

Hochschulstudium und berufliches Handeln – medizinische Ausbildung im Strukturumbbruch

Manfred Stock

Beitrag zur Ad-hoc-Gruppe »Stille Revolution? Die Akademisierung der Arbeits- und Lebenswelt als Wissenstransfer«

Einleitung

Im Beitrag geht es um das Verhältnis von Hochschulstudium und beruflichem Handeln mit Blick auf die medizinische Ausbildung. Hintergrund dafür ist eine grundlegende Umstellung des Medizinstudiums, die derzeit zu beobachten ist. In einem ersten Schritt werden die bislang herrschenden strukturellen Voraussetzungen des Medizinstudiums in Deutschland skizziert. In einem zweiten Schritt steht die Beantwortung der Frage im Mittelpunkt, auf welche Weise diese Ausbildungsstruktur zur Bewältigung der spezifischen Handlungsprobleme beiträgt, denen sich Ärzte im Beruf gegenübersehen. Drittens geht es um die derzeitigen Umstellungen der Ausbildungsstrukturen und um die Frage, wie diese vor dem Hintergrund dieser Handlungsprobleme zu beurteilen sind.

Zur Entstehung der Struktur des Medizinstudiums – eine kurze historische Skizze

In der Vormoderne gehörte Medizin als Fach zu den oberen Fakultäten. Es war primär eine Textwissenschaft und entsprechend beinhaltete das Studium die Auseinandersetzung mit den hergebrachten autoritativen Texten; im Falle der Medizin vor allem mit den Texten von Hippokrates, Galen und Avicenna. Diese wurden mittels der scholastischen Methode systematisiert und galten als Ausdruck eines hergebrachten wahren Wissens. Mit dem Studium und den akademischen Graden verband sich kaum die Vorstellung, dass das Studium zur Ausübung einer Berufsrolle befähige. Die universitären Grade verschafften vor allem Ansehen in der Hierarchie der Stände und waren nicht mit zugeordneten Berufsrollen verknüpft.

Mit dem Übergang zur Moderne kommt es zur Verberuflichung der Arztrolle im Zuge ihrer Akademisierung. Diese beruht auf zwei strukturellen Voraussetzungen: auf dem Berechtigungswesen und auf dem Übergang der vormodernen Universität zur modernen Forschungsuniversität. Durch das Berechtigungswesen wird das Studium der oberen Fakultäten (also Medizin, Jura, Theologie) auf eine systematische Art und Weise mit Stellen im staatlichen Beamtenapparat und im Bereich der freien Berufe verknüpft. Dies geschah zuerst in Preußen Mitte des 19. Jahrhunderts, dann im Deutschen Reich und be-

ruhte vor allem auf der Einführung von staatlichen Studienordnungen, staatlichen Prüfungen (Staatsexamen) und von entsprechenden staatlichen Abschlüssen, die allein für den Zugang auf zugeordnete Stellen berechtigten. Titel und Stellen wurden auf diese Weise einem homologen Schema der Klassifikation unterworfen. Damit waren die klassischen Professionen, eingeschlossen die Ärzte, als staatlich regulierte Berufe institutionalisiert. Nur wer im Besitz des geforderten Staatsexamenszertifikats war, konnte auf eine berufliche Stelle als Arzt gelangen (vgl. ausführlich Stock 2024).

Zum anderen beruhte die Verberuflichung und Akademisierung der Arztrolle auf dem Übergang der Universität zur modernen Forschungsuniversität. Bislang ging es an der Universität um die bloße Rezeption, Systematisierung sowie Lehre eines hergebrachten Wissens, das in den autoritativen Texten enthalten war. Jetzt wird zum ersten Mal an der Philosophischen Fakultät durch eigene Forschung ein Wissen erzeugt, das die Grundlage der Lehre ist. Exemplarisch dafür ist die naturwissenschaftliche Forschung auf erfahrungswissenschaftlicher und experimenteller Grundlage. Die Naturwissenschaften differenzieren sich als selbständige wissenschaftliche Disziplinen und Fächer unter dem Dach der philosophischen Fakultät aus. Die Medizin hat sich nun ins Verhältnis zu setzen zu dieser neuen Form des forschungsbasiert sich eigenlogisch erweiternden wissenschaftlichen Wissens (vgl. Stock 2024). Ab Anfang des 19. Jahrhunderts wird die Medizin zu einem Fach, das in enger Beziehung zu den Naturwissenschaften steht. Die Naturwissenschaften erzeugen nun eine materiale Wissensgrundlage für das medizinische Handeln im Umgang mit den Patienten. Damit bilden die naturwissenschaftlichen Disziplinen als „Grundwissenschaften“ die Basis des Übergangs zur modernen Medizin. In der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts sind jene Grundlagendisziplinen, die die Medizin auf ein neues Fundament stellen, neben Physik, Chemie und Biologie, die mikroskopische Anatomie (Histologie), Physiologie, Pathologie, Pharmakologie, später kommt die Bakteriologie hinzu und weitere Disziplinen, wie die Biochemie. Auch die neuen Formen der Verknüpfung von Forschung und Lehre an der Forschungsuniversität, die sich zuerst in der philosophischen Fakultät herausgebildet haben, halten Einzug in das Medizinstudium. Die, wie man es nannte, „praktische Beschäftigung mit den Naturwissenschaften“ (Phoebus 1849) im Labor sollte zugleich Einsichten in die Voraussetzungen und Bedingungen des Zustandekommens des naturwissenschaftlichen Wissens und auch des darauf aufbauenden Wissens der medizinischen Disziplinen ermöglichen. Neben dieser naturwissenschaftlichen Grundlegung werden im 19. Jahrhundert die Kliniken systematisch an den Universitäten ausgebaut als Anstalten der Forschung und auch der klinischen Ausbildung am Patienten. Sämtliche Gebiete der Heilbehandlung, die sich auf eine wissenschaftliche Grundlage stellen lassen, werden akademisiert. Auch die Chirurgie, die vordem eine rein handwerkliche Kunst war, wird nun der akademischen Medizin einverleibt. Das Studium der Medizin hat nun die folgende Struktur: In einer ersten Phase – der vorklinischen Ausbildung – erfolgt das Studium der naturwissenschaftlichen Grundlagen, das vor allem die Fächer Chemie, Physik, Botanik, später Biologie, Anatomie, Physiologie (und Pathophysiologie) sowie später Biochemie beinhaltet. Sie schließt mit einer ärztlichen Vorprüfung ab. In dieser Phase wird also ein Wissen in den Fächern vermittelt, das der inneren Systematik der jeweiligen Wissenschaftsdisziplin folgt; die Vermittlung ist gleichsam disziplinlogisch.

