

Standortbestimmung zur Lehre an der Medizinischen Fakultät Greifswald

P. Meinhardt

Studiendekanat der Medizinischen Fakultät der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald

Seit 1990/91 hat sich eine schrittweise Umstellung der DDR-Studienpläne aus dem Jahre 1982 für die Studiengänge Medizin und Zahnmedizin bis zur letztendlich im Einheitsvertrag festgeschriebenen Übernahme der Bestimmungen der ärztlichen Approbationsordnung (ÄAPPO) der Bundesrepublik Deutschland vollzogen. Im Rahmen dieser Entwicklung änderten sich Zulassungs-, Studien- und Prüfungsmodalitäten. Deshalb mußte für die älteren Jahrgänge der Abschluß des Studiums nach altem DDR-Recht, für die jüngeren eine Übergangslösung und für die neuen Studenten ab 1991 das Studium ausschließlich nach der ÄAPPO realisiert werden. Das bedeutete, daß Parallelangebote von Lehrveranstaltungen und Prüfungen für die Absolvierung des Medizinstudiums in Greifswald entsprechend zutreffender Rechtslage für die jeweiligen Studenten vorgehalten werden mußten. Diesem Anspruch wurde die Medizinische Fakultät Greifswald durch eine angepaßte Studien- und Prüfungsordnung für die Interimszeit gerecht. Diese schaffte Klarheit für die Studenten und die Hochschullehrer. Während der Übergangsphase, die gleichzeitig in die intensive Diskussion um die Reformierung des Medizinstudiums, d. h. der Neuorientierung der ÄAPPO fiel, traten Erhaltenswertes, Reformbedürftiges und vorübergehend zu Übernehmendes, da längst als reformbedürftig erkannt, aber eben dem Gesetz entsprechend weiter anzuwenden war, besonders hervor.

Ein Soll-Ist-Vergleich der Ausgangssituation nach der Vereinigung und der gegenwärtigen Bedingungen in Greifswald mit den Vorschlägen zur Reformierung der Studiengänge Medizin und Zahnmedizin zeigt, daß sich aufgrund des zahlenmäßigen Student-Hochschullehrer-Verhältnisses, der Art der Studienorganisation, der für die Ausbildung nutzbaren, tagesbelegten Betten und der umfangreichen ambulanten Betreuung ein Großteil der Reformvorschläge bereits Praxis waren:

- die fachinhaltliche Ausbildung hatte den disponiblen Arzt zum Ziel, was nichts anderes hieß, als den grundausbildeten Allgemeinmediziner mit der Fähigkeit zur eigenverantwortlichen Weiterbildung,
- die wirksame Studienorganisation wurde durch das Direktorat für Ausbildung im Sinne des neuen Studiendekanates realisiert,
- die Immatrikulation nach obligater Ableistung von wenigstens 6 Monaten Krankenpflagedienst als vorhochschulische Berufsfelderkundung hatte sich bewährt,
- immatrikuliert wurde nur im Wintersemester, was die Studienorganisation besonders übersichtlich gestalten ließ,
- die Studiengruppenbildung ermöglicht eine sichere Praktikumsorganisation, wo jedem Student prinzipiell ohne Überschneidung

- die Teilnahme möglich und sein Praktikumsplatz garantiert ist,
- die Studentenzahl entsprach der Ausbildungskapazität, wodurch sich die patientennahe Ausbildung und der persönliche Kontakt Student-Hochschullehrer-Ausbilder studienmotivierend auswirkten,
 - in allen Lehrprogrammen wurde auf die Selektion der Stoffgebiete nach Häufigkeit und Gefährlichkeit der Erkrankung sowie nach ihrer sozialmedizinischen Bedeutung geachtet,
 - die Verflechtung der klinischen Fächer wurde durch interdisziplinäre Komplexveranstaltungen erreicht und diente zur Überprüfung des eigenen ärztlichen Überblickes genauso wie als Repetitorium der Allgemeinmedizin vor dem Examen,
 - jedes klinische Fach war von einem Praktikum begleitet,
 - das praktische Kennenlernen sozialmedizinischer Aspekte war durch einschlägige obligate Famulaturen gesichert (Ambulanzfamulatur, Pflegepraktikum im sozialen Bereich),
 - die Prüfungen erfolgten neben studienbegleitenden Leistungskontrollen in Seminaren und Praktika überwiegend mündlich, wodurch eine günstigere Rückinformation zwischen Student und Hochschullehrer gegeben war als dies schriftliche Prüfungen oder gar multiple choice zulassen,
 - so haben bisher nur 2 % der Absolventen länger als die Regelzeit studiert.

Die gegenwärtigen Bedingungen -der gesetzlichen Grundlage der ÄAPPO folgend - machen die Unhaltbarkeit des Zulassungsverfahrens auf der Basis der Kapazitätsverordnung (KAPVO) und der Bedingungen der Zentralen Vergabestelle für Studienplätze (ZVS) deutlich. Die KAPVO - orientiert an der vor-klinischen Ausbildungskapazität - führt zu völlig unrealistischen Immatrikulationszahlen in Bezug auf eine praxisorientierte Kleingruppen-ausbildung. KAPVO-bedingt wurden in Greifswald 1993 202 (inclusive eingeklagter Studienplätze) statt bislang 150 - 170 Studenten immatrikuliert. Auch die neue KAPVO des Landes Mecklenburg/Vorpommern berücksichtigt den Anspruch der Reformierung des Medizinstudiums nicht, da sie pauschal übernommen worden ist. Negativ bezüglich des Grundwissens für ein naturwissenschaftliches Studium wirkt sich auch die Zulassung nach Abiturdurchschnittsnote ohne Berücksichtigung der mit Hauptkursen belegten Fächer aus. Die Zugangsmöglichkeit zum Studium ohne vorherige einschlägige Erfahrung im Sinne einer frühzeitigen Berufsfelderkundung ist als weiterer gravierender Nachteil zu betrachten.

Der Studienablauf an sich läßt auch innerhalb der 7. ÄAPPO Freiraum für Varianten, vorausgesetzt die personelle Besetzung läßt z. B. eine Kleingruppenausbildung zu. Aber gerade diese Voraussetzung wurde mit dem Stellenabbau durch das GSG weiter reduziert. Gleiches gilt für die tagesbelegten Betten als unabdingbare Voraussetzung für eine praxisnahe Ausbildung.

Auch die zu übernehmenden Prüfungsmodalitäten stellten sich als besonders nachteilig heraus. Die Notwendigkeit entgegen

der Anträge von Hochschulen und Studentenverbänden, die Prüfungsmodalitäten neuen Rechts (Multiple choice bzw. zufallsbezogene Prüfungen bestimmter Fächer innerhalb einer Fachgruppe, Favorisierung der schriftlichen gegenüber der mündlichen Prüfung) noch mit teilweise großem Aufwand durchzusetzen, obwohl in Vorbereitung der Reformen des Medizinstudiums bereits intensiv als veränderungswürdig diskutiert, rief besonders viel Unverständnis und letztlich methodisch bedingt, katastrophale Prüfungsergebnisse hervor. Aber nicht nur diese, sondern die Zweigleisigkeit des Wissenserwerbs, einmal für die Prüfung nach Katalog und zum anderen für die Berufsausübung, bedürfen dringend der Reform. Unverständlich bleibt auch, warum nach zweimaligem Nichtbestehen einer Prüfung nicht exmatrikuliert werden kann und weshalb bestandene Prüfungen bei Studienunterbrechungen über 3 Jahre hinaus ihre Gültigkeit behalten.

Die Analyse zeigt, daß eine interimsmäßige besonnene Symbiose alten und neuen Rechts für das Medizinstudium in den neuen Ländern und darauf aufbauend das gemeinsame Fortsetzen der Suche nach idealeren Strukturen sicher vorteilhafter gewesen wäre.

Unabhängig davon ist das erklärte Ziel der Medizinischen Fