

Sozialmedizin – verdrängter Lehrinhalt im Medizinstudium¹

UDO SCHAGEN

Einleitung	1
Arzt und Patient – eingebunden in die Gesellschaft	2
Psychologie und Soziologie, Psychosomatik, Arbeitsmedizin, Umwelthygiene und Sozialmedizin	3
Die Definition des Fachgebietes	5
Die Inhalte der sozialmedizinischen Lehrbücher	6
Untersuchung des Lehrangebots und der Prüfungsinhalte	8
Das Lehrangebot an den Universitäten	8
Die Sozialmedizin in den schriftlichen Prüfungen	10
In 20 Jahren tatsächlich geprüfte Items	12
<i>a) Soziale Umwelt und Krankheit</i>	14
<i>b) Lebensrisiken und Auswirkungen auf die biologische und psychosoziale Existenz der Betroffenen</i>	14
<i>c) weitere nicht geprüfte Items</i>	14
Die neue Ausbildungsordnung 2002	14
Resümee	16
Literaturverzeichnis	18

Einleitung

Die zukünftige Entwicklung der Sozialmedizin – unter diesem Oberbegriff lassen sich heute am besten sowohl die wissenschaftliche Disziplin wie auch die verschiedenen Berufsfelder ihrer Experten zusammenfassen – hängt im Wesentlichen davon ab, welchen Stellenwert ihre Forschungsergebnisse erlangen werden. Dies gilt sowohl für den interdisziplinären Diskurs in den medizinischen und sich auf den Gegenstand Gesundheit beziehenden Wissenschaften als auch für die Wahrnehmung und Akzeptanz ihrer Ergebnisse durch die Öffentlichkeit und die Sozialpolitik.

Damit Experten der Sozialmedizin ausgebildet werden können und die Disziplin im wissenschaftlichen Diskurs mit anderen wahrgenommen werden kann, ist ihre Verankerung vor allem an den Hochschulen und im Besonderen im Medizinstudium erforderlich.

Die *Grotjahrsche* Sozialhygiene konnte von der Berliner Universität ausgehend zwar eine Langzeit- und Fernwirkung bis in die Sowjetunion und die USA und insbesondere die DDR entfalten. Als Pflichtfach in die ärztliche Ausbildung gelangte sie aber erstmals während des Nationalsozialismus in ihrer Form als Eugenik mit rassenhygienischer Zielsetzung, als „Rassenhygiene“. Ihr präventionsbezogener Ansatz war in der Rassenhygiene auf eine ganz biologistische Ausrichtung verengt. Die alleine auf die „Ausmerzungen“ so genannter „minderwertiger“ Eigenschaften gerichtete Eugenik wurde Bestandteil eines auf Vertreibung, Verstümmelung und Vernichtung zielenden und wirksam gewordenen Konzepts (siehe dazu die dokumentierten Texte von Karl-Heinz *Roth* und Paul *Weindling*).

In der Sowjetischen Besatzungszone fanden sozialhygienische Lehrveranstaltungen in ausdrücklicher Abgrenzung zum Nationalsozialismus bereits Aufnahme in den noch von bürgerlich geprägten Ärzten entworfenen ersten Studienplan von 1946 und in der Folge auch in die Studienpläne der DDR (Schagen 1997a).

In der Bundesrepublik gelangte eine entsprechende Pflichtausbildung erst 1970 in die staatliche Ausbildungsordnung der Ärzte. Die Geschichte der Sozialmedizin als Lehr- und Prüfungsge-

1 Neufassung eines früheren Aufsatzes aus: Jahrbuch für Kritische Medizin 27: Gesundheit, Bürokratie, Managed Care. Hamburg 1997, S. 113-136.

genstand seit den 70er Jahren ist Gegenstand der folgenden Untersuchung, die in ihrem empirischen Teil auf einer Auswertung der sozialmedizinischen Inhalte in den bundeseinheitlich zentralen Prüfungen bis in die 90er Jahre fußt.

Mit der neuen Approbationsordnung des Jahres 2002 hat zwar eine Diversifizierung des Pflicht-Lehrangebots stattgefunden, die abschließend ebenfalls im Einzelnen Darstellung findet. Es kann aber davon ausgegangen werden, dass diese jüngste formale Veränderung noch ohne Einfluss auf die Rahmenbedingungen für Lehre und Lernen des Faches an den Fakultäten geblieben ist – und bei Betrachtung der heutigen Probleme der medizinischen Fakultäten vermutlich auch auf absehbare Zeit noch ohne Wirkung für positive Veränderungen bleiben wird.

Arzt und Patient – eingebunden in die Gesellschaft

Ärzte behandeln Menschen als Individuen und Individualitäten. Das Eingehen auf das Leid, auf die Fragen, auf die akute Befindlichkeit des aktuellen Gegenübers steht immer im Vordergrund ihres Handelns. Das Zuhören und die Intervention in den Bericht des Patienten, der Einsatz geübt-geschickter Handgriffe bei der Untersuchung und Therapie, erweitert um maschinelle, technische Unterstützung und um die Verordnung von Arzneimitteln, bringen oft schnelle Hilfe. Die folgende Abbildung soll verdeutlichen, dass es sich bei der Begegnung von Arzt und Patient nicht ausschließlich um die Interaktion zweier Menschen handelt. In Wirklichkeit steht hinter jedem eine eigene Welt, in der jeder in vielfältigen, oft nicht bewussten Abhängigkeiten steht. Ohne die gleichzeitige Wahrnehmung dieses Kontextes können auch Ursachen und Verlaufsbedingungen des Leidens nicht erkannt und ausreichend beeinflusst werden. Sozialmedizin versucht, sich diesen Welten zu nähern: Die gewonnenen Erkenntnisse über sie, ihre Wirkung auf Gesundheit und Krankheit, sollen für die Prophylaxe von Krankheiten und für die Einflussnahme auf deren Verlauf nutzbar gemacht werden.

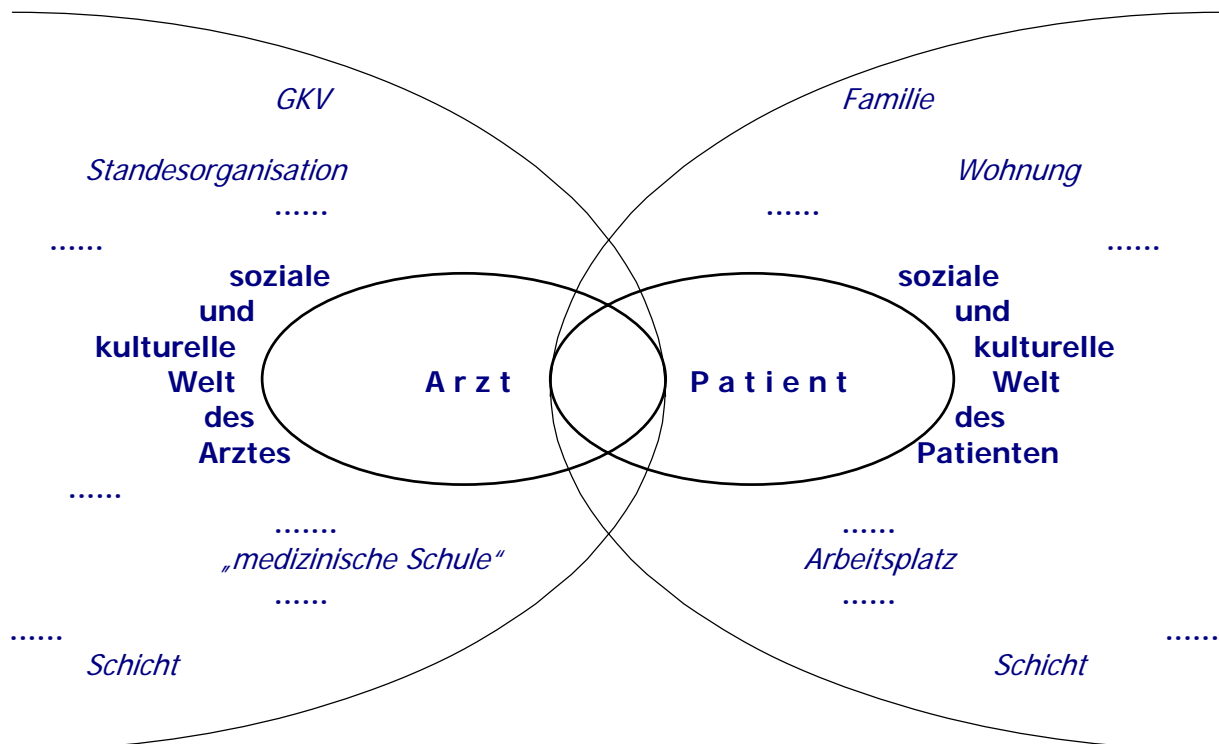


Abb. 1

Neben den medizinisch-naturwissenschaftlichen und klinischen Spezialfächern der Medizin gibt es eine Gruppe von Fachgebieten, die diesen Aspekt der Medizin, der hier nicht im einzelnen Gegenstand der Untersuchung ist, sondern vorausgesetzt wird, besonders bearbeiten.

Anhand der jüngeren Geschichte der Sozialmedizin, der Definition des Fachgebietes sowie der Inhalte der einschlägigen Lehrbücher soll das Selbstverständnis des Faches skizziert werden. Auf diesem Hintergrund wird dann untersucht, was davon nach dem Anteil am Stundenplan, insbesondere aber nach dem vorgeschriebenen Prüfungskatalog und den darauf gegründeten tatsächlich verwendeten schriftlichen Prüfungsfragen vermittelt wird.

Psychologie und Soziologie, Psychosomatik, Arbeitsmedizin, Umwelthygiene und Sozialmedizin

Das Medizinstudium umfasst seit dem vorigen Jahrhundert eine Ausbildung in den naturwissenschaftlichen Fächern, in der Anatomie, Physiologie und Biochemie, in den klinisch-propädeutischen und klinisch-theoretischen Fächern und in den verschiedenen Disziplinen der *eigentlichen* konservativ, operativ und nervenheilkundlich praktisch-*ärztlichen* Gebiete. Nach der gültigen Ausbildungsordnung sollen die angehenden Ärzte seit 1970 auch mit den Inhalten der für die Medizin relevanten Sozialwissenschaften und des „Ökologischen Stoffgebietes“ sowie der Psychosomatik vertraut gemacht werden. Die Einführung dieser neuen Inhalte galt neben der vollständigen Veränderung des Prüfungsverfahrens als die größte Neuerung der bisher einzigen *grundlegenden* Studienreform der Nachkriegszeit in der Bundesrepublik (zur DDR siehe Niemann et al. 1980; David et al. 1989; Frunder et al. 1993 und Schagen 1997). Sie war von einer großen Koalition, u.a. auch als Antwort auf die Studentenbewegung sowie auf die Vorarbeiten einzelner Hochschullehrer (Uexküll 1959; Schaefer u.a. 1954 und 1964) und mit folgender Begründung beschlossen worden: *„Die Vorschriften der Bestallungsordnung für Ärzte von 1953, die noch auf Grund der Reichsärzteordnung vom 13. Dezember 1935 [...] erlassen worden ist, gewährleisten eine modernen Auffassungen gewachsene ärztliche Ausbildung nicht mehr“* (BMJFG 1970). Als bemerkenswert festzuhalten ist, dass sich die genannten Vorarbeiten von Hochschullehrern nicht auf die deutsche Literatur des ersten Jahrhundertdrittels zur Sozialhygiene, sondern im Wesentlichen auf amerikanische Arbeiten sowie auf die Arbeiten von Klinikern, Gustav von *Bergmann* (1878-1955) und Viktor von *Weizsäcker* (1886-1957), berufen – mit der Ausnahme von Ludwig *Teleky* (1872-1957), dessen Vorlesungen von 1914 herangezogen werden. Zu nahe war offenbar noch das Ergebnis der schon zu Beginn des Jahrhunderts sich entwickelnden Kombination (Tutzke 1976; Weindling 1984; Bussche 1989, S. 191; siehe auch Hubenstorf 2005) sozialhygienischer Vorstellungen mit der Eugenik und dann der Rassenhygiene, die eine theoretische Grundlage für die Morde an ganzen Bevölkerungsgruppen während des deutschen Faschismus lieferte.

Die medizinorientierten Sozialwissenschaften sollten im vorklinischen Abschnitt der ersten vier Semester und das Ökologische Stoffgebiet im zweiten klinischen Studienabschnitt des siebten bis zehnten Semesters immerhin einen Anteil von einem Fünftel der Lehre und Prüfungen ausmachen, wie von *Loddenkemper* et al. 1972 und *Schagen* 1973 gezeigt werden konnte. In diesen Arbeiten wurde an den Bestimmungen der Approbationsordnung von 1970 abgeleitet, dass für das Ökologische Stoffgebiet ein Lehrumfang von 19 Semesterwochenstunden, je zur Hälfte als Kleingruppenunterricht und zur anderen Hälfte als Vorlesung, erforderlich sei. Auf die

Sozialmedizin einschließlich des Öffentlichen Gesundheitswesens entfiel dabei ein Kursanteil mit drei und eine Vorlesung mit drei Semesterwochenstunden.²

Zusammen mit der ebenfalls als einem eigenständigen Unterrichtsfach neu aufgenommenen Psychosomatik war zwar eine bisher nie erreichte Zahl von Fächern in der Ausbildungsordnung verankert worden (Uexküll 1971), gleichzeitig war aber damit eine Schwerpunktverschiebung in der ärztlichen Ausbildung erhofft worden, die, wie wir noch sehen werden, keinen Rückhalt bei den Fakultäten, aber auch nicht bei den verantwortlichen Ministerien, die diese Reform beschlossen hatten, fand.

Die Länder hatten sich mit der von ihnen selbst abgesehenen neuen Vorschrift gleichzeitig einen Auftrag für ihre Kultusministerien und Fakultäten gegeben, die Voraussetzungen für das entsprechende Lehrangebot zu schaffen. Schon diesem Auftrag ist nur in einem ganz geringen Ausmaß nachgekommen worden. Bis heute verfügt, gemessen an den klassischen Ausbildungsfächern, nur der kleinste Teil der Fakultäten über vergleichbare personelle Ressourcen und damit über das notwendige Deputat an Unterrichtsstunden (Schneider 1995; Robra et al. 1995). Den Gründen hierfür wäre in einer eigenen Arbeit nachzugehen. Konservative Mediziner hatten die Angst vor einer Politisierung der Fakultäten geschürt und u.a. den neuen Lehrinhalten und ihren Vertretern eine solche Wirkung zugeschrieben (Haug 1972; Göbel 1981, S. 70f.). Die Fakultäten selbst konnten damit die Wahrnehmung der gesundheitspolitischen Dimension jedes ärztlichen Handelns über solche Lehrinhalte erfolgreich abwehren.

Für die alte Bundesrepublik wurde mit der Einführung der Arbeitsmedizin und der Sozialmedizin in den Pflichtausbildungskatalog eine Entwicklung nachgeholt, die in der Nachkriegsgeschichte begonnen hatte: Im ersten neuen deutschen Nachkriegsstudienplan, der dann allerdings nur für die Universitäten der Sowjetischen Besatzungszone Geltung erlangte, war dieser Forderung schon einmal durch die Aufnahme der Sozialhygiene und der Arbeitsmedizin Rechnung getragen worden (Schagen 1997a). Dieser mit der sowjetischen Besatzungsmacht im Rücken von eher konservativen Medizinern erarbeitete Studienplan fand an den westdeutschen Universitäten keine Parallele.

In dieser Arbeit soll exemplarisch die Sozialmedizin, die gemeinsam mit den Fächern Hygiene, Rechtsmedizin und Arbeitsmedizin sowie seit einer Reihe von Jahren auch gesondert der Medizinischen Statistik das Ökologische Stoffgebiet bildet, näher betrachtet werden. Auch auf die Medizinische Psychologie, die Medizinische Soziologie und die Psychosomatik wäre diesbezüglich in eigenen Arbeiten einzugehen.

Die Sozialmedizin erweitert das Medizinstudium durch den Blick auf die Institutionen der Medizin und auf die Krankheit in ihrer Abhängigkeit von den gesellschaftlichen Bedingungen, insbesondere von der sozialen Lage, den Lebens- und Arbeitsbedingungen der Menschen.

Sozialmedizin als praktisches und theoretisches Fach ist in den deutschsprachigen Ländern historisch mit den Namen Rudolf *Virchow* (1821-1901) und Salomon *Neumann* (1819-1908), später mit Ludwig *Teleky* (1872-1957) aber auch mit Alfred *Grotjahn* (1869-1931) [zu *Grotjahn* siehe auch hier] verknüpft (Hubenstorf 2005). Insbesondere hat sie in der Weimarer Republik vielfältige Wirkungen durch das praktische Tun sozial engagierter Stadtärzte entfalten und die medizinische Versorgung unterprivilegierter Bevölkerungsgruppen verbessern helfen können.

2 Die getroffenen Aussagen bedürfen auch dann nur leichter Modifizierung, wenn für spätere Jahre Novellierungen der Ausbildungsordnung zu berücksichtigen sind, durch die der relative Anteil der genannten Fächer an den Prüfungsfragen reduziert wurde; dies erfolgte 1978 und 1989 mit Wirkung ab 1982 und 1992.

Während die noch junge akademische Tradition der Sozialhygiene durch die Förderung im Nationalsozialismus in die Rassenhygiene mit ihren Lehrstühlen und Instituten an den deutschen Universitäten mündete (Hubenstorf a.a.O), erlosch die praktische Sozialmedizin durch die Ausrottung und Vertreibung sozialmedizinisch tätiger Ärzte, die fast ausnahmslos enge Verbindungen zu den Organisationen der Arbeiterbewegung hatten und außerdem zusätzlich unter die nationalsozialistischen Rassegesetze fielen (Leibfried et al. 1980). Neue sozialmedizinische Einrichtungen entstanden an westdeutschen Universitäten in den 50er Jahren überhaupt nicht und in den 60er Jahren nur in Heidelberg (Hans *Schaefer*, geb. 1906, s. Gostomzyk 1996) und Hannover (Manfred *Pflanz*, 1923-1980), so dass mit der Einführung des Faches in die Ausbildungsordnung auch kaum qualifizierte Wissenschaftler für die Besetzung von Lehrstühlen zur Verfügung standen, gleichzeitig aber aus den schon genannten Gründen Berufungen auch verhindert wurden.

Für einen die Sozialmedizin an den Hochschulen und in der ärztlichen Ausbildung allerdings aussparenden Versuch zur Entwicklung der akademischen Disziplin „Public Health“ im Kontext der Gesundheitspolitik sei auf *Hofmann* und *Schwartz* (1992) verwiesen. Zur wissenschaftsgeschichtlichen Entwicklung der Sozialhygiene in der DDR geben *Niehoff* und *Schneider* (1992) einen Überblick; sie findet in diesem Aufsatz keine Berücksichtigung, da hier lediglich die Wirkungsgeschichte der Sozialmedizin in der Ausbildung zum Arzt unter den Bedingungen noch geltender Vorschriften dargestellt wird.

Die Definition des Fachgebietes

Aus der bald vorgelegten Darstellung des Faches aus dem Heidelberger Institut (*Blohmke* et al. 1972) hat sich in den letzten 20 Jahren Schritt für Schritt folgende Definition entwickelt:

„Sozialmedizin ist ein eigenständiges theoretisches und praktisches Fachgebiet der Medizin. Sie beschreibt und analysiert die vielfältigen Wechselwirkungen zwischen Gesundheit und Krankheit, ihren Risiken, protektiven Faktoren und gesellschaftlichen Tatbeständen unter ätiologischer, präventiver, rehabilitativer, gutachterlicher, versorgungsrechtlicher und ökonomischer Perspektive. Sie befasst sich dazu wissenschaftlich und praktisch mit der Organisation des Gesundheitswesens und den Einrichtungen der sozialen Sicherung.“

Die Sozialmedizin nutzt für ihre Aufgabe epidemiologische, klinische, sozial- und verhaltenswissenschaftliche, ökonomische und ökologische Methoden. Ihr Ziel ist es, eine effektive und effiziente Vermeidung oder Bewältigung gesundheitlicher Probleme und deren soziale Folgen bei einzelnen und in der Bevölkerung zu ermöglichen. Die Sozialmedizin behandelt diese Aspekte als Pflichtfach innerhalb des grundständigen Medizinstudiums, an Fachhochschulen sowie an den Akademien im Rahmen der Weiterbildung zur Erlangung der Zusatzbezeichnung Sozialmedizin. In den Studiengängen Public Health und Gesundheitswissenschaften behandelt sie diese Aspekte als Kernfach und erfüllt eine Brückenfunktion zur klinischen Medizin.“ (DGSMP 1992).

Eine ausführlichere Darstellung findet sich auch bei *Schwartz* et al. 1995b. Im letzten Satz der zitierten Definition ist auch der Hinweis auf ihre Funktion in den seit einigen Jahren bestehenden Postgraduierten-Studiengängen Public Health (Public Health Forum 1993 und 1996) aufgenommen.

Die Übernahme des englischsprachigen Begriffs Public Health versucht den Weg für eine Definition zu eröffnen, die aus der Tradition deutscher Begrifflichkeiten herausführt. Relevante Defini-

tionsunterschiede zur Sozialmedizin waren und sind aber nicht auszumachen (Schwartz 1991). Vom Direktor des derzeit produktivsten sozialmedizinischen Hochschulinstituts und Sprecher des Norddeutschen Forschungsverbundes Public Health, F. W. *Schwartz*, wurde 1995 folgende Darstellung gegeben:

„Bei ‚Public Health‘ geht es um die bevölkerungsbezogene Forschung nicht nur der gesellschaftlich wichtigsten Erkrankungen – kardiovaskuläre Erkrankungen, Krebs, AIDS, Gelenk-, Alters-, und psychische Erkrankungen –, sondern um Planungs- und Entscheidungsprozesse, die die Strukturen des Gesundheitswesens, ökonomische Aspekte und notwendige Reformen im Gesundheitswesen betreffen, um verhaltenswissenschaftliche, gesundheitspsychologische, ernährungs- und sozialepidemiologische Aspekte der Gesundheitsförderung und der Prävention, um Umwelt- und Arbeitsepidemiologie und daraus resultierende Strategien des Gesundheitsschutzes und nicht zuletzt um sozialetische Fragen und die Gesundheit in internationaler Perspektive“.

Schon im Editorial des ersten Bandes der Reihe, deren Fortsetzung die Jahrbücher für kritische Medizin sind, hatten Herausgeber und Redakteure im Jahre 1970 die Aufgabe unserer Publikation in ähnlicher Weise beschrieben:

„Mit dem vorliegenden Band soll [...] der Versuch gemacht werden, die Medizin auf eine Weise zum Untersuchungsgegenstand zu machen, der sie sich ihrem Selbstverständnis nach, nämlich Naturwissenschaft zu sein, entzieht. Es geschieht dies auf zweierlei Weise: einmal durch die Hereinnahme bislang nicht zu dieser Wissenschaft zählender Bereiche wie Psychologie, Psychoanalyse und Soziologie [...], zum zweiten durch die Anwendung sozialwissenschaftlicher Kriterien im weiteren Sinne auf die Medizin selber, so etwa durch die Analyse vermeintlich naturgesetzlich auftretender Krankheitsphänomene oder die bestimmter Auswirkungen des institutionalisierten Gesundheitswesens innerhalb ihrer je konkreten gesellschaftlichen Bedingungen. Man könnte den neuen wissenschaftlichen Zusammenhang, der so sich herstellt, mit dem Begriff ‚Soziale Medizin‘ versehen. Dieser Terminus kann aber nicht eine neue Sozialwissenschaft umschreiben. Vielmehr ist in ihm der Anspruch intendiert, die naturwissenschaftliche Seite der Medizin in ihre sozialwissenschaftliche aufzuheben. Mit der Reflexion auf die Bedingungen der Medizin als Wissenschaft und der ihr angelegenen Institutionen, mit der Einbeziehung des gesellschaftlichen Seins des Menschen, wird es der Medizin gelingen, mehr als lediglich ‚Ersatzteilproduzent‘ zu sein.“ (Redaktion 1970).

Insofern gibt auch das in diesem Band enthaltene Verzeichnis der in den letzten zehn Jahren abgedruckten Aufsätze und das früher erschienene Register mit den Aufsätzen bis 1986 (Redaktion 1987) ein Bild der sozialmedizinischen Forschungs- und Entwicklungsarbeit in der Bundesrepublik.

Für eine Diskussion der Schnittstellen, aber auch des essenziellen Unterschieds von Public-Health- und Gesundheitssystemforschung siehe *Schwartz et al. 1995a*.

Die Inhalte der sozialmedizinischen Lehrbücher

Auch in den Lehrbüchern für Medizinstudenten wurden die Inhalte des Fachgebietes nach ähnlichen Definitionen systematisiert. Als Beispiel sei hier die Definition im wohl am weitesten verbreiteten Lehrbuch wiedergegeben:

„Der Arbeitsbereich und das Wirkungsfeld der Sozialmedizin ist die soziale Umwelt der Menschen und die Fragestellung, welchen Anteil diese bei der Entstehung, Behandlung und Verhütung von Krankheiten hat. Im Gegensatz zur kurativen Medizin befasst sich die Sozialmedizin weniger mit dem einzelnen Individuum als vielmehr mit Personengruppen oder ganzen Bevölkerungen.“ (Brennecke et al. 1993, S. 1).

Entsprechend gliedert sich der Inhalt des Lehrbuchs in folgender Weise (Ebd. VII-IX):

1. Sozialmedizin und ihre Geschichte
2. Epidemiologisch-methodische Grundlagen
3. Grundlagen und Begriffe der Prävention
4. Sozialmedizinische Aspekte menschlicher Verhaltensweisen
5. Herz-Kreislauf-Krankheiten
6. Krebserkrankungen
7. Sozialmedizinische Aspekte weiterer ausgewählter Erkrankungen
8. Grundlagen und Begriffe der Rehabilitation
9. Gesundheitsversorgung und Gesundheitssicherung
10. Die Finanzierung des Gesundheitssystems
11. Wirtschaftlichkeit, Effektivität und Effizienz im Gesundheitssystem

Andere Lehrbücher, von denen es trotz der, wie noch gezeigt wird, nach wie vor marginalen Bedeutung des Faches inzwischen, auch neben den besonders genannten, eine erstaunliche Anzahl gibt, unterscheiden sich hier nicht grundlegend (Lehrbücher und Skripten).

Auch mit der Definition eines neueren Lehrbuchs, das zusätzlich versucht, die Diskussion zu den Aufgaben von Sozialhygiene und Sozialmedizin in der DDR aufzunehmen, finden sich wesentliche Übereinstimmungen (Niehoff 1995, S. 24f):

„Sozialmedizin untersucht die Phänomenologie, die sozialen Ursachen, die Folgen sich wandelnder Gesundheitsprobleme. Für die Sozialmedizin sind vor allem solche Aspekte von Interesse, die Konsequenzen für die Prävention, die medizinische Betreuung und die Rehabilitation haben (Grundlagenforschung).“

Die Sozialmedizin begreift den epochalen Wandel der gesundheitsbezogenen Belastungen der Menschen als einen sozialen Prozess, in dessen Folge sich die Struktur von Gesundheitsgefährdungen, von vorkommenden Krankheiten, des medizinischen Hilfebedarfs, der Krankheitsfolgen, der Behinderungen und der Todesursachen verändert.

Die praktische Nutzung solcher Erkenntnisse für die Programm- und Infrastrukturgestaltung der Gesundheitsförderung, der Gesundheitsvorsorge und der Gesundheitsversorgung sind politische Entscheidungen. Diese sind jedoch wieder hinsichtlich ihrer Wirkungen zu beschreiben und zu bewerten (Versorgungsforschung, Evaluationsforschung, angewandte Forschung).

Sozialmedizin ist ein Zweig der Medizin, der auf medizinische und sozialwissenschaftliche Methoden und Theorienkonzepte zurückgreift, so z. B. auf andere medizinische Fachgebiete, wie z. B. die Klinik, die Epidemiologie, einschließlich ihrer spezifischen klinischen Anwendungen, die Hygiene und die Infektiologie, die medizinische Psychologie, auf sozialwissenschaftliche Disziplinen, wie z. B. die Soziologie, speziell Medizinsoziologie, die Demographie, die Ökonomie, die Politologie, die Rechtswissenschaften oder die Anthropologie, auf die Informatik und die Statistik.“

Das Inhaltsverzeichnis dieses Lehrbuchs gibt folgende Systematik:

1. Empirie und Erklärungskonzepte in der Sozialmedizin
2. Grundlagen der Medizinischen Demographie
3. Grundlagen der Allgemeinen Epidemiologie
4. Grundlagen der Sozialepidemiologie
5. Lebensweisen und Lebensstile als Krankheitsursachen
6. Krankheit, Behandlungsbedarf, Hilfebedarf und Inanspruchnahme
7. System der Gesundheitssicherung, medizinischen Versorgung, Rehabilitation und Pflege
8. Regulierung der medizinischen Versorgung
9. Grundzüge der Sozial- und Gesundheitspolitik
10. Gesundheitsförderung und Public Health

Untersuchung des Lehrangebots und der Prüfungsinhalte

Der in den Definitionen und den Lehrbüchern dargestellte Inhalt des Fachgebietes Sozialmedizin soll nach dem Selbstverständnis der Fachvertreter den Studenten der Medizin in seinen Grundzügen vermittelt werden. Ziel des folgenden Teils der Untersuchung ist die Beantwortung der Frage, wie diese Lehrinhalte an den Universitäten a) in den Lehrveranstaltungen und b) im tatsächlich geprüften Stoff verankert sind.

Zur Vereinfachung des dann folgenden Vergleichs zwischen Lehr- und Prüfungs-Soll und dem Lehr- und Prüfungs-Ist wird Zielsetzung und Aufgabe des Faches unter Verwendung der oben dargestellten Definitionen in folgender Weise zusammengefasst:

„Sozialmedizin beschreibt und analysiert die vielfältigen Wechselwirkungen zwischen Gesundheit und Krankheit und gesellschaftlichen Tatbeständen. Dabei geht es um die bevölkerungsbezogene Forschung der gesellschaftlich wichtigsten Erkrankungen, die die Strukturen des Gesundheitswesens, ökonomische Aspekte und notwendige Reformen im Gesundheitswesen beeinflussen müssen. Der Arbeitsbereich und das Wirkungsfeld der Sozialmedizin ist die soziale Umwelt der Menschen und die Fragestellung, welchen Anteil diese bei der Entstehung, Behandlung und Verhütung von Krankheiten hat. Sozialmedizin untersucht also die Phänomenologie, die sozialen Ursachen, die Folgen sich wandelnder Gesundheitsprobleme.“

Das Lehrangebot an den Universitäten

Es ist kaum möglich, eine allgemeine Aussage zu den tatsächlich vorgetragenen oder auch in Kleingruppen erübten Inhalten der Sozialmedizin für alle medizinischen Fakultäten zu machen. Auch wenn das Lehrangebot einiger weniger Fakultäten ein breiteres Spektrum aufweist und es teilweise gelungen scheint, auch studentische Bedürfnisse zu berücksichtigen (Busse 1994, S. 32f.), ist es insgesamt gesehen jedoch dürftig.

In einer Umfrage fand sich folgendes Ergebnis für das Jahr 1995 (Schneider 1995; Robra et al. 1995): Nur in acht Fakultäten sind eigenständige Abteilungen/Institute für Sozialmedizin vorhanden; gegenüber einer Untersuchung von *Griefahn* (1985) und der Diskussion von *Schwartz* (1991) ergab sich keine Verbesserung. In gleich vielen Fakultäten gab es überhaupt keine erkennbaren Lehraktivitäten im Fach Sozialmedizin. In den übrigen 20 Fakultäten wird das Fach durch andere Fachvertreter mehr oder weniger „mitvertreten“, in erster Linie durch die Arbeitsmedizin und die Medizinsoziologie, aber auch durch Fächer wie Rechtsmedizin und Hygiene. Aus der Sicht der Arbeitsmediziner wird die Bilanz insofern positiver dargestellt, als durch sie (Weber et al. 1995) 14 gemeinsame Ordinariate für Arbeits- und Sozialmedizin (davon bei zweien zusätzlich der Umweltmedizin) gezählt werden und daraus geschlossen wird, „dass Sozialmedizin

trotz bestehender Defizite an immerhin mehr als 20 Medizinischen Fakultäten vertreten ist“ (ebd. S. 441). Nicht einmal ansatzweise wird dabei aber berücksichtigt, dass diese Ordinariate mit Arbeitsmedizinern besetzt sind, die im Laufe ihrer beruflichen Karriere in erster Linie arbeitsmedizinische Qualifikationen, häufig mit eindeutigen Schwerpunkten in der Arbeitsphysiologie, der Arbeitshygiene, der Arbeitstoxikologie, der Ergonomie oder der Klinischen Arbeitsmedizin, erlangt haben. Auch wenn von ihnen „Arbeitsmedizin [...] als Sozialmedizin für die wichtige soziale Gruppe der Arbeitnehmer“ angesehen werden könnte (Zitat nach Protokoll der bereits erwähnten Lehrkonferenz am 7.2.1995, S. 3), so wäre doch zu fragen, welche Qualifikationen sie für die Sozialmedizin, einem eindeutig von der Arbeitsmedizin abgegrenzten Gebiet (DFG 1980, S. 13; Norpoth et al. 1995), erworben hätten.

Eine von mir 1996 wiederholte Umfrage bestätigte das Ergebnis der Feststellungen von Robra und Schneider: Aufgrund einer Auswertung von 32 Studienplänen (von fünf Fakultäten erhielt ich keine Antwort) kann für das Vorkommen der Sozialmedizin in der Lehre folgende grobe Aussage gemacht werden:

- zehn Fakultäten führen einen Pflichtkurs als Kleingruppenveranstaltung durch,
- 17 Fakultäten veranstalten Vorlesungen oder einen vorlesungsartigen Unterricht, die zwar als Kurs bewertet werden, eine wirksame Anwesenheitskontrolle aber nicht aufweisen können; die Sozialmedizin wird dabei, wenn überhaupt, gemeinsam mit der Arbeitsmedizin, der Hygiene oder anderen Fächern eher kursorisch behandelt,
- mindestens fünf der antwortenden Fakultäten verfügen über keinerlei sozialmedizinisches Lehrangebot.

Die Verpflichtung, dieses Fach innerhalb eines Kurses als Kleingruppenveranstaltung durchzuführen, umgehen viele Fakultäten offensichtlich dadurch, dass sie den Kursus des Ökologischen Stoffgebietes ausschließlich mit Inhalten der Hygiene, der Rechtsmedizin und der Arbeitsmedizin oder gar nur eines dieser Fächer füllen.

Aus der Sicht der Studenten, die ohnedies einer Stofffülle ausgesetzt sind, die kaum beherrschbar ist (Habeck et al. 1993; Robert-Bosch-Stiftung 1995) und die zu einem selektierenden Lernprozess der für die MC-Prüfungen relevanten Frageninhalte drängt, wird dies kaum als Mangel wahrgenommen, da Studenten naturgemäß über keinerlei Berufserfahrung im Gesundheitswesen und damit auch nicht über Kriterien zur Gewichtung des angebotenen Lernstoffes verfügen. Selbst wenn solche Kriterien vorhanden wären, steht dem aber die Realität der Staatsexamens-Prüfungen entgegen. Für die mündlich-praktischen Anteile der Prüfungen gilt, dass für Fächer wie die Sozialmedizin, in denen es keine oder nur wenige potenzielle Prüfer gibt, solche Prüfungen auch nur an wenigen Fakultäten, und wenn, dann jeweils nur für wenige Prüflinge, stattfinden können.

Nun ist aber mit der Approbationsordnung von 1970 ein schriftliches Prüfungsverfahren eingeführt worden, dass dazu prädestiniert schien, sowohl objektivierbarer das Wissen abzufragen (Boelcke et al. 1995; Westhoff 1995) als auch eine Verteilung der Prüfungsfragen zu gewährleisten, die nicht von den ausgebauten Schwerpunkten der einzelnen Universitäten abhängt, sondern der Intention dieser Ausbildungsvorschrift bezüglich der Anteile der sozialwissenschaftlich-medizinischen sowie der ökologischen Fächer entspricht.

Die Sozialmedizin in den schriftlichen Prüfungen

Für die schriftlichen Prüfungen, die nach wie vor die größte Bedeutung für das Erreichen des Studienzieles haben, sind die Inhalte durch staatliche Vorschrift genau festgelegt. So existiert auch für die Sozialmedizin ein über sechs Druckseiten gehender Katalog, in dem die Prüfungsgegenstände beschrieben werden (IMPP 1994). Er stellt die Inhalte der Sozialmedizin in klarer Abgrenzung zu den Prüfungsgegenständen anderer Fächer dar. Mit dieser Prüfungsstoffsammlung soll (Zitat aus dem Vorwort, S. 2) *„den Fakultäten und den Studierenden eine Handreichung für die Ausbildung und die Prüfungsvorbereitung in Form einer Erläuterung zur Verfügung gestellt werden, die auch Richtschnur für die Autoren der Prüfungsfragen bei der Auswahl der Prüfungsthemen ist“*. Gleichzeitig wird damit auch die Definition der Ausbildungsgegenstände gegeben, da als selbstverständlich gelten kann, dass die jeweilige Fakultät den Studenten die Möglichkeit geben muss, die Prüfungsinhalte auch lernen zu können. Im Folgenden wird dieser Katalog der Übersichtlichkeit halber nur mit den ersten beiden Hierarchieebenen wiedergegeben (insgesamt finden sich noch zwei weiter differenzierend beschreibende Ebenen) (Tab. 1).

Tab. 1: Die Sozialmedizin nach Gegenstandskatalog 3. (IMPP 1994, S. 256-261)

- 1. Epidemiologie**
 - 1.1 Aufgaben, Begriffe, Methoden
 - 1.2 soziale Umwelt und Krankheit
 - 1.3 sozialmedizinische Aspekte von Krankheiten
 - 1.4 gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und sozialmedizinische Aspekte von Unfällen
- 2. Gesundheitsbildung und Krankheitsverhütung**
 - 2.1 Prävention
- 3. Rehabilitation**
 - 3.1 Zielsetzung und Definitionen
 - 3.2 Grundsätze der Rehabilitation und rechtliche Grundlagen
 - 3.3 gesetzliche Leistungsträger der Rehabilitation
 - 3.4 berechtigte Personenkreise, Einleitung und Ablauf der Rehabilitationsverfahren
 - 3.5 Leistungen im Rahmen der medizinischen Rehabilitation
 - 3.6 Leistungen im Rahmen der beruflichen, schulisch-pädagogischen und sozialen Rehabilitation
- 4. Medizinische Versorgung**
 - 4.1 Grundbegriffe
 - 4.2 Inanspruchnahme von Versorgungseinrichtungen und Leistungserbringern
 - 4.3 Einrichtungen der ambulanten, teilstationären und stationären Versorgung
 - 4.4 Berufe des Gesundheitswesens
 - 4.5 Kooperation im Gesundheitswesen
 - 4.6 Arten und Bedeutung nicht-professioneller Hilfssysteme
- 5. Grundfragen der sozialen Sicherung und des Sozialrechts**
 - 5.1 Lebensrisiken und ihre Auswirkungen auf die biologische und psychosoziale Existenz der Betroffenen
 - 5.2 Träger der sozialen Sicherung und ihre Finanzierung
 - 5.3 Prinzipien der sozialen Sicherung und ihre Zuordnung zu verschiedenen Trägern
 - 5.4 gesetzliche Krankenversicherung (GKV)
 - 5.5 gesetzliche Rentenversicherung (RV)
 - 5.6 gesetzliche Unfallversicherung, Sozialhilfe, Kriegs- und Gewaltopferversorgung, Arbeitslosenversicherung
 - 5.7 Grundzüge der sozialmedizinischen Begutachtung
- 6. Ökonomische Probleme in Gesundheit und Krankheit (Gesundheitsökonomie)**
 - 6.1 Das Gesundheitssystem in der Volkswirtschaft
 - 6.2 Finanzierung des Gesundheitssystems
 - 6.3 Finanzierung der Gesundheitsversorgung
 - 6.4 Steuerungselemente im Gesundheitssystem
 - 6.5 Evaluation

Das obige Zitat, mit dem diese Gegenstände durch das Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP), das eine durch Staatsvertrag der Bundesländer bestehende Einrichtung ist, als „*Handreichung für die Ausbildung und Prüfungsvorbereitung*“ (ebd.) bezeichnet werden, entstammt der 3. Auflage aus dem Jahr 1993, also einer mehrfach überarbeiteten Fassung. Die dargestellten Items in einer über mehrere Auflagen und fast 20 Jahre erarbeiteten bzw. bestätigten Systematik sollen auch untereinander ein gewisses Gleichgewicht bezüglich ihrer Wichtigkeit und damit ihrer Repräsentanz in den Fragen darstellen.

Bevor auf die Prüfungen im Einzelnen eingegangen wird, ist an folgendes zu erinnern: Die ärztliche Ausbildung und damit auch die Prüfung soll natürlich mehr als nur Kenntnisse zum Gegenstand haben. Zum Spektrum der Ausbildung, zum Lernziel und damit den zu fordernden Prüfungsinhalten gehören neben den Kenntnissen auch praktische Fertigkeiten, Fähigkeiten im Umgang mit den Patienten und anderen Berufsgruppen, ärztlich-ethische Einstellungen und anderes mehr (Schagen 1996). Eine Kritik des Gegenstandskatalogs in dem Sinne, dass seine Inhalte nicht ausschließlich die Lehre in der Grundausbildung prägen sollten, findet sich bei *Gostomzyk* 1993. Auch wenn die MC-Fragetechnik der schriftlichen Prüfungen nach einhelligem Expertenurteil (Boelcke et al. 1995; Westhoff 1995) mehr vermag, als lediglich Kenntnisse abzutesten, so ist dies in der Umsetzung bei den deutschen Prüfungen mit Sicherheit bisher nicht in ausreichender Weise gelungen.

Weil die Gegenstandskataloge sich ja nur und ausdrücklich auf die nach Meinung der Autoren, letztlich der Vertreter des Faches, durch MC-Fragen abprüfbareren Kenntnisse beziehen, also nicht etwa auf Fähigkeiten oder gar Fertigkeiten, die auch im Fach Sozialmedizin umfassender vermittelt werden könnten, wird im Folgenden nur von geprüften und zu prüfenden Kenntnissen gesprochen.

Der Anteil der Sozialmedizin-Fragen an den insgesamt im Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung gestellten Fragen ist sehr klein: an vier Prüfungstagen mit einer Prüfungsdauer von insgesamt genau 14,5 Stunden stehen für jede der derzeit regelmäßig zu beantwortenden 580 MC-Fragen im Durchschnitt 90 Sekunden zur Verfügung; aus der Sozialmedizin sind maximal 10-20 Fragen, also 2-4% der Gesamtzahl. Bei dieser geringen Repräsentanz kann davon ausgegangen werden, dass viele Kandidaten die Sozialmedizin in der Prüfungsvorbereitung sogar ganz vernachlässigen. Die hier behandelte Fragestellung ist aber nicht, welchen Stellenwert die Studenten der Prüfungsvorbereitung im Fach Sozialmedizin geben, sondern welcher Stellenwert den einzelnen Inhalten der Sozialmedizin von den für die Fragen letztlich verantwortlichen Hochschullehrern beigemessen wird. Auch mag die These gestattet sein, dass das Vorkommen von Inhalten in der Prüfung einen Hinweis darauf gibt, welche Inhalte von den Dozenten tatsächlich auch vorgetragen werden.

Warum der Anteil unter einem Fünftel des von der Prüfungsordnung für das Ökologische Stoffgebiet insgesamt vorgeschriebenen 100 Fragen liegt, müsste von den Experten des IMPP beantwortet werden. Verteilt man die im folgenden Abschnitt auf ihre Inhalte untersuchten und noch im Prüfungsfragen-Pool vorhandenen Fragen insgesamt auf die 20 von 1976 bis 1995 durchgeführten Prüfungen, so ist allerdings zu berücksichtigen, dass wegen des geringen aber regelmäßigen Altfragenanteils der Prüfungen einerseits einige Fragen bereits zweimal gestellt worden sind, andererseits aber auch bereits verwendete Fragen, wenn sie entweder testtheoretischen Anforderungen nicht genügten oder inhaltlich veraltet waren, ausgesondert wurden. Beides ist aber für das Ziel dieser Untersuchung zu vernachlässigen, da es keinerlei Hinweise dafür gibt, dass dadurch die unten diskutierte Verteilung auf die Items des Gegenstandskatalogs verschoben würde.

In 20 Jahren tatsächlich geprüfte Items

Zum Zweck der Untersuchung habe ich alle in den Prüfungen von 1976 bis 1995 verwendeten sozialmedizinischen MC-Fragen den im Gegenstandskatalog aufgeführten einzelnen Gegenständen = Items zugeordnet.³

Der Untersuchung zugrunde lagen die 242 bis 1995 bereits gestellten und noch im Pool des IMPP befindlichen Fragen.

Werden diese 242 Fragen den sechs Kapiteln des Gegenstandskatalogs zugeordnet, so ergibt sich die Aufstellung in Tab. 2.

Tab. 2: Die Zahl der in der zweiten Ärztlichen Prüfung von 1976 bis 1995 gestellten Fragen zu den jeweiligen Kapiteln des Gegenstandskatalogs Sozialmedizin

1. Epidemiologie	104
2. Gesundheitsbildung und Krankheitsverhütung	31
3. Rehabilitation	19
4. Medizinische Versorgung	4
5. Grundfragen der sozialen Sicherung und des Sozialrechts	69
6. ökonomische Probleme in Gesundheit und Krankheit (Gesundheitsökonomie)	15

Das Ungleichgewicht in der Verteilung auf die einzelnen Items ist offensichtlich. Während zur *Epidemiologie* mit 104 fast die Hälfte aller jemals aus der Sozialmedizin gestellten Fragen gehören, werden zur *Medizinischen Versorgung*, also zur Struktur des Gesundheitswesens und der Organisation ihrer Versorgungsaufgaben ganze vier (!) Fragen gestellt. Zentrale Parameter für die Beurteilung sowohl einer gleichmäßigen Versorgung wie für den Bedarf an Leistungserbringern, wie z.B. die „Inanspruchnahme“, die stärker durch soziale Schichtzugehörigkeit der Patienten oder durch die zufällige Dichte des Leistungsangebots bestimmt ist als durch die Morbidität im klassisch medizinischen Sinne selbst, kommen praktisch nicht vor. Während für die *Soziale Sicherung* immerhin noch 69 Fragen gestellt wurden, musste die *Rehabilitation* in all ihrer Komplexität, an der vielleicht auch aus diesem Grunde viele niedergelassene Ärzte in der Suche nach adäquaten Maßnahmen für ihre Patienten scheitern, mit 19 Fragen auskommen sowie die *Gesundheitsbildung und Krankheitsverhütung*, also der Bereich, in dem praktizierende Ärzte vermutlich die meisten Patientenfragen zu beantworten haben, mit 31 Fragen. Die *Gesundheitsökonomie*, deren Inhalte seit Jahren nicht nur die Diskussionen der Ärzte, sondern in zunehmenden Maße auch die der Öffentlichkeit bestimmen, ist mit ganzen 15 (!) Fragen vertreten!

Nun mag eingewendet werden, diese Ungleichverteilung sei ein Ergebnis der bisher verwendeten Methode, die Fragen nur der ersten Ebene der Prüfungsstoffsammlung zuzuordnen. Differenzieren wir also und ordnen die 242 Fragen der zweiten Ebene in Tab. 3 zu.

3 Für die in einer Rohfassung zur Verfügung gestellten Fragen danke ich dem Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen in Mainz und insbesondere Herrn Dr. K. Mayer, diesem insbesondere für seine mehrfachen geduldigen Erläuterungen zur testtechnischen Beurteilung und Einordnung der Fragen. – Alle noch im Prüfungspool als so genannte Altfragen vorhandenen und von 1976 bis 1996 verwendeten Fragen sind, insbesondere zur Diskussion unter den Dozenten des Fachgebietes wie der inhaltlich benachbarten Fächer, von mir zusammengestellt und herausgegeben (Schagen 1997b).

Tab. 3: Die Zahl der in der zweiten Ärztlichen Prüfung von 1976 bis 1995 gestellten Fragen zu den jeweiligen Unterkapiteln des Gegenstandskatalogs Sozialmedizin

1.	<i>Epidemiologie</i>	
1.1	Aufgaben, Begriffe, Methoden	84
1.2	soziale Umwelt und Krankheit	0
1.3	sozialmedizinische Aspekte von Krankheiten	15
1.4	gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und sozialmedizinische Aspekte von Unfällen	5
2.	<i>Gesundheitsbildung und Krankheitsverhütung</i>	
2.1	Prävention	31
3.	<i>Rehabilitation</i>	
3.1	Zielsetzung und Definitionen	0
3.2	Grundsätze der Rehabilitation und rechtliche Grundlagen	1
3.3	gesetzliche Leistungsträger der Rehabilitation	11
3.4	berechtigte Personenkreise, Einleitung und Ablauf der Rehabilitationsverfahren	2
3.5	Leistungen im Rahmen der medizinischen Rehabilitation	2
3.6	Leistungen im Rahmen der beruflichen, schulisch-pädagogischen und sozialen Rehabilitation	3
4.	<i>Medizinische Versorgung</i>	
4.1	Grundbegriffe	0
4.2	Inanspruchnahme von Versorgungseinrichtungen und Leistungserbringern	1
4.3	Einrichtungen der ambulanten, teilstationären und stationären Versorgung	1
4.4	Berufe des Gesundheitswesens	2
4.5	Kooperation im Gesundheitswesen	0
4.6	Arten und Bedeutung nicht-professioneller Hilfssysteme	0
5.	<i>Grundfragen der sozialen Sicherung und des Sozialrechts</i>	
5.1	Lebensrisiken und Auswirkungen auf die biologische und psychosoziale Existenz der Betroffenen	0
5.2	Träger der sozialen Sicherung und ihre Finanzierung	7
5.3	Prinzipien der sozialen Sicherung und ihre Zuordnung zu verschiedenen Trägern	7
5.4	gesetzliche Krankenversicherung (GKV)	28
5.5	gesetzliche Rentenversicherung (RV)	6
5.6	gesetzliche Unfallversicherung, Sozialhilfe, Kriegs- und Gewaltopferversorgung, Arbeitslosenversicherung	17
5.7	Grundzüge der sozialmedizinischen Begutachtung	4
6.	<i>ökonomische Probleme in Gesundheit und Krankheit (Gesundheitsökonomie)</i>	
6.1	Das Gesundheitssystem in der Volkswirtschaft	0
6.2	Finanzierung des Gesundheitssystems	7
6.3	Finanzierung der Gesundheitsversorgung	3
6.4	Steuerungselemente im Gesundheitssystem	2
6.5	Evaluation	3

Der Leser möge sich selbst ein Urteil bilden und werten, was auf dem Hintergrund der anfangs dargestellten Selbstdefinition der Sozialmedizin sowie aus seiner Sicht ein intensiveres Vorkommen in den Fragen des IMPP-Pools verdient hätte.

Hier sei nur der für mich zentrale Aspekt herausgegriffen. Weil die Konstruktion von Fragen möglicherweise für andere Items noch schwieriger ist, mag es zwar verständlich erscheinen, dass aus dem Bereich der Epidemiologie der Löwenanteil der Fragen sich wiederum mit reinen Definitionen von Fachbegriffen beschäftigt (84 von 104). Auch könnte man argumentieren, dass es sich hier um Grundbegriffe handelt, die vorrangig geprüft werden müssten. Andererseits sollen die Gegenstandskataloge ausschließlich Inhalte enthalten, die Grundwissen darstellen. Insofern stellt sich die Frage, was an inhaltlichem Wissen für die Praxis der medizinischen Versorgung von jungen Ärzten zumindest den gleichen Stellenwert beanspruchen müsste.

Sie ist unter Verwendung der im Kapitel über die Inhalte der Lehrbücher dargestellten Kurzdefinition der Sozialmedizin zu prüfen. Untersuchen wir die Frage, in welchen der Items des Ge-

genstandskatalogs dieser zentrale Kern des Faches, ich möchte sagen, die Berechtigung für die Existenz des Faches überhaupt, am besten zum Ausdruck kommen könnte, so findet man vornehmlich zwei:

a) Soziale Umwelt und Krankheit

Das Item „1.2 soziale Umwelt und Krankheit“ weist im Gegenstandskatalog noch folgende Unterabschnitte auf:

- 1.2.1 *Einflüsse soziokulturell vermittelter Lebensstile (Krankheitsrisiken durch Einstellungen, Haltungen und soziale Normen, z.B. im Hinblick auf Ess-, Trink- und Rauchverhalten),*
- 1.2.2 *Einflüsse soziodemographischer Variablen (Beruf, Ausbildung, Einkommen, Familienstand, Sozialschicht, soziale und geographische Mobilität, Stadt-Land-Unterschiede),*
- 1.2.3 *Einflüsse des sozialen Wandels (Änderungen der Gesellschaftsstruktur, gesellschaftliche Veränderungen durch technologische und wissenschaftliche Entwicklungen),*
- 1.2.4 *sozialmedizinische Bedeutung der Arbeitswelt (epidemiologische Studien in Betrieben / occupational epidemiology),*
- 1.2.5 *Sozialanamnese (Erfassung sozialer Einflüsse auf das Krankheitsgeschehen und der mit der Krankheit verbundenen sozialen Folgen).*

In 20 Jahren zentraler staatlicher Prüfungsfragenstellung ist zu diesem Gesamtkomplex *keine einzige Frage* gestellt worden!

b) Lebensrisiken und Auswirkungen auf die biologische und psychosoziale Existenz der Betroffenen

Das Item „5.1 Lebensrisiken und Auswirkungen auf die biologische und psychosoziale Existenz“ der Betroffenen weist im Gegenstandskatalog noch folgende Erläuterung auf:

Unfall, akute und chronische Krankheit, Invalidität, Alter, Arbeitslosigkeit, Armut, Krieg und Gewalt.

Auch hierzu ist in 20 Jahren zentraler staatlicher Prüfungsfragenstellung *keine einzige Frage* gestellt worden!

c) weitere nicht geprüfte Items

Am Rande sei auf weitere der Tab. 3 abzulesende Ergebnisse verwiesen: Auch zu den Items „4.5 Kooperation im Gesundheitswesen“ und „4.6 Arten und Bedeutung nicht-professioneller Hilfesysteme“ sind keine Fragen gestellt worden. Es wäre zu untersuchen, ob das als Hinweis auf die häufig auch öffentlich beklagte reduzierte Wahrnehmung der Ärzte, dass außerhalb ihres Tuns nichts Nennenswertes zur Gesundheit der Menschen beigetragen werden kann, zu bewerten wäre.

Die neue Ausbildungsordnung 2002

Da die bisher dargestellten Ergebnisse und ihre Diskussion auf einer Untersuchung des Zeitraums der 70er bis 90er Jahre fußen, könnte vermutet werden, sie träfen für die inzwischen eingetretene Situation an den medizinischen Fakultäten nicht mehr zu. Das ist richtig für den formalen Ablauf der Prüfungen. Die Zielrichtung meiner Argumentation richtet sich aber auf das tatsächliche Lehrangebot und die Prioritätensetzung der „scientific community“ selbst. Deren Beharrungsvermögen ist aber unendlich viel größer, als dass sich in wenigen Jahren schon Veränderungen durchsetzen könnten.

Trotzdem sollen hier die – für den Gegenstand der Untersuchung vermutlich nachrangigen - Veränderungen der formalen Bestimmungen im Einzelnen vorgestellt werden.

In den folgenden Abschnitten wird entsprechend dem Kontext des Aufsatzes und der Einfachheit halber der disziplinäre Begriff „Sozialmedizin“ durchgehend verwendet. Durch die Approbationsordnung vom 26.4.2002 traten aber eine Reihe von Änderungen für die bis dahin als „Medizinische Soziologie“ und „Sozialmedizin“ enthaltenen Lehrfächer ein. Insbesondere werden Lehrinhalte der Sozialmedizin in der Ordnung auch unter andere (Teil-)Bezeichnungen besonders benannt. Folgende Begriffe werden in der Ordnung genannt: *individuelle, epidemiologische und sozialmedizinische Aspekte der Krankheitsentstehung und -verhütung, Öffentliche Gesundheitspflege/Public Health; Epidemiologie, medizinische Biometrie und medizinische Informatik, Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem, Klinische Umweltmedizin, Medizin des Alterns und des alten Menschen, Prävention, Gesundheitsförderung, Rehabilitation, Physikalische Medizin, Naturheilverfahren, Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Rechtsmedizin, Hygiene*. Für die Interessenvertretung disziplinärer Lobbyisten mag die Vielzahl von Vorteil sein, für die Studienplanung und -gestaltung gewiss nicht. Zur Diversifizierung der Fächer und den dahinter stehenden Interessen, die sich auch in dieser Verordnung wieder durchgesetzt haben, weil staatlicher Gestaltungsauftrag auch hier teils zur Beliebigkeit verkommen ist, ist an anderer Stelle Grundlegendes ausgeführt (Uexküll 1971, Schagen 2002a-c).

Auf die Einzelheiten muss hier aber kurz eingegangen werden:

a) im Ersten Abschnitt des Studiums

- aus dem Pflichtkurs der Medizinischen Psychologie wurde der *Pflichtkurs Medizinische Psychologie und Soziologie*,
- zusätzlich wurde ein *Seminar Medizinische Psychologie und Soziologie* Pflicht (Gruppengröße max. 20),
- der *Semesterwochenstunden (SWS)-Umfang* dieser Veranstaltungen musste in den neu zu beschließenden Studienordnungen der Fakultäten neu festgelegt werden,
- jeder Student hat sowohl im Ersten wie im Zweiten Abschnitt ein *Wahlfach* abzuleisten, in dem die Leistungen zu benoten sind und auf dem jeweiligen Staatsexamenszeugnis vermerkt werden, die Note geht allerdings nicht in die Gesamtnote ein (§ 2, Abs. 8, und Anlagen 11 und 12); sowohl im Ersten wie im Zweiten Abschnitt kann die Universität die Medizinische Soziologie als Wahlfach anbieten (§ 2, Abs. 8, und Anlage 3); Anlage 3 ist keine abschließende Aufzählung, sondern ist in der jeweiligen Studienordnung der Universität nach den vorhandenen Möglichkeiten zu modifizieren; selbst die Wahl des gleichen Wahlfachs in beiden Abschnitten ist nicht ausgeschlossen,
- *mündlich-praktische Prüfungen im Staatsexamen* für jeden Studenten wird es immer in Anatomie, Biochemie/Molekularbiologie und Physiologie (§ 22, Abs. 2), aber grundsätzlich *nicht mehr* in anderen Fächern geben,
- die Anzahl der *MC-Fragen* für Grundlagen der Medizinischen Psychologie und Soziologie blieb unverändert bei 60 von insgesamt 320, Gegenstandskataloge hierzu wird es weiter geben, die Fragen können auch in Zukunft veröffentlicht werden.

b) im Zweiten Abschnitt des Studiums (drittes bis sechstes Studienjahr)

- einen Pflichtkursus des *Ökologischen Stoffgebietes* gibt es nicht mehr,
- neue einschlägige „Fächer“ und „Querschnittsbereiche“, die zur Sozialmedizin zu zählen wären, werden unter folgender Beschreibung im Prüfungsstoff für den Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung am Ende des Studiums (nach dem Praktischen Jahr!) durch Multiple-Choice-Fragen geprüft (§ 29 und Anlage 15):
„Individuelle, epidemiologische und sozialmedizinische Aspekte der Krankheitsentstehung und -verhütung, Öffentliche Gesundheitspflege/Public Health“,
- *Leistungsnachweise* (§ 27, Abs. 1, Satz 4) sind zu erbringen für die „Fächer“

3. *Arbeitsmedizin, Sozialmedizin*
10. *Hygiene, Mikrobiologie, Virologie*
18. *Psychiatrie und Psychotherapie*
19. *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*
20. *Rechtsmedizin*
21. *Wahlfach*

und für die „Querschnittsbereiche“ (§ 27, Abs. 1, Satz 5)

1. Epidemiologie, medizinische Biometrie und medizinische Informatik
 3. Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem, Öffentliche Gesundheitspflege
 6. Klinische Umweltmedizin
 7. Medizin des Alterns und des alten Menschen
 10. Prävention, Gesundheitsförderung
 12. Rehabilitation, Physikalische Medizin, Naturheilverfahren
- der *SWS-Umfang* dieser Veranstaltungen muss in den neu zu beschließenden Studienordnungen der Fakultäten festgelegt werden; für alle „Fächer“ und „Querschnittsbereiche“ zusammen soll der Umfang mindestens 868 Stunden betragen (§ 27, Abs. 1, Satz 8),
 - mindestens drei der Leistungsnachweise für die unter § 27, Abs. 1, Satz 4 genannten „Fächer“ sind fächerübergreifend so zu gestalten, dass es für je drei dieser Fächer einen *fächerübergreifenden Leistungsnachweis* gibt (§ 27, Abs. 3),
 - jeder Student hat sowohl im Ersten wie im Zweiten Abschnitt ein *Wahlfach* abzuleisten, in dem die Leistungen zu benoten sind und die auf dem jeweiligen Staatsexamenszeugnis vermerkt werden; die Note geht allerdings nicht in die Gesamtnote ein (§ 2, Abs. 8, und Anlagen 11 und 12); sowohl im Ersten wie im Zweiten Abschnitt kann die Universität alle (Teil-)Fächer als Wahlfach anbieten (§ 2, Abs. 8, und Anlage 3); Anlage 3 ist keine abschließende Aufzählung, sondern ist in der jeweiligen Studienordnung der Universität nach den vorhandenen Möglichkeiten zu modifizieren; selbst die Wahl des gleichen Wahlfaches in beiden Abschnitten ist nicht ausgeschlossen.