Als zweite Studienphase schließt sich die Ausbildung in den klinischen Fächern an. In der klinischen Phase geht es vor allem um allgemeine Krankheitsbilder und um Diagnostik und Therapie. Diese werden erstens als theoretisch generalisierte Aussagen bzw. als theoretisch generalisierte Handlungsanweisungen gelehrt. Und sie werden zweitens in praktischen Studienphasen in Umsetzung auf einen konkreten Fall, also im Kontakt mit Patienten vermittelt. Das findet statt in Form von Famulaturen und im praktischen Jahr, das das Studium beendet und in dem die Studenten und Studentinnen unterschiedliche klinische Bereiche durchlaufen. Nach dem praktischen Jahr folgt die zweite Staatsprüfung und dann wird die Approbation erteilt.

Auf Grundlage dieser Studienstruktur nimmt die akademische medizinische Ausbildung mehr und mehr für sich in Anspruch, für sämtliche Bereiche der Krankenbehandlung zuständig zu sein. Mit der

Durchsetzung dieser Struktur wird die Vielzahl der im 18. Jahrhundert noch herrschenden Kategorien von ärztlichen Berufen und deren stratifizierte Ordnung schrittweise aufgehoben. Nachdem die Universität auch die Ausbildung der Chirurgen übernommen hat, wird Mitte des 19. Jahrhunderts schließlich eine einheitliche ärztliche Approbation eingeführt, die allein die Absolventen des akademischen Medizinstudiums erlangen können. Der damit erzeugte, wie es damals hieß, „ärztliche Einheitsstand“ ist allein für sämtliche Gebiete der Krankenbehandlung zuständig und übt die Kontrolle über die ihm nun unterstellten Rollen der Heildiener, später Krankenschwestern und Hebammen, aus. Die genannte Studienstruktur ist die bis heute herrschende Struktur.

Studienstruktur und ärztliches Handlungsproblem

Wie hängt diese Stufenstruktur des Medizinstudiums mit den spezifischen Handlungsproblemen zusammen, denen sich Ärzte im Beruf gegenübersehen? Zunächst ist zu berücksichtigen, dass sich aus dem theoretischen Wissen der naturwissenschaftlichen Grundlagenfächer und aus dem theoretischen Wissen der klinischen Fächer im ärztlichen Handeln Diagnosen und Therapien nicht schlicht deduktiv ableiten lassen. Hingegen muss das allgemeine wissenschaftliche Wissen in Bezug auf die sich gleichsam verstehend zu erschließende Spezifik eines individuellen Falls transformiert und übersetzt werden. Die Wissens-„Anwendung“ im Falle der Medizin ist daher nur in engen Grenzen standardisierbar (Oevermann 2003 und 2005). Der Arzt hat es mit therapeutischen und diagnostischen Unsicherheiten zu tun (Fox 1957), auf die man sich nur schwer vorbereiten kann, da sie vom Fall, mit dem man es konkret zu tun hat, abhängen. Mit Immanuel Kant (2016) könnte man sagen: Die Regeln der Anwendung eines wissenschaftlichen Regelwissens lassen sich aus diesem selbst nicht ableiten. Zur Anwendung bedarf es einer besonderen Fähigkeit: der Urteilstkraft. Diese lässt sich aber nicht planmäßig, etwa mittels eines unmittelbar darauf ausgerichteten Lehrprogramms, erwerben.

Vor dem Hintergrund dieses Handlungsproblems kann nun die hergebrachte Struktur des medizinischen Studiums betrachtet werden. Für Ulrich Oevermann muss der Professionelle über einen „Forschungshabitus“ (Oevermann 2005, S. 35 ff.) verfügen, um zu einer spezifizierenden Umsetzung und Rekontextualisierung des wissenschaftlichen Wissens in Bezug auf den vorliegenden Fall in der Lage zu sein. Deswegen bedürfe es einer vorklinischen Ausbildung entlang der verschiedenen naturwissenschaftlichen Disziplinen, die sich in einer forschungsnahen Form der Lehre etwa im Labor vollzieht. Dieses Argument findet sich übrigens schon Mitte des 19. Jahrhunderts in den Arbeiten von Phoebus (1849). Die praktische Beschäftigung mit den Grundlagenwissenschaften, so heißt es bei ihm, „zumal wenn sie in einem selbstthätigen Beobachten besteht, schärft die Sinne und den Verstand des angehenden Arztes, übt ihn namentlich in einem nicht bloß formell, sondern materiell richtigem Urtheilen und Schliessen, und entwickelt seinen Beobachtungsgeist“ (Phoebus 1849, S. 3). Nur auf der Grundlage dieser habitualisierten Fähigkeiten gelange der Student und später der Arzt zu einer „gründlichen Diagnostik“, die den Besonderheiten des jeweiligen Falles gerecht werde. Ohne eine geschärfte Beobachtungsfähigkeit, so schreibt der Autor weiter, begnügt sich der Student,

„den Regeln und speciellen Anleitungen zu folgen, welche die klinischen Lehrer, die diagnostisch-semiotischen Vorträge und mancherlei Bücher ihm für die Erforschung der Krankheiten im Allgemeinen und im Einzelnen geben; sehr natürlich hält er sich dann immer möglichst getreu an die ihm gegebenen Schilderungen und diagnostischen Regeln, und leistet bei den ihm vorkommenden Krankheitsfällen Verzicht auf die kritische Untersuchung, ob gewisse Symptome und Symptomgruppen auch immer die gewöhn-

liche Bedeutung zukomme, und nicht bisweilen eine abweichende. Er hält sich also mehr an die Schale als an den Kern.“ (Phoebus 1849, S. 4)

Ebenfalls in einer mittlerweile schon „klassischen“ Studie aus den 1950er Jahren bringt Fox (1957) die Stufenstruktur der Medizinausbildung mit dem Unsicherheitsproblem des ärztlichen Handelns in Zusammenhang. Er zeigt anschaulich, wie mit dem Durchlaufen der stufenförmigen Ausbildungsstruktur schrittweise ein allgemeines Vermögen sozialisiert wird, mit den Unsicherheiten klinischen Entscheidens umzugehen, und wie dabei schrittweise der Denkstil „to think like a doctor“ (Fox 1957, S. 223) als Habitus sich herausbildet. Demnach bilden systematische Einsichten in allgemeine naturwissenschaftliche Grundlagen nicht nur die Basis für das umfassende Verständnis der klinischen Fächer, sondern auch für die übergreifende Fähigkeit, selbständig diagnostische und therapeutische Schlüsse im Umgang mit jenen Besonderheiten eines Einzelfalls abzuleiten, die von den allgemeinen Beschreibungen der Krankheitsbilder erheblich abweichen können. Auch diese Fähigkeiten können nicht durch die Abarbeitung eines Lehrprogramms gleichsam planmäßig vermittelt werden. Sie speisen sich hingegen aus dem Erwerb eines generativen Vermögens, das sich latent im Durchlaufen dieser stufenförmigen Ausbildungsstruktur aufbaut.¹ Vielleicht sollte man noch hinzufügen: Die eigentliche Ausbildungsstruktur, in der die Fähigkeit zum fallbezogenen Handeln erworben wird, ist der Umgang mit Einzelfällen unter Anleitung von erfahrenen Ärzten und Ärztinnen. Das wird zwar in den praktischen Ausbildungsphasen des Studiums angestrebt, kann aber strukturell erst in der Facharztausbildung in der Praxis selbst erworben werden.

Gegenwärtige strukturelle Veränderungen des Medizinstudiums

War bislang das Medizinstudium in Deutschland allein an staatlichen Forschungsuniversitäten angesiedelt, so treten in den letzten Jahren etliche Studiengänge an privaten Hochschulen hinzu. Hier werden ausschließlich sogenannte Modellstudiengänge – die es auch an einigen staatlichen Universitäten gibt – angeboten. Modellstudiengänge entsprechen nicht der klassischen Form des Medizinstudiums, die, wie gezeigt, auf der Trennung von vorklinischer und klinischer Ausbildung beruht. Sie weichen von der derzeit geltenden Approbationsordnung ab und berufen sich auf entsprechende Ausnahmeklauseln.

Neben dieser Verlagerung des Studiums in den nicht-staatlichen Hochschulbereich jenseits der Forschungsuniversitäten laufen seit einigen Jahren Bemühungen, dem Medizinstudium eine neue curriculare Regelstruktur zu geben. 2017 wurde zu diesem Zweck von den zuständigen Ministerien des Bundes und der Länder ein „Masterplan“ für die Reform des Medizinstudiums verabschiedet. Eine vom Wissenschaftsrat einberufene Expertenkommission soll die Umsetzung dieses Planes anleiten und begleiten (vgl. Wissenschaftsrat 2018). Für 2027 ist die Verabschiedung einer neuen Approbationsordnung durch den Gesetzgeber vorgesehen, nach der die Modellstudiengangsstruktur als neue Regelstruktur des Medizinstudiums in Deutschland verallgemeinert werden soll. Dann gilt eine Studiengangsstruktur, nach der die Inhalte der Grundlagenfächer nicht mehr in der Logik eines eigenen Faches bzw. einer Wissenschaftsdisziplin vermittelt werden, sondern als mehr oder weniger isolierte Wissensbestände, die auf konkrete klinische Probleme, auf konkrete Erkrankungen und konkrete patientenbezogene Interventionen, zugeschnitten sind. Wenn beispielsweise Lungenkrankheiten das Thema sind, werden in Verbindung damit jene Teile der Physiologie und der Naturwissenschaften gelehrt, die für die Erklärung des Gasaustausches in der Lunge bedeutsam sind, und es wird die Anatomie der Lunge behandelt. Diese,

¹ Dies wird häufig unter dem bildungssoziologischen Begriff des „hidden curriculum“ thematisiert (vgl. dazu mit Blick auf die „medical education“ Hafferty und Castellani 2009).

wie es heißt, integrierte Struktur, soll mit der neuen Approbationsordnung verbindlich eingeführt werden. Zudem, so lautet die Vorgabe der Expertengruppe des Wissenschaftsrates, soll dem Studium nun ein Kompetenzkonzept zugrunde gelegt werden. Um ein entsprechendes Curriculum zu konstruieren, wird die Arztrolle in einzelne Handlungsbereiche oder Aufgabenbereiche zerlegt, die sehr kleinformig ausfallen. Für die Erfüllung der einzelnen Aufgaben sollen dann im Studium die entsprechenden Kompetenzen erzeugt werden. Unter Federführung des Medizinischen Fakultätentages wurde ein „Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin“ (NKLM) eingeführt, der beständig fortentwickelt wird und auch die Grundlage bilden soll für das durch die neue Approbationsordnung vorzuschreibende Curriculum.

Der NKLM unterscheidet Gruppen von „kompetenzorientierten Lernzielen“ wobei „Konsultationsanlässe“ und „Erkrankungen“ im Mittelpunkt stehen und die mit Abstand umfangreichsten Gruppen bilden. Die einzelnen Gruppen werden im Katalog immer weiter aufgefächert. Beispielsweise werden unter „Erkrankungen“ elf Organsysteme unterschieden, die dann in Erkrankungsgruppen und Erkrankungen aufgegliedert werden. Für jede Erkrankung werden dann durch sechs sogenannte Deskriptoren die Inhalte der erforderlichen Kompetenzen bzw. Lernziele weiter bestimmt, das heißt mit Blick auf: Grundlagen, Diagnostik, Therapie, Notfall, Prävention und Rehabilitation sowie Management. Sodann sind diesen inhaltlichen Gesichtspunkten fünf Stufen des Kompetenzerwerbs zugeordnet. Diese sollen Niveaus der Verfügung über Wissen und Handlungskompetenzen unterscheiden, und zwar über: „Faktenwissen“, „Handlungs- und Begründungswissen“, eine „Handlungskompetenz unter Anleitung“ sowie über eine „selbständige Handlungskompetenz“. Das Ganze wird dann so arrangiert, dass die einzelnen Lernziele im Verlauf des Studiums auch longitudinal ineinandergreifen sollen. Auf diese Weise entsteht eine extrem komplexe Matrizenstruktur. So enthält die derzeit aktuelle Ausarbeitungsstufe 2.0 des NKLM 480 Teilkompetenzen, 2.800 Lernziele sowie 15.000 „kompetenzbasierte Querverbindungen“², die die Lernziele inhaltlich und auch in der Zeitdimension miteinander verknüpfen. Hinzu kommt noch, dass für die einzelnen Studienphasen in Bezug auf die Erkrankungen das beständige Ineinandergreifen von grundlagenwissenschaftlichen Inhalten und klinischen Ausbildungsinhalten geregelt wird (bzw. noch geregelt werden muss), schließlich sollen von Beginn des Studiums an beide Seiten miteinander verzahnt werden, wobei sich im Laufe des Studiums das Gewicht zwischen beiden Seiten verschiebt und bestimmte Erkrankungen im Zeitverlauf auch wiederkehrend, allerdings auf höheren Kompetenzstufen, zum Gegenstand der Ausbildung werden. Diese Logik der Ausarbeitung des NKLM scheint eine innere Dynamik zu entfalten, die ein solches Maß an Komplexität erzeugt, die die studienprogrammorganisatorische Umsetzung vor unlösbare Probleme stellen dürfte. Dies betrifft vor allem auch die Organisation des kleinteiligen und hochgradig partikularisierten Zusammenwirkens von Grundlagenfächern und klinischen Fächern bei der gemeinsamen Abarbeitung der einzelnen Lernziele (z.B. einer Erkrankung)³ auf Ebene der Lehrveranstaltungen.

Bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts hat Abraham Flexner in seinen berühmten ländervergleichenden Untersuchungen zum Medizinstudium (Flexner 1927) über Versuche berichtet, einzelne Wissensbestände aus den naturwissenschaftlichen Grundlagendisziplinen herauszulösen und in ihrem Zuschnitt auf eine bestimmte Erkrankung oder ein bestimmtes Organ gemeinsam mit dem jeweiligen klinischen Wissen und Fähigkeiten zu vermitteln. Er kritisiert diese, wie er es nennt, „Korrelationstheorie“ vehement (Flexner 1927, S. 232 ff). Es lohnt durchaus, sich seine Argumente in Erinnerung zu rufen:

² Vgl. <https://nkml.de/support/video/category/background> (unter: „Einführung in den NKLM 2.0“) (letzter Zugriff auf sämtliche hier aufgeführten Webseiten: 23. Januar 2026).

³ In der Systematik des NKLM wird dies unter dem Begriff des „Z-Curriculum“ behandelt. Die Bezeichnung „Z“ soll die sukzessive Zunahme klinischer Inhalte komplementär zur sukzessiven Abnahme grundlagenwissenschaftlicher Inhalte im zeitlichen Ablauf des Curriculums symbolisieren. Vgl. <https://nkml.de> vor allem: <https://nkml.de/zend/support/video/category/structure>

Erstens wendet er ein, dass eine solche Reorganisation einen enormen Verwaltungsaufwand erzeugen würde. Wenn man sich allein den administrativen Aufwand anschaut, der in der letzten Dekade in Vorbereitung der Einführung eines neuen verbindlichen Curriculums im Zusammenhang mit der Implementierung einer neuen Approbationsordnung betrieben wurde, so kann man dem nur zustimmen.⁴ Hinzu kommt der bürokratische Aufwand, der für die Ausarbeitung des NKLM selbst betrieben wird. Mehr als 800 Experten und Expertinnen aus dem Gesundheitswesen und den Hochschulen wirken am NKLM mit, eigene organisatorische Einheiten wurden geschaffen, um den entsprechenden Koordinationsaufwand zu bewältigen.⁵ Für die Umsetzung der geplanten und dann verbindlichen Version 3.0 des NKLM an den Universitäten dürfte ebenfalls ein erheblicher Koordinationsaufwand zu erwarten sein. Für dessen Bewältigung entstehen zusätzliche Abteilungen an den Universitäten, und für das eigentliche wissenschaftliche Personal wird der Abstimmungsaufwand auch erheblich ansteigen. Flexner kommentierte seinerzeit die zu erwartenden Mehraufwendungen bei Einführung eines Curriculums, das „die verschiedenen Fäden – den anatomischen, physiologischen, chemischen, pathologischen, klinischen – miteinander in dem Maß, wie der Student voranschreitet, immer mehr zu verweben“ (Flexner 1927, S. 232) trachtet, mit den Worten: „Ist es nicht klar, daß sich die administrative Last stark vergrößern wird auf Kosten des jämmerlichen Bißchens von Zeit und Energie, das dem Stab jetzt für Forschung und Lektüre übrigbleibt?“ (Flexner 1927, S. 233).

Zweitens befürchtet er eine Schwächung der naturwissenschaftlichen Grundlagenwissenschaften an den Medizinischen Fakultäten und den Verlust ihrer disziplinären Eigenständigkeit. Auch dieser Punkt hat von seiner Aktualität insofern nichts eingebüßt, als dass mit der Einführung der neuen Studiengänge die Grundlagenfächer nicht mehr in ihrer eigenen disziplinären Logik gelehrt und gelernt werden, sondern nur mit Blick auf klinisch-praktisch orientierte Inhalte. Man kann dies beispielsweise an einschlägigen Stellungnahmen des „Arbeitskreises Biochemie in der Medizin“ (2023) und der „Gesellschaft für Biochemie und Molekularbiologie“ (2006) ablesen, die einen entsprechenden Bedeutungsverlust befürchten.

Drittens führt Flexner ins Feld, dass die naturwissenschaftlichen Grundlagenfächer eine je eigene Einheit besitzen, die der Student und die Studentin sich jeweils erschließen müsse. Später, in der klinischen Ausbildung, ginge es dann darum, dieses disziplinlogische Wissen sich erneut zu vergegenwärtigen und zu lernen, dieses selbständig bei der Lösung eines klinischen Problems einzubeziehen und zu einer „Synthese“ (Flexner 1927, S. 234) zu bringen. Eben diese selbständigen Syntheseleistungen würden später auch in der Berufsausübung verlangt. „Nicht die klügste Verbindung und Korrelation [gemeint ist das Konzept der curricularen Integration von vorklinischen und klinischen Inhalten – d. A.], die man erfinden kann, wird ihn [den Studenten – d. A.] [...] vor der Notwendigkeit bewahren, ebensolche Anstrengungen fortwährend in seinem Berufsleben zu machen“ (Flexner 1927, S. 234). Und er ergänzt: „Gegen alle diese Pläne [gemeint sind die Integrationskonzepte – d. A.] erhebt sich derselbe Einwand – daß sie nämlich durch Organisieren und Mechanisieren vollbringen wollen, was sich nur durch Streben, hauptsächlich durch das eigene Streben des Studenten, vollbringen läßt“ (Flexner 1927, S. 237 f.). Mit anderen Worten: Eine Struktur des Curriculums, die der, wie Flexner sie nennt, „Korrelationstheorie“ folge, sei schwerlich in der Lage, auf die Anforderungen des ärztlichen Handelns vorzubereiten. Und wir können hinzufügen: Weil der Arzt in seinem beruflichen Handeln sich beständig Fällen mit unklaren Symptomen gegenüber sieht, bedarf es einer übergreifenden Fähigkeit, selbständig, auf der Grundlage

⁴ Einen Eindruck von den Bemühungen auf politisch-administrativer Seite vermittelt eine entsprechende Aufstellung des Wissenschaftsrates. (Vgl. https://www.wissenschaftsrat.de/DE/Aufgabenfelder/Wissenschafts_und_Hochschulsystem/Medizin_und_Gesundheitssystem/Ausbildung_in_der_Medizin/ausbildung_in_der_medizin_node).

⁵ Vgl. <https://nkml.de/zend/objective/list/orderBy/@objectivePosition/studiengang/Arztrollen> (unter: „Entwicklungsprozess“).

der Verfügung über übergreifende vor allem patho-physiologische und andere umfassende Grundlagenkenntnisse, Diagnosen und Therapien zu entwickeln.

Viertens kann man über Flexner hinaus die dem NKLM-Curriculum zugrunde liegende Vorstellung einer „Outcome-Orientierung des Medizinstudiums“ (Wissenschaftsrat 2018, S. 31, 40 ff.) kritisieren. Die kleinteilig aufgeschlüsselten Lernziele und Kompetenzen sind in ein, wie es heißt, „Outcome-Framework“⁶ eingebettet. Nimmt man dies beim Wort, so wird das Studium im Sinne einer Technologie behandelt. Es erscheint als Mittel, das es erlaube, „*learning outcomes*“, also die im NKLM definierten Lernziele und Kompetenzen, die der Berufsrolle des Arztes inhärent seien, planmäßig herzustellen. Diese Sichtweise wird Erziehungs- und Bildungsprozessen insofern nicht gerecht, als sie diese nach einem Trivialisierungsmodell konzipiert. Studenten und Studentinnen erscheinen wie Trivialmaschinen, die einen isolierbaren Input nach festliegenden Regeln verarbeiten, um einen isolierbaren vorgegebenen Output, also die jeweils definierten Lernziele und Kompetenzen, zu erreichen und herzustellen. Der faktische Erwerb von beruflichen Handlungsfähigkeiten ist mit diesem Modell nicht zu fassen.⁷

Zudem soll in den klinischen Teilen des Curriculums das Handeln am Patienten demonstriert werden. Dabei liegt es nahe, mit Standardfällen zu arbeiten, um anhand derer die jeweils vorgegebenen Lernziele und Kompetenzen zu erreichen. In den Empfehlungen der Expertenkommission ist sogar explizit von der „Vermittlung standardisierter ärztlicher Handlungsfähigkeiten“ (Wissenschaftsrat 2018, S. 22) die Rede.⁸ Mit Blick auf die faktischen Probleme des professionellen Handelns stellt sich dann die Frage, wie diese eher einseitig an einem Subsumtionsschema ausgerichtete Ausbildungsstruktur sich zum Problem der Besonderheit des individuellen Falls verhält. Dieses Problem lässt sich eben nicht auf dem Wege einer bloßen Subsumtion des individuellen Falls unter allgemeine Symptomkomplexe und Handlungsregeln lösen, auch wenn diese an einem Patienten demonstriert werden. Bei Fällen mit unklaren Symptomen bedarf es, wie wir schon darauf hingewiesen, eines übergreifenden generativen Vermögens, eigenständig Diagnosen und Therapien zu entwickeln, die den Besonderheiten des Falles in einem eher rekonstruktiven Vorgehen Rechnung tragen. Dieses Vermögen lässt sich, ganz wie die Kant'sche Urteilskraft, nicht durch Abarbeitung eines Lehrprogramms ausbilden, sind die Ziele und angestrebten Kompetenzen auch noch so nachdrücklich in dieser Richtung formuliert und aufgefächert. Eher bildet sich ein solches Vermögen latent im Umgang mit einer ganzen Ausbildungsstruktur. Und es spricht viel dafür, wie wir an verschiedenen Stellen bereits darauf hingewiesen, dass die Stufenstruktur, nach der die klinische Ausbildung auf der Aneignung disziplin- und fachlogisch konstituierter Grundlagenwissenschaften aufbaut, dafür eine adäquate Voraussetzung bietet. Ob das NKLM-Curriculum die für ein ärztliches Handeln tatsächlich erforderlichen Fähigkeiten herzustellen vermag, erscheint daher eher als fraglich. Zwar gab es auch seitens einiger medizinischer Universitätsfakultäten (Benndorf et al. 2018) massive Kritik an der Umstellung auf das neue Curriculum – diese blieb aber wirkungslos. Zum Teil mag dies an der scheinbaren Plausibilität des *outcome*-orientierten Kompetenzkonzepts liegen. Ausgehend von den Erziehungswissenschaften hat es sich zu einem herrschenden Konzept entwickelt, das zudem gut zur zunehmenden Standardisierung oder, um den Ausdruck von Flexner zu gebrauchen, zur „Mechanisierung“ des Studiums in Zeiten der Durchsetzung des BA-MA-Regimes passt. Offensichtlich ist es zu einem „*world model*“⁹ im Sinne der Weltgesellschaftstheorie des soziologischen Neoinstitutio-

⁶ Vgl. <https://nklm.de/zend/objective/list/orderBy/@objectivePosition/studiengang/Arztrollen> (unter: „Wissenschaftliche Grundlagen“).

