

Les études de médecine 2004: 15 ans après le début de la réforme à Genève

Susanne Suter, Genève

Il y a une quinzaine d'années, un vent de révolte souffle à la Société Suisse de Pédiatrie parmi les pédiatres généralistes: ils se sentent mal préparés pour leur métier après des études de médecine et une formation post-graduée inappropriées. Entre praticiens au cabinet et médecins hospitaliers et spécialistes, on ne trouve plus de langage commun. Le ton monte au sein de notre société, les débats deviennent houleux. Le tout cumule dans une restructuration de la Société, un vrai schisme, qui l'affaiblit vers l'intérieur et vers l'extérieur. Cette structure s'avère peu appropriée aujourd'hui pour sauvegarder les intérêts de nos patients et ceux de notre Société en général.

Qu'avons nous appris de part et d'autre? Les Facultés de Médecine figuraient parmi les grands accusés à l'époque. Nous, les enseignants de ces Facultés, avons beau crier haut et fort qu'une réforme en profondeur des études de médecine allait démarrer et que les futurs médecins auraient un cursus plus approprié pour la pratique de leur métier. C'était trop tard, et le schisme, que j'espère temporaire, était inévitable. Quinze ans après, un bilan s'impose: ce changement, promis comme radical, a-t-il eu lieu?

C'est à l'exemple de mon vécu personnel de ce processus de réforme que je voudrais vous présenter l'histoire de cette réforme et les études de médecine à Genève en 2004.

Pas simples, les débuts en 1989. Quelques professeurs de notre Faculté, en quête de modèles d'enseignement incitant les étudiants à plus de participation et d'initiative, avaient visité des Universités qui pratiquaient l'apprentissage par problème comme méthode d'enseignement principale. Pleins d'enthousiasme pour ce qu'ils avaient vu, ils militaient pour l'introduction de ce système et une révision complète des contenus de l'enseignement. Rétrospectivement, on peut conclure que les partisans de la réforme étaient convainçants et persévérants, car le nombre de professeurs sceptiques, voire franchement résistants, était élevé. Mais les étudiants, qui avaient manifesté haut et fort

leur ras-le-bol de l'enseignement traditionnel, devenaient les fidèles alliés des «réformateurs» et même des moteurs de la réforme. Pour mieux adapter l'enseignement à la pratique de la médecine, médecins fondamentalistes, cliniciens hospitaliers et praticiens réorganisaient l'enseignement de fond en comble. Dans des modules thématiques de 8 semaines, les branches traditionnelles (anatomie, histologie, biochimie, etc.) étaient mises au service des grands thèmes comme: croissance et vieillissement cellulaire, nutrition et digestion, reproduction, excrétion et homéostasie, respiration, perception et contrôle moteur, comportement et communication, locomotion, infections et défenses immunitaires (2^e et 3^e années). En parallèle, les étudiants étaient intégrés chez des praticiens pour un stage de sensibilisation au suivi longitudinal du patient. Les grands thèmes mentionnés ci-dessus sont abordés à l'exemple d'histoires cliniques, dont un certain nombre viennent du domaine de la pédiatrie. Le but de ces unités d'apprentissage est d'amener l'étudiant à intégrer les connaissances des disciplines fondamentales, d'en construire les bases méthodologiques pour ensuite développer le

- Vaccination
- Maladie chronique de l'enfant et hospitalisation – résilience
- Prématurité
- Santé et clandestinité
- Sport chez les enfants porteurs de maladie chronique
- Le SMUR pédiatrique à Paris
- La maltraitance des enfants
- Problèmes nutritionnels chez l'adolescent
- L'enfant handicapé moteur cérébral
- La mucoviscidose

Tableau 1: Quelques exemples de thèmes pédiatriques étudiés pendant le stage «Immersion en communauté».

raisonnement et les connaissances pour les années cliniques (4^e et 5^e années et année à choix, à Genève en 6^e). Le travail, accompagné par des travaux pratiques en 2^e et 3^e années se fait en petits groupes de 7-8 étudiants, sous la supervision d'un tuteur, tout au long des années 2 à 5. Le rôle du tuteur: guider l'étudiant dans son apprentissage sans donner un cours. Tous les enseignants ont suivi un cours pour devenir tuteurs. Seuls quelques thèmes transversaux comme par exemple en pédiatrie la croissance et le développement, la puberté et l'adolescence, sont enseignés dans des cours ex cathedra. La charge d'enseignement a augmenté de façon considérable et par conséquent tout le monde, du chef de clinique au professeur, est mis à contribution.



Médecins:

1. La formation en médecine humaine fournit les bases nécessaires pour exercer la profession de médecin.
2. Les diplômés:
 - respectent la dignité et l'autonomie humaines, connaissent les principes de base en éthique, sont familiarisés avec les différents problèmes éthiques qui se posent en médecine et se laissent guider, dans leurs activités professionnelle et scientifique, par des principes éthiques visant le bien des patients
 - connaissent les structures et les mécanismes fonctionnels de base du corps humain depuis le niveau moléculaire jusqu'à celui de l'organisme dans sa globalité humaine, dans toutes ses phases d'évolution et à tous les stades compris entre la santé et la maladie
 - maîtrisent le diagnostic et le traitement des atteintes à la santé et des maladies fréquentes ainsi que de celles qui doivent être traitées en urgence
 - savent résumer et communiquer leurs observations et leurs interprétations
 - comprennent les problèmes de santé de façon globale et savent identifier en particulier les déterminants de la santé de natures physique, psychique, sociale, économique, culturelle et écologique et en tenir compte dans la résolution des problèmes de santé aux niveaux individuel et communautaire;
 - comprennent les patients en tant qu'individus ainsi que dans leur environnement social et accèdent à leurs requêtes ainsi qu'à celles de leurs proches
 - oeuvrent en faveur de la santé humaine en donnant des conseils et en prenant les mesures de prévention et de promotion nécessaires.

Tableau 2: Extrait du Projet de Loi fédérale sur la formation universitaire aux professions médicales.

Dans ce parcours des 4 ans au milieu des études, deux unités d'apprentissage méritent d'être mentionnées spécialement: «Immersion en communauté», à la fin de la troisième année, est destinée à un travail en groupes de 4 étudiants sur un thème de leur choix. Sous la supervision d'un tuteur, ils élaborent un plan de travail. Il s'agit ensuite d'illustrer toutes les facettes du problème: médicales, psychosociales, assurances, prise en charge du problème par des services publics, en enquêtant sur le terrain. Les meilleurs travaux sont récompensés par un Prix de la Faculté de Médecine, remis en même temps que les autres prix décernés par la Faculté. J'ai vu de petits chefs d'œuvres parmi ces travaux: sur la maltraitance, la mucoviscidose. C'est après ce stage que les étudiants entrent en

4^e année, c'est-à-dire dans les années consacrées pleinement à la clinique, et je parierais que pour beaucoup d'entre eux, l'assurance invalidité n'est pas seulement un vague souvenir d'un cours d'assurologie après ce stage, mais une réalité dans la vie de certains patients et aussi celle des médecins. La deuxième de ces unités se situe au début de la quatrième année, avant les 8 semaines de médecine interne, pédiatrie, chirurgie etc. Appelée «Unité d'introduction à la démarche clinique», une même pathologie, comme par exemple l'asthme ou le diabète, est étudiée à travers tous les âges: de l'enfant à la personne âgée. Ces problèmes longitudinaux préparent l'étudiant aux particularités de l'expression des maladies à chaque âge. Le stage clinique de 8 semaines

en pédiatrie intègre l'enseignement de la pédiatrie, de la chirurgie et orthopédie pédiatriques et de la pédopsychiatrie en partant d'un problème clinique. Il s'agit de problèmes fréquents, souvent avec un caractère d'urgence. Un accent particulier est mis sur la pratique aux urgences, auprès de nouveau-nés normaux et en consultation ambulatoire. Complété par des séminaires au lit du malade et un auto-apprentissage de thèmes fréquents (vaccination, maladies exanthématiques, etc.), l'enseignement est aussi offert par des moyens audiovisuels qui se trouvent sur un site «Pédiatrie». Finalement, la sixième année, l'année à choix est inchangée, c'est-à-dire de 10 mois de stages cliniques.

Mais toute réforme serait incomplète sans une réforme de la première année, année de sélection par excellence. Sélection oui, elle est nécessaire, mais selon quels critères? Le programme nouveau, dont l'introduction à Genève est imminente, introduira davantage ce qu'on appelle les «medical humanities» et devrait permettre de mieux sélectionner celles et ceux qui correspondent au «Leitbild» du médecin tel qu'il est décrit dans le projet de loi sur les professions médicales (voir *tableau 2*).

Alors tout est au mieux dans le meilleur des mondes? Réponse: pas tout à fait. Un catalogue d'objectifs d'apprentissage décrivant les connaissances et aptitudes que les étudiants doivent avoir acquis en fin d'études a été rédigé en cours de réforme; il aurait dû être fait avant. Entre-temps, tous les ajustements ont eu lieu et le catalogue d'objectifs «Pédiatrie» est intégré dans un catalogue suisse commun à toutes les spécialités. Il sert de guide pour l'examen fédéral de médecine, qui doit encore être adapté. La charge de travail des étudiants était devenue trop lourde. Des élagages successifs ont apporté une certaine amélioration, mais pour les étudiants qui sont obligés d'avoir un travail à côté, les années cliniques posent un problème.

L'apprentissage par problème favorise les étudiants qui non seulement savent mais aiment s'exprimer, participer; ceux qui sont plutôt timides et peu bavards (ce qui ne les empêche pas de devenir d'excellents médecins) sont désavantagés. L'apprentissage en groupe, tout en favorisant les compétences relationnelles, ne favorise pas l'acquisition des connaissances chez certains étudiants plus passifs. Mais dans l'ensemble, les étudiants sont mieux préparés pour chercher



un renseignement eux-mêmes et pour savoir comment combler les lacunes grâce à l'auto-apprentissage imposé.

Ces défauts (et il y en a d'autres) sont progressivement identifiés et corrigés dans la mesure du possible. En 15 ans, les réunions des enseignants, destinées à améliorer continuellement l'enseignement autant pour son contenu que pour les méthodes, sont ancrées dans nos habitudes et chaque année, le programme subit quelques adaptations. Un petit nombre de cours ex cathedra a été réintroduit. L'évaluation des étudiants par le tuteur et celle du tuteur par les étudiants est obligatoire et entrée dans la routine. Les remarques pertinentes des étudiants sont prises en compte, avec une obligation de refaire une formation pour un tuteur chroniquement mauvais!

La charge d'enseignement représente un réel problème, d'autant plus que sous la pression financière les hôpitaux sont de moins en moins enclins à accepter de participer au financement des études pré-graduées.

Reste à savoir comment la réforme des études est vue de l'extérieur. Des experts étrangers, chargés d'un exercice d'accréditation des Facultés de Médecine, ont apprécié très positivement l'ensemble du processus de réforme, tout en suggérant que l'immersion dans les activités ambulatoires devrait encore être renforcée. On cherche des praticiens d'accord de participer...

Pour conclure, je ne voudrais pas manquer de remercier très chaleureusement tous les pédiatres genevois qui ont contribué, et contribuent encore, à ce processus, et parmi eux, notre Président actuel!

Après cette grande et belle aventure, une nouvelle attend les Facultés: l'application de la convention de Bologne à la médecine. Sans entrer dans le détail, elle nous permettra de corriger d'autres inconvénients de la réforme. L'enseignement pré-gradué plus adapté pour le futur praticien laisse le futur chercheur avec un certain nombre de lacunes de connaissances. Avec le nouveau système, il est prévu que déjà en cours d'études différentes options pourront être prises: une option «soins primaires – santé publique», une option «recherche biomédicale» ou d'autres options encore. Du plus précis pour la suite de ce feuilleton si vous voulez bien.

Medizinstudium 2004: 15 Jahre nach Beginn der Studienreform in Genf

Susanne Suter, Genf

Vor 15 Jahren war es nicht sehr gemütlich in unserer Fachgesellschaft: die praktizierenden Kinderärzte protestierten mit Recht; weder das Medizinstudium noch die Weiterbildung bereiteten den Arzt auf adäquate Weise auf seine zukünftige Tätigkeit vor. Zwischen Praktikern, Spitalärzten und Spezialisten war kein Dialog mehr möglich; die Spannungen wuchsen und heftige Diskussionen wurden geführt. Die Uneinigkeit führte zur Restrukturierung und Spaltung, die uns nach innen und nach aussen schwächt. Die neue Struktur erweist sich heute als ungeeignet, um die Interessen unserer Patienten und unseres Fachs optimal zu verteidigen.

Was haben wir inzwischen dazugelernt? Die medizinischen Fakultäten figurieren zu Recht als Angeklagte zu jener Zeit. Wir Lehrer verkündeten lautstark unsere Reformbestrebungen, wurden aber nicht gehört. Wir versprachen, dass das Studium mehr auf den Arzt in der Praxis zugeschnitten sein werde. Es war zu spät, und das Schisma – ich hoffe, dass es zeitlich beschränkt sein wird – war unvermeidlich.

Fünfzehn Jahre später möchte ich Bilanz ziehen: Hat die versprochene radikale Reform wirklich stattgefunden? Ich möchte den

Prozess der Studienreform, so wie ich ihn erlebt habe, beschreiben am Beispiel des Medizinstudiums, wie es 2004 aussieht.

Die Anfänge, 1989, waren nicht einfach. Ein paar Professoren unserer Fakultät, auf der Suche nach neuen Lehrmethoden, die die Studierenden zu mehr aktiver Teilnahme und Eigeninitiative anspornen sollten, besuchten Universitäten, die das Prinzip des «problem based learning» als wichtigste Lehrmethode eingeführt hatten. Voll Enthusiasmus über das Gesehene, kämpften sie für die Einführung dieses Systems und eine gründliche Revision der Lerninhalte. Zurückblickend kann man sagen, dass sie überzeugend und zäh ihre Meinung vertraten, denn die Zahl der Zweifler oder sogar offenen Gegner war gross. Aber die Studenten, die lautstark ihre Unzufriedenheit mit dem damaligen System verkündet hatten, wurden treue Anhänger und Begleiter der «Reformatoren». Um das Studium besser auf die Praxis der Medizin zuzuschneiden, setzten sich Grundlagenmediziner, Kliniker und praktizierende Ärzte um einen Tisch und reorganisierten gemeinsam in einem tiefgreifenden Prozess die Lehre: die traditionellen Fächer (Anatomie, Histologie, Biochemie, etc.) wurden in thematisch orientierten achtwöchigen Blöcken integriert



- Impfungen
- Chronische Krankheiten des Kindes – Hospitalisierung – «résilience»
- Frühgeburt
- Gesundheitsversorgung illegaler Einwanderer
- Sport für das chronisch kranke Kind
- Notfalldienst für Kinder in Paris
- Kindsmisshandlung
- Ernährungsprobleme in der Adoleszenz
- Das behinderte Kind
- Zystische Fibrose

Tabelle 1: **Ausgewählte Themen aus «Immersion en communauté».**

rund um die wichtigsten Themen: Wachstum und Alterungsprozess der Zelle, Ernährung und Verdauung, Reproduktion, Exkretion und Homöostase, Atmung, Wahrnehmung und motorische Kontrolle, Verhalten und Kommunikation, Lokomotion, Infektionen und Immunsystem. Gleichzeitig nahmen die Studenten bei Praktikern an der Sprechstunde teil, dies im Sinn einer Sensibilisierung für die longitudinalen Aspekte der ärztlichen Praxis. Die vorstehend erwähnten grossen Themen werden mit klinischen Beispielen studiert, dabei hat es auch Beispiele aus der Pädiatrie. Ziel dieser thematischen Blöcke ist es, die Studenten dazu zu bringen, die Kenntnisse der Grundlagenfächer anhand eines praktischen Beispiels zu erwerben und sich damit eine methodologische Basis zu erarbeiten, die es ihnen erlaubt, klinisches Denken und Kenntnisse für die klinischen Jahre zu entwickeln (4. und 5. Jahr sowie das Wahlstudienjahr, das in Genf im 6. Jahr absolviert wird). Das Studium, das während des zweiten und dritten Jahres durch ein Laborpraktikum begleitet wird, findet in Gruppen von 7–8 Studenten statt, die von einem Tutor betreut werden. Der Tutor soll die Studenten anleiten, ihnen aber keine Vorlesung geben. Alle Tutoren haben eine Ausbildung für diese Funktion. Nur einige wenige transversale Themen, wie in der Pädiatrie «Wachstum und Entwicklung, Pubertät und Adoleszenz», werden noch ex cathedra gelehrt. Das Pensum für jeden Lehrenden hat deshalb enorm zugenommen und alle, vom Oberarzt zum Professor, beteiligen sich daran.

Während dieser 4 Jahre in der Mitte des Studiums verdienen zwei Module von 8 Wochen besondere Erwähnung: «Immersion en communauté» (schwer zu übersetzen), am Ende des 3. Jahres, umfasst eine Gruppenarbeit

von jeweils vier Studenten. Von einem Tutor betreut, wählen sie ein Thema aus und erstellen einen Arbeitsplan. Es geht darum, alle Aspekte eines Problems zu studieren, medizinische, psychosoziale, versicherungstechnische, Rolle von öffentlichen Institutionen usw. Die Studenten befragen die Akteure der verschiedenen Bereiche selber und erarbeiten zusammen eine Synthese. Die beste Arbeit jedes Jahres wird von der Fakultät mit einem Preis belohnt, der gleichzeitig mit den anderen Preisen der Fakultät übergeben wird. Unter diesen Arbeiten habe ich kleine Meisterwerke entdeckt: eines zum Beispiel über Kindsmisshandlung, ein anderes über die zystische Fibrose. Nach diesem Modul beginnen die Studenten das 4. Jahr und damit die klinische Ausbildung, und ich bin überzeugt, dass für viele Studenten dank der «Immersion en communauté» die Invalidentversicherung nicht nur eine vage Erinnerung an einen Kurs in Versicherungsmedizin hervorruft, sondern an etwas ganz Konkretes im Leben gewisser Patienten und der Ärzte.

Die zweite dieser beiden Einheiten führt die Studenten ins 4. Studienjahr ein. Sie findet vor den Modulen «Innere Medizin», «Pädiatrie», «Chirurgie» usw. statt. Sie besteht in einer achtwöchigen Einführung in die Klinik, während der dieselbe Krankheit, Asthma und Diabetes zum Beispiel, in den verschiedenen Etappen des Lebens studiert wird: beim Kind, beim Erwachsenen und beim älteren Men-

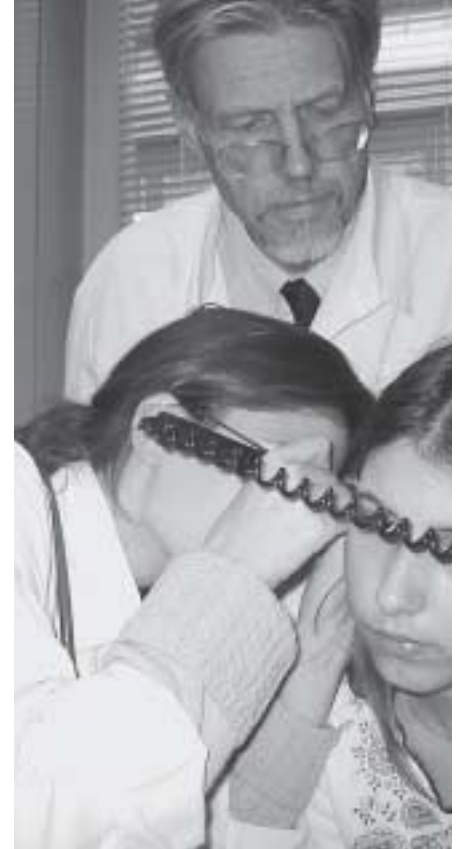
schen. Diese longitudinalen Probleme zeigen den Studenten die Altersabhängigkeit von Symptomen und Auswirkungen der Krankheit. Anschliessend sind die Hauptfächer in Blöcke von 8 Wochen gegliedert. Im Block «Pädiatrie» sind – immer ausgehend von einem konkreten klinischen Problem – Pädiatrie, pädiatrische Chirurgie und Orthopädie sowie Kinderpsychiatrie integriert. Die Schwerpunkte liegen auf häufigen Problemen und Notfällen; die Studenten verbringen vor allem Zeit auf der Notfallstation, mit gesunden Neugeborenen und in ambulanten Sprechstunden. Dazu kommen Seminare am Krankenbett, Selbststudium wichtiger Themen wie Impfungen, exanthematische Krankheiten, für die eine spezifisch für die Studenten verfasste Website zur Verfügung steht. Den Abschluss des Studiums bildet nach wie vor das Wahlstudienjahr, das aus 10 Monaten klinischem Praktikum besteht.

Aber eine Studienreform wäre unvollständig ohne eine Reform des ersten Jahres, das Selektionsjahr par excellence. Selektion ist natürlich notwendig, aber nach welchen Kriterien? Das neue Programm, das in Genf nächstens eingeführt werden wird, wird mehr von den «medical humanities» enthalten. Die Prüfung sollte dann mehr nach Kriterien selektionieren, die im Leitbild des Arztes des Gesetzesentwurfs über die medizinischen Berufe enthalten sind (siehe *Tabelle 2*).

Ärztinnen und Ärzte:

1. Das Studium der Humanmedizin vermittelt Grundlagen zur Berufsausübung des Arztes und der Ärztin.
2. Die Absolventinnen und Absolventen
 - respektieren die Würde und die Autonomie des Menschen, kennen die Begründungsweisen der Ethik, sind vertraut mit den ethischen Problemfeldern der Medizin und lassen sich in ihrer beruflichen und wissenschaftlichen Tätigkeit von ethischen Grundsätzen zum Wohl der Patientinnen und Patienten leiten
 - kennen die grundlegenden Strukturen und Funktionsmechanismen des menschlichen Körpers von der molekularen Ebene bis zum Gesamtorganismus in allen seinen Entwicklungsphasen und im gesamten Spektrum vom gesunden bis zum kranken Zustand
 - beherrschen die Diagnose und die Behandlung der häufigen und der dringlich zu behandelnden Gesundheitsstörungen und Krankheiten
 - können die Befunde und deren Interpretation zusammenfassen und mitteilen
 - verstehen gesundheitliche Probleme ganzheitlich und erfassen dabei insbesondere die physischen, psychischen, sozialen, ökonomischen, kulturellen und ökologischen Faktoren und Auswirkungen und beziehen diese in die Lösung der gesundheitlichen Probleme auf individueller und Gemeinschaftsebene ein
 - verstehen Patientinnen und Patienten als Personen individuell und in ihrem sozialen Umfeld und gehen auf ihre Anliegen sowie auf diejenigen ihrer Angehörigen ein
 - setzen sich für die menschliche Gesundheit ein, indem sie beratend tätig sind und die erforderlichen präventiven und gesundheitsfördernden Massnahmen treffen

Tabelle 2: **Auszug aus dem Gesetzesentwurf zum Bundesgesetz über die universitäre Ausbildung in den medizinischen Berufen.**



Sind wir somit zu einer idealen Formel des Medizinstudiums gekommen? Dem ist nicht ganz so. Ein Lernzielkatalog wäre besser vor der Studienreform erstellt worden; das ist zwar nachgeholt worden, und die für die Pädiatrie definierten Ziele sind in den gesamtschweizerischen Lernzielkatalog eingegliedert worden. Dieses Dokument bestimmt den Inhalt des Staatsexamens, das zur Zeit noch besser daran angepasst werden muss. Die Arbeitslast der Studenten ist massiv angestiegen. Anpassungsschritte wurden unternommen, aber Studenten, die teilweise für ihren Lebensunterhalt aufkommen müssen, haben Probleme während der klinischen Jahre. Das «problem based learning» bevorteilt diejenigen Studenten, die sich nicht nur gut auszudrücken verstehen, sondern das auch gerne tun und dadurch kommunikationsfreudig sind; die eher introvertierten, weniger kommunikationsfreudigen sind benachteiligt. Wir wissen alle, dass auch viele dieser Studenten gute Ärzte werden. Das Lernen in der Gruppe fördert die Kommunikationsfähigkeiten, doch die Lerninhalte werden von den passiveren Studenten weniger gut integriert. Aber im Allgemeinen wissen alle Studenten besser, wo eine Auskunft zu finden ist und wie man Wissenslücken stopft.

Die erwähnten Nachteile (es sind nicht die einzigen) wurden und werden aber progressiv identifiziert und wo immer möglich korrigiert. Seit diesen 15 Jahren finden regelmässige Treffen der Lehrenden eines Faches statt und die Lerninhalte werden laufend angepasst und verbessert; die Programme werden adaptiert. Eine kleine Anzahl von ex cathedra-Vorlesungen wurde wieder eingeführt. Die Studenten – wie auch die Tutoren – werden regelmässig evaluiert. Die zutreffenden Bemerkungen der Studenten werden ernst genommen und mehr als ein chronisch schlechter Tutor hat seine Ausbildung vervollständigen müssen.

Die Belastung durch die Lehre hat sich als ein grosses Problem erwiesen, umso mehr, als unter dem starken finanziellen Druck die Spitäler je länger, je weniger zur Finanzierung der Lehre beisteuern wollen.

Es bleibt nun noch offen, wie diese Reform von aussen beurteilt wird. Die ausländischen Experten, die mit einem ersten, fakultativen Akkreditierungsverfahren beauftragt waren, haben uns im Allgemeinen gute Noten gegeben, was die Gesamtreform anbelangt. Aber sie haben auch angeregt, dass die Integration der Studenten in ambulante Akti-

vitäten noch besser sein könnte. Wir sind auf der Suche nach Praktikern, die mitmachen würden!

Abschliessend möchte ich all den praktizierenden Genfer Kinderärzten ein Kränzlein winden, die mit viel Einsatz diese Studienreform mitgeformt haben und weiter zusammen mit uns lehren. Zu ihnen gehört auch der Präsident unserer Gesellschaft!

Nach diesem grossen und schönen Abenteuer stehen die medizinischen Fakultäten vor einer neuen Herausforderung: der Einführung des Bologna-Systems in der Medizin. Ohne in Einzelheiten zu gehen, kann man sagen, dass dies uns erlauben wird, andere Mängel der Studienreform zu beheben. Das Medizinstudium ist nun zwar mehr auf den praktizierenden Arzt zugeschnitten (und das soll so bleiben), aber zukünftige Forscher haben keine ideale Ausbildung. Mit dem neuen System werden bereits im Studium verschiedene Optionen gewählt werden können: eine Option «Primärversorgung – public health», eine andere «biomedizinische Forschung», sogar weitere Alternativen werden möglich sein. Falls darüber Neues zu erzählen ist, werde ich gerne dieses «Feuilleton» weiterführen.