Resümee

Eine Diskussion zu der dargestellten Diskrepanz von das Fachgebiet konstituierenden Inhalten und Prüfungsstoff ist mit einem Vortrag auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin im Jahre 1996 in Witten begonnen worden. In Diskussionen mit einzelnen Hochschullehrern und in einer Arbeit für die Zeitschrift „Das Gesundheitswesen“ wurde sie weitergeführt. Dort wurde auch auf Widerstände und Hindernisse eingegangen, die der lange Weg von der Auswahl der für das IMPP tätigen Fachgutachter über die Aufforderungen an alle Hochschullehrer, Prüfungsfragen zu konstruieren, die Kontrolle dieser Vorschläge unter testtheoretischen Aspekten und schließlich bis zu ihrer Eingabe und Verwendung in den Prüfungsfragen-Pool mit sich bringt. Auch auf diesem Weg liegen Erklärungsmöglichkeiten für das Fehlen wichtiger Inhalte in den Prüfungsfragen.

Hier sei abschließend festgestellt, dass der Dethematisierung des Problemkomplexes „Krankheit und soziale Lage“ in den Prüfungsfragen der skandalös geringe Anteil von Fragen aus den sozialwissenschaftlich-medizinischen, den psychosomatischen und allen zum Ökologischen Stoffgebiet zu zählenden Fächern sowie ihrer spärlichen Präsenz als Forschungs- und Lehrinstitute an den Hochschulen insgesamt entspricht. Die Forschungslandschaft der Bundesrepublik klammert diesen Aspekt traditionell und weiterhin aus. Daran ändern auch vereinzelte Arbeiten wenig (Abholz 1976; Mielck 1994, 2000; Mielck und Bloomfield 2001).

Im Vergleich etwa zu Großbritannien, wo sich vom Parlament eingesetzte Kommissionen mit dem Thema beschäftigen mussten und z.B. ihr Bericht über 750 Publikationen verarbeiten konnte (Black-Report 1980/1992; Whitehead 1992 und 1994), ist von einer Thematisierung der Frage im politischen Raum der Bundesrepublik nichts zu bemerken, dies obwohl auch die wenigen hier durchgeführten Arbeiten nahe legen, dass die Ungleichheit der Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland derjenigen Großbritanniens entspricht.

Was hier gezeigt werden sollte ist auch, dass die für das Fach verantwortlichen Vertreter zumindest in ihrer Arbeit für das zentrale Prüfungsfrageninstitut wenig dazu beigetragen haben, dass der Zusammenhang von Krankheit und sozialer Lage den heranwachsenden Ärzten wenigstens über die schriftlichen Prüfungen bewusst werden konnte.

Das Fach Sozialmedizin wurde hier als Gegenstand der Untersuchung gewählt. Leider spricht nichts dafür, dass eine Untersuchung für die Fachgebiete Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie, Psychosomatik und Arbeitsmedizin, die 1970 ebenfalls neu in die ärztliche Ausbildung eingeführt wurden, zu einem positiveren Ergebnis kommen könnte. Sowohl bezüglich ihrer Repräsentanz in eigenen Abteilungen und Instituten, wie in ihrem Stundenanteil an der Pflichtlehre, wie voraussichtlich auch mit in den Examina vertretenen Fragen zu verwandten Komplexen des Themas Krankheit und soziale Lage weisen sie ähnliche Defizite auf.

Seit der formalen Verankerung der Sozialmedizin nicht nur als vorgeschriebener Ausbildungsinhalt, sondern auch als Gegenstand der bundeseinheitlichen schriftlichen Staatsprüfungen für Ärzte im Jahre 1976 haben bis heute jährlich ca. 10.000 Ärzte die Hochschulen verlassen. Sie stellen weit über zwei Drittel der heute in Deutschland berufstätigen Ärzte dar. Nach dem Willen des damaligen Gesetzgebers hätten sie während des Studiums eine gründliche Ausbildung in Theorie und Praxis sozialmedizinischer Fragestellungen erhalten können. Dies ist, wie gezeigt werden konnte, nicht geschehen. Wenn sie nichts vom Zusammenhang zwischen Krankheit und sozialer Lage, von den Auswirkungen der Lebensrisiken auf die biologische und psychosoziale Existenz der Betroffenen wissen, wenn sie wenig mit anderen Berufsgruppen kooperieren und wenn sie die nicht-professionellen gesundheitlichen Hilfesysteme immer noch für unbedeutend halten, auch wenn sie daraus folgend eine in erster Linie arzt- und technikzentrierte und damit überflüssige Kosten verursachende Medizin betreiben, so liegt die Verantwortung dafür bei den zuständigen Kultusministerien und Fakultäten, nicht zuletzt aber auch bei den Dozenten und Hochschullehrern des Faches, die diese (Teil-)Inhalte der Sozialmedizin in Lehre und Prüfung nicht genügend ernst zu nehmen wussten.

**PRÜFUNGSINHALT NACH
AUSBILDUNGSZIELDEFINITION DER APPROÄ:**

KENNTNISSE	medizinische fachübergreifende und methodische
PRAKTISCHE FERTIGKEITEN	
PSYCHISCHE FÄHIGKEITEN	
EINSTELLUNGEN	geistige und ethische Grundlagen Verpflichtung gegenüber dem Einzelnen und der Allgemeinheit

zur Erreichung von

HANDLUNGSFÄHIGKEIT IN	Prävention Diagnostik Therapie und Rehabilitation
FÄHIGKEIT ZUR BERÜCKSICHTIGUNG DER ENTWICKLUNGEN IN	Wissenschaft Umwelt und Gesellschaft
KOOPERATIONSFÄHIGKEIT MIT	anderen Ärzten anderen Berufen im Gesundheitswesen

Auch aus den hier untersuchten Gründen wird das angestrebte, hier nochmals zusammengefasste Gesamtziel der ärztlichen Ausbildung bis auf weiteres nur schwer erreicht werden können.

Literaturverzeichnis

Abholz, Heinz-Harald (Hrsg.): Krankheit und soziale Lage. Befunde der Sozialepidemiologie. Frankfurt a. M., New York 1976.

ApprOÄ. Approbationsordnung für Ärzte in der Fassung vom 21.12.1989, § 1 Abs. 1.

Black, Douglas; Morris, J. N.; Smith, Cyril; Townsend, Peter; Davidson, Nick: Inequalities in Health: The Black Report. London (u.a.) 1980, 1992.

Blohmke, M.; Ferber, Ch. von; Schaefer, H.; Valentin, H.; Wängler, K.: Was ist Sozialmedizin? Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Arbeitshygiene 7 (1972) 5, S. 118 - 120.

BMJFG 1970. Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit: Approbationsordnung für Ärzte mit Amtlicher Begründung, BGBl. I (1970) 98, S. 1458f.

Boelcke, G.; Kemper, F. H.; Richter, F. (Hrsg.): Prüfungsmethoden in der medizinischen Ausbildung und der Einfluss von Prüfungen auf Lehre und Lernen. Internationales Symposium in Mainz 29. und 30. Juni 1995. Mainz 1995.

Brennecke, Ralph, Schelp, Frank Peter: Sozialmedizin. Stuttgart 1993 (vorher: Blohmke, Maria (Hrsg.): Sozialmedizin. Stuttgart 1979, 1986).

Bussche, Hendrik van den: Im Dienste der „Volksgemeinschaft“. Studienreform im Nationalsozialismus am Beispiel der ärztlichen Ausbildung. Hamburger Beiträge zur Wissenschaftsgeschichte 4. Berlin, Hamburg 1989.

Busse, Reinhard: Public Health im Medizinstudium. Public Health. Ergebnisse und Diskussionsbeiträge zu Gesundheitswissenschaften und zur Gesundheitspolitik 1. Sankt Augustin 1994.

- David, Heinz, Müller, Fritz: Zur weiteren Gestaltung des Medizin- und Stomatologie-Studiums in der DDR - Vorstellungen und Herausforderung. Z. klin. Med. 44 (1989) 1, S. 7 - 12.
- DFG: Zur Lage der Arbeitsmedizin und der Ergonomie. Denkschrift. Boppard 1980.
- DFG: Gesundheitssystemforschung in Deutschland. Denkschrift. Weinheim 1995.
- DGSMP: Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention, Mitgliederrundbrief (1992) 2, S. 10. - Auch abgedruckt in: Brennecke et al. 1993, S. 9.
- Frunder, Horst; Machnik, Georg: Die Studienreformdiskussion in der DDR. In: Reform der Ärzteausbildung. Hrsg.: D. Habeck, U. Schagen, G. Wagner. Berlin 1993, S. 19-36.
- Göbel, Eberhard: Ärzte aus der Retorte? Theoretische und empirische Untersuchungen zur Studienreform im Fach Humanmedizin in der Bundesrepublik Deutschland. Köln 1981.
- Gostomzyk, J. G.: Vermittlung sozialmedizinischer Ausbildungsziele für den berufsfähigen Arzt in der grundständigen Arztausbildung. Gesundheitswesen 55 (1993) Sonderheft 2, S. 57-59.
- Gostomzyk, J. G.; Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (Hrsg.): Aspekte und Perspektiven der Sozialmedizin: Herrn Prof. Dr. Dr. h. c. Hans Schaefer, dem Gründer der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention zum 90. Geburtstag gewidmet. Gesundheitswesen 58 (1996) Sonderheft 3, S. 155 - 224.
- Griefahn, B.: Sozialmedizin im ökologischen Kurs. Arbeitsmed.Sozialmed.Präventivmed. 20 (1985) 11, S. 267 - 269.
- Habeck, Dietrich; Schagen, Udo; Wagner, Günther (Hrsg.): Reform der Ärzteausbildung. Neue Wege in den Fakultäten. Berlin 1993.
- Haug, Wolfgang Fritz: Die Kampagne um das Zentralinstitut für Soziale Medizin vor dem Hintergrund eines neuen McCarthyismus. Argumente für eine soziale Medizin (III), Das Argument, Z. Phil. Sozialwiss. 14 (1972) 71, S. 1-13. Als Dokument auch auf dieser CD.
- Hofmann, Werner; Schwartz, Friedrich Wilhelm: Public Health: Gesundheitspolitik und akademische Disziplin. Entwicklung in den alten Bundesländern. In: Wer oder Was ist „Public Health“? Jahrbuch für Kritische Medizin 18. Argument Sonderband AS 198. Berlin 1992, S. 6-24.
- Hubenstorf, Michael: Sozialhygiene, Staatsmedizin, Public Health - Konzeptwandel oder deutscher Sonderweg? 2005. Auf dieser CD.
- IMPP; Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen: GK 3. Gegenstandskatalog 3 für den Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung. Neu Isenburg, Köln 1994.
- Leibfried, Stefan; Tennstedt, Florian (Hrsg.): Berufsverbote und Sozialpolitik 1933: Die Auswirkungen der nationalsozialistischen Machtergreifung auf die Krankenkassenverwaltung und die Kassenärzte. Analyse - Materialien zu Angriff und Selbsthilfe - Erinnerungen. Arbeitspapiere des Forschungsschwerpunktes Reproduktionsrisiken, soziale Bewegungen und Sozialpolitik der Universität Bremen 2. Bremen 1980 (2. Aufl.).
- Lehrbücher und Skripten: Gutzwiller, Felix, Olivier, Jeanneret (Hrsg.): Sozial- und Präventivmedizin Public Health. Bern (u.a.) 1996. - Heilmann, Steidl: Ökologisches Stoffgebiet. Neckarsulm 1993. - Reinhardt, Günther; Seidel, Hans-Joachim; Sonntag, Hans-Günther; Gaus, Wilhelm; Hingst, Volker; Mattern, Rainer: Ökologisches Stoffgebiet. Duale Reihe. Stuttgart 1995. - Erdinger, Lothar; Renner, Dieter; Zimmer, Gisela; Scheuermann, Wolfgang; Schwarze, Sieglinde; Schwenzler, Claudia: GK 3. Original-Prüfungsfragen mit Kommentar. 4. Tag: Allgemeinmedizin und Ökologisches Stoffgebiet. London u.a. 1994. - Waller, Heiko: Sozialmedizin. Grundlagen und Praxis für psychosoziale und pädagogische Berufe. Stuttgart 1993. - Waller, Heiko: Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis. Stuttgart, Berlin, Köln 1995. - Wischnik, A.: Ökologisches Stoffgebiet. München, Wien, Baltimore 1997. - S. auch: Schagen, Udo; Schleiermacher, Sabine: Bibliographie (Auswahl) deutschsprachiger

- Hand- und Lehrbücher der Sozialhygiene und Sozialmedizin in chronologischer Anordnung. 2005. Auf dieser CD.
- Loddenkemper, Robert; Schagen, Udo: Vorschlag zur Gewichtung der Fächer nach der Approbationsordnung für Ärzte vom 28.10.1970. Info archiv: Beilage zu FU-Info (1972) 1, S. 2-8.
- Mielck, Andreas (Hrsg.): Krankheit und soziale Ungleichheit. Ergebnisse der sozialegpidemiologischen Forschung in Deutschland. Opladen 1994.
- Mielck, Andreas: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern 2000.
- Mielck, Andreas; Bloomfield, Kim (Hrsg.): Sozial-Epidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten. Weinheim, München 2001.
- Niehoff, Jens-Uwe; Schneider, Frank: Sozialhygiene - das Ende einer akademischen Disziplin? Reflexionen zur Geschichte der Sozialhygiene in der DDR. In: Wer oder was ist „Public Health“? Jahrbuch für Kritische Medizin 18. Argument Sonderband 198. Berlin 1992, S. 54-81.
- Niehoff, Jens-Uwe: Sozialmedizin systematisch. Lorch 1995.
- Niemann, H.; Wiezorek, W.-D.: Zur Geschichte der medizinischen Hochschulausbildung in der Deutschen Demokratischen Republik. Z. ärztl. Fortb. 74 (1980), S. 115-122, 178 - 181.
- Norpoth, Klaus Heinrich; Müller, Rainer: Arbeitsmedizin und Arbeitswissenschaft. In: DFG (1995), S. 94-98.
- Public Health Forum: Public Health-Studiengänge in Deutschland. Public Health Forum 1 (1993) 1, S. 12-14; 2, S. 14-15; 4 (1996) 11, S. 24.
- Redaktion (Abholz, Heinz-Harald; Braunsdorf, Marno; Haug, Frigga; Ohm, Christof; Schagen, Udo): Editorial. In: Kritik der bürgerlichen Medizin. Das Argument 60. Zeitschrift für Philosophie und Sozialwissenschaften. Sonderband. Berlin 1970, S. 1. Als Dokument auch auf dieser CD.
- Redaktion: Medizin im Argument. Register 1969-1986. In: Argument-Sonderband AS 146. Jahrbuch für Kritische Medizin 12. Berlin, Hamburg 1987, S. 146-165.
- Robra, B.-P.; Woitowitz, H.-J.: Gemeinsame Empfehlung der Fachvertreter für Sozialmedizin an den deutschen medizinischen Fakultäten. Gesundheitswesen 57 (1995), S. 502-503.
- Robert Bosch Stiftung (Hrsg.): Das Arztbild der Zukunft. Analysen künftiger Anforderungen an den Arzt. Konsequenzen für die Ausbildung und Wege zu ihrer Reform. Arbeitskreis Mediziner- und Ausbildung der Robert Bosch Stiftung - Murrhardter Kreis. Gerlingen 1995.
- Schaefer, Hans; Schoen, Rudolf: Probleme der medizinischen Universitätsausbildung. Ärztl. Mitteilungen 39 (1954) 20, S. 669-684; 21, S. 712-721. Sonderdruck, S. 28f.
- Schaefer, Hans; Blohmke, Maria: Sozialmedizin und Universität. Mensch und Medizin 1 (1964) Heft 1 u. 2.
- Schagen, Udo: Der Studienplan für Humanmedizin nach der neuen AO. Sonderdruck aus FU-Info (1973) Heft 16 u. 18; FU-Mitteilungen (1973) Nr. 2.
- Schagen, Udo: Ärztliches Ausbildungsziel und Berufsfeld. Reale Entwicklung und notwendige Änderung. Med. Ausbildung 13 (1996) 1, S. 28-33.
- Schagen, Udo [1997a]: „Daher ist es selbstverständlich ..., dass der Geist der neuen Zeit auch den gesamten Ausbildungsgang der Medizinstudierenden erfasst.“ Zum Neubeginn an der Medizinischen Fakultät der Berliner Universität. Hochschule Ost 6 (1997) 2.
- Schagen, Udo [1997b]: Die Prüfungsfragen der Sozialmedizin von 1976 bis 1996. Berichte und Dokumente zur Zeitgeschichte der Medizin 4. Berlin 1997.

- Schagen, Udo [2002a]: Curriculare Vorgaben oder Freiheit der Lehre: Zum Stand der Studienreform in Deutschland aus Sicht der psychosozialen Fächer. In: Innovative Ansätze zur Lehre in den psychosozialen Fächern der ärztlichen Ausbildung. Hrsg.: U. Stöbel, J. v. Troschke (= Schriftenreihe der Deutschen Koordinierungsstelle für Gesundheitswissenschaften an der Abteilung für Medizinische Soziologie der Universität Freiburg, 13). Freiburg 2002, S. 32-42.
- Schagen, Udo [2002b]: Reformen auf dem Papier - Studium der Humanmedizin in der Bundesrepublik Deutschland seit 1970. In: Jahrbuch für kritische Medizin 37. Hamburg 2002.
- Schagen, Udo [2002c]: Viel Beamtenschweiß geflossen. Die neue Approbationsordnung für Ärzte. [Enthält auch Kasten: Übergangsbestimmungen neue/alte ÄApprO]. Dr. med. Mabuse 27 (2002) 138, S. 36-39.
- Schneider, Frank: Protokolle der Lehrkonferenzen der Deutschen Gesellschaft für Sozial- und Präventivmedizin am 7.2. und 16.6.1995 (unpubliziert).
- Schwartz, F. W.: Aufgaben und Stellenwert der Sozialmedizin im grundständigen Medizinstudium. Öff. Gesundheitswesen 53 (1991) 4, S. 197.
- Schwartz, Friedrich Wilhelm; Haase, Ingo; Hofmann, Werner; Klein-Lange, Mathias; Brenner, Harvey; Müller, Rainer [1995a]: Sozialmedizin. In: DFG (1995), S. 1-11.
- Schwartz, Friedrich Wilhelm; Raspe, Hans Heinrich [1995b]: Sozialmedizin. In: DFG (1995), S. 86-91.
- Schwartz, Friedrich Wilhelm: Entwicklung von Public Health in Deutschland. Public Health Forum 3 (1995) 10, S. 3-7. Als Dokument auf dieser CD.
- Tutzke, Dietrich: Entwicklung der bürgerlichen Sozialhygiene in Deutschland. In: Zur Entwicklung der Sozialhygiene im 19. und 20. Jahrhundert. Ausgewählte Beiträge vom I. Medizinhistorischen Symposium der Gesellschaft für Geschichte der Medizin in der DDR und der Wissenschaftlichen Allunionsgesellschaft der Medizinhistoriker der UdSSR in Zusammenarbeit mit der Gesellschaft für Sozialhygiene der DDR 23. - 25. Juni 1975 Halle (Saale). Hrsg.: Akademie für Ärztliche Fortbildung der DDR, Gesellschaft für Geschichte der Medizin. Berlin 1976, S. 1-17.
- Uexküll, Thure von: Was kann eine Spezialdisziplin „Soziologische Medizin“ für eine allgemeine Medizin leisten? In: Probleme der Medizin-Soziologie. Hrsg.: R. König, M. Tönnemann. Köln, Opladen 1958.
- Uexküll, Thure von: Das Problem der Ausbildung zum Arzt in der modernen Welt. Ein Kommentar zur neuen Approbationsordnung. Deutsches Ärzteblatt 68 (1971) 10, S. 709-714.
- Weber, A.; Strelb, H.; Lehnert, G.: Sozialmedizin 2000. Ein Fach auf der Suche nach seiner Identität, Arbeitsmed., Sozialmed., Umweltmed. 30 (1995) S. 440-450.
- Weindling, Paul: Soziale Hygiene: Eugenik und medizinische Praxis - Der Fall Alfred Grotjahn. In: Krankheit und Ursachen (= Reihe Kritische Medizin im Argument). Berlin 1984, S. 6-20. Als Dokument auch auf dieser CD.
- Westhoff, Karl (Hrsg.): 1. Symposium zu Prüfungen in der Medizin: Multiple choice. Möglichkeiten und Grenzen von Multiple-Choice-Prüfungen in der Medizin. Lengerich 1995.
- Whitehead, Margaret: Inequalities in Health: The Health Divide. London 1992.
- Whitehead, Margaret; Dahlgren, Göran: Editorial. Why not now? Action on inequalities in health. Europ. J. Public Health 4 (1994), 1, S. 1-2.

Dr. Udo Schagen
 Forschungsschwerpunkt Zeitgeschichte
 Institut für Geschichte der Medizin
 der Charité - Universitätsmedizin Berlin
 Klingsorstr. 119
 12203 Berlin
 e-Mail: udo.schagen@charite.de