⁷ Dies zeigen in allgemeiner Hinsicht Luhmann und Schorr (1982) und mit Blick auf das Medizinstudium Burkardt (1983) und Boshuizen und Schmidt (1992).

⁸ Dass sich gerade ärztliche Handlungsfähigkeiten weitgehend einer Standardisierung entziehen, ist eine Grunderkenntnis einschlägiger philosophischer (Gadamer 2010; Wieland 2014) und soziologischer (Oevermann 2005, 2003; Vogd 2017; Loer 2011) Studien.

⁹ Zur konjunkturellen Dynamik solcher *world models* im Hochschulbereich vgl. Stock (2004) am Beispiel von Konzepten des Hochschulmanagements.

nalismus (Meyer et al. 1997) geworden, dessen Anerkennung man sich kaum entziehen kann. Mittlerweile gerät es in anderen Ländern, die diesem Modell in der Mediziner Ausbildung folgen, etwa in den USA, allerdings auch in die Kritik (Ludmerer 2015, S. 337 ff.).¹⁰

Als Verbreitungsagenturen dieses Modells wirken in Deutschland vor allem bestimmte Zweige der Erziehungs- und der paradoxerweise so genannten Bildungswissenschaften. Und es ist wohl daher auch kein Zufall, dass jene dann administrativ verbindlichen Empfehlungen der Expertenkommission des Wissenschaftsrates zum Masterplan Medizinstudium, die demnächst in eine rechtverbindliche Approbationsordnung gegossen werden, nicht unter der Leitung eines Mediziners oder einer Medizinerin, sondern unter der Leitung eines Bildungsforschers stand. Mit dem NKLM dringen mehr und mehr pädagogische und erziehungswissenschaftliche Konzepte eher technischen Charakters in die Medizinausbildung ein. Die Umstellung der Struktur des Medizinstudiums geht zudem mit einer überbordenden Didaktisierung einher. Abteilungen für Didaktik und Organisation des Medizinstudiums gewinnen an den Medizinischen Fakultäten an Umfang (Wissenschaftsrat 2018, S. 22). Es werden Studiengänge eingerichtet, deren Absolventen und Absolventinnen die Neustrukturierung des Medizinstudiums unterstützen sollen, wie der Studiengang *Master of Medical Education*. Ob all dies zu einer Professionalisierung der ärztlichen Berufsrolle beiträgt, erscheint eher als fraglich.

Mit der Neustrukturierung des Curriculums für Medizin gehen auch Strukturveränderung auf anderen Ebenen einher, die das Verhältnis von Studium und beruflichem Handeln berühren. Wir hatten eingangs in der historischen Skizze erwähnt gehabt, dass mit der Akademisierung der Ausbildung und des Berufes auf Basis des Studiums an einer staatlichen Forschungsuniversität sowie der homologen Klassifikation der Zertifikate und Stellen durch das Berechtigungswesen sich nach längerem Ringen eine ärztliche Einheitsrolle durchgesetzt hat. Die Einheitsarztrolle hatte eine Komplettzuständigkeit für sämtliche Gebiete der Krankenbehandlung in Bezug auf Diagnose und Therapie. Diese Einheitsrollenkonstruktion wird derzeit ebenfalls in Frage gestellt. Zum einen lässt sich dies ablesen an den Vorgaben zur Wiederbelebung der Landarztrolle in den Empfehlungen zum Masterplan der Studienreform (Vgl. Wissenschaftsrat 2018, S. 8, 27, 121). Damit wird eine quasi-ständische ärztliche Berufskategorie reanimiert, die im 19. Jahrhundert mit dem preußischen Berechtigungswesen und dem einheitlichen Staatsexamensstudium an der preußischen Forschungsuniversität gerade beseitigt werden sollte. Aber auch neue MA- und BA-Studiengänge auf medizinischem Gebiet etwa für „Angewandte Gesundheits- und Therapiewissenschaft“ oder das BA-Studium „*Physician Assistant*“, die zudem häufig an privaten Hochschulen jenseits der staatlichen Forschungsuniversitäten angesiedelt sind, unterlaufen die Einheitsrolle und führen neue medizinische Berufskategorien mit akademischem Abschluss ein. Auf welche Stellen die Inhaber und Inhaberinnen dieser Abschlüsse gelangen, ist noch offen. Auf jeden Fall ist eine Stratifizierung der akademischen Abschlüsse zu beobachten, von der zu erwarten ist, dass ihr eine Hierarchisierung der entsprechenden Stellen in den Krankenhausorganisationen entsprechen wird. Es ist derzeit noch offen, welche weiteren Effekte sich damit verbinden werden.

Literatur

Arbeitskreis Biochemie in der Medizin. 2023. *Stellungnahme* vom 16.9.2023. <https://gbm-online.de/de/biochemie-in-der-medicin.html> (Zugegriffen: 20. Juli 2026).

¹⁰ Bei Ludmerer (2015, S. 337 f.) heißt es: „The chief worry about the outcomes movement was that it was too reductionist. That is, some thought that by breaking medical training into small, discrete, measurable tasks, the graduate medical education community might have overemphasized the question of assessment and overlooked the formation of professional identity. Stated another way, the competencies focused on doing the work of a physician, not on the broader, integrative, holistic goal of being a physician.“

- Benndorf, Klaus et al. 2018. Neue Ärzte braucht das Land? *Frankfurter Allgemeine Zeitung* vom 28.3.2018 Nr. 74: N4.
- Boshuizen, Henny P., und Henk G. Schmidt. 1992. On the role of biomedical knowledge in clinical reasoning by experts, intermediates and novices. *Cognitive Science* 16(2):153–184.
- Burkart, Günter. 1983. Zur Mikroanalyse universitärer Sozialisation im Medizinstudium. *Zeitschrift für Soziologie* 12(1):24–48.
- Flexner, Abraham. 1927. *Die Ausbildung des Mediziners. Eine vergleichende Untersuchung*. Berlin: Springer.
- Fox, Renée. 1957. Training for Uncertainty. In *The Student-Physician*, Hrsg. Robert K. Merton, George G. Reader und Patricia L. Kendall, 207–241. Cambridge: Harvard University Press.
- Gadamer, Hans-Georg. 2010. *Über die Verborgenheit der Gesundheit*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Gesellschaft für Biochemie und Molekularbiologie. 2006. *Forschung und Lehre im Fach Biochemie und Molekularbiologie an Medizinischen Fakultäten*. Stellungnahme vom 13.11.2006. <https://gbm-online.de/de/biochemie-in-der-medizin.html?file=files/gbm/arbeitskreise/biochemie%20in%20der%20medizin/Stellungnahme%20Forschung%20und%20Lehre%20Biochemie%20in%20der%20Medizin.pdf&cid=2072> (Zugegriffen: 20. Juli 2026).
- Hafferty, Frederic W., and Brian Castellani. 2009. The hidden curriculum. A theory of medical education. In *Handbook of the Sociology of Medical Education*, Hrsg. Caragh Brosnan und Bryan S. Tyrner, 15–35. New York: Routledge.
- Kant, Immanuel. 2016. [1793]. *Über den Gemeinspruch: Das mag in der Theorie richtig sein, taugt aber nicht für die Praxis*. Berlin: Holzinger.
- Loer, Thomas. 2011. Standardisierung und Fallorientierung in der Arzt/Patient-Interaktion im Krankenhaus – Konzeptualisierung und exemplarische Analyse. In *Wirtschaftsethik in der Medizin: Wieviel Ökonomie ist gut für die Gesundheit?* Hrsg. Matthias Kettner und Peter Koslowski, 115–153. München: Wilhelm Fink.
- Ludmerer, Kenneth M. 2015. *Let me heal. The opportunity to preserve excellence in American medicine*. New York: Oxford University Press.
- Luhmann, Niklas, und Karl E. Schorr. 1982. Das Technologiedefizit der Erziehung und die Pädagogik. In *Zwischen Technologie und Selbstreferenz*, Hrsg. Niklas Luhmann und Karl-Eberhard Schorr, 11–40. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Meyer, John W., John Boli, George M. Thomas und Francisco O. Ramirez. 1997. World society and the nation-state. *American Journal of Sociology* 103(1):144–181.
- Oevermann, Ulrich. 2003. Kodifiziertes methodisiertes Wissen und persönliche Erfahrung in der professionalisierten Praxis stellvertretender Krisenbewältigung. In *Wissenskulturen. Beiträge zu einem forschungsstrategischen Konzept*, Hrsg. Johannes Fried und Thomas Kailer, 195–210. Berlin: Akademie Verlag.
- Oevermann, Ulrich. 2005. Wissenschaft als Beruf. In *Hochschule und Professionen*, Hrsg. Manfred Stock und Andreas Wernet, Themenschwerpunktheft. *Die Hochschule. Journal für Wissenschaft und Bildung* 14:1.
- Phoebus, Philipp. 1849. *Ueber die Naturwissenschaften als Gegenstand des Studiums, des Unterrichts und der Prüfung der Aerzte*. Nordhausen: Büchling.
- Stock, Manfred. 2004. Steuerung als Fiktion. Anmerkungen zur Implementierung der neuen Steuerungskonzepte an Hochschulen aus organisationssoziologischer Sicht. *Die Hochschule. Journal für Wissenschaft und Bildung* 13(1):30–48.
- Stock, Manfred. 2024. Bildungsrevolution und Akademisierung der Berufsarbeit. In *Akademisierung – Professionalisierung: Zum Verhältnis von Hochschulbildung, akademischem Wissen und Arbeitswelt*, Hrsg. Alexander Mitterle, Annemarie Matthies, Annett Maiwald und Christoph Schubert, 65–110. Wiesbaden: Springer.
- Vogd, Werner. 2017. The Professions in Modernity and the Society of the Future: A Theoretical Approach to Understanding the Polyvalent Logics of Professional Work. *Professions & Professionalism* 7(1):1–15.
- Wieland, Wolfgang. 2014. *Medizin als praktische Wissenschaft*. Hildesheim: OLMS.