „Ad-hoc-Gruppe“ von Medizinstudenten und Assistenten — durch vermehrtes Anhäufen von nachprüfbareren Faktenwissen werde nur der „auf den Studenten lastende Prüfungsdruck verstärkt“. Die „totale Verschulung und Reglementierung“ des Medizinstudiums sei bislang das einzige erkennbare Ziel sowohl der Hochschulgesetze als der neuen Bestallungsordnung.

Allenfalls in einem Punkt könnten sich die Parteien im Streit um die deutsche Hochschul-Medizin noch zusammenfinden, in der Ablehnung der jetzt geplanten Neuerungen.

Die neue Approbationsordnung, so schließt das Manifest der „Ad-hoc-Gruppe“, „müssen wir zusammen, Professoren, Assistenten und Studenten, zu Fall bringen“. Aus Protest gegen das unerwünschte Reformwerk veranstalteten am Donnerstag letzter Woche Medizinstudenten aus fünf Universitäten einen Sternmarsch nach Bonn.

Ein Heilmittel gegen das Siechtum der deutschen Schul-Medizin, so scheint es, haben Deutschlands Mediziner noch längst nicht gefunden. Und ob die Reformen, wie sie jetzt versucht werden, die Krankheit wenigstens werden lindern können — auch das ist noch umstritten.

IM NÄCHSTEN HEFT

Ordinarien-Kult verhindert eine Nierenverpflanzung — Neue Approbationsordnung: Schon im Entwurf verwässert — Stillstand in der Forschung — Wer zahlt für die Reformen?



„... na, Herr Kollege, jetzt noch vier Monate Chirurgie, dann haben Sie's ja geschafft.“

säle, Kliniken und zusätzliches Lehrpersonal bereitstellen zu müssen.

Die neue Approbationsordnung würde verlangen:

- ▷ Anpassung des Lehrstoffes in Klinikum und Vorklinikum an den modernen Wissenschaftsstandard — veralteter Wissensstoff soll ausgeschieden, bislang vernachlässigte Fächer wie medizinische Psychologie oder Sozialmedizin sollen in den Lehrplan aufgenommen werden;
- ▷ Einführung des Gruppenunterrichts — die Studenten sollen in überschaubaren Gruppen praxisnah ausgebildet werden;
- ▷ Reduzierung der großen Pflichtvorlesungen, die bisher im Mittelpunkt des Medizinstudiums standen — künftig soll die Zahl der Übungen und Praktika vergrößert werden.

Aber noch haben Kultusbehörden und Universitäten kaum konkrete Vorstellungen entwickelt, wie solche kostspieligen Pläne verwirklicht werden könnten.

Erst recht im Ungewissen bleibt vorläufig, welche Chancen, Risiken und Konsequenzen jene über die Approbationsordnung hinausgehenden Reformvorschläge in sich bergen, die etwa bei den Kultusministerien der Länder gegenwärtig vorbereitet werden und auf die Zerschlagung der klassischen Strukturen deutscher Schul-Medizin abzielen: Umwandlung der Fakultäten zu Departments, Abbau der Ordinarien-Hierarchie.

ST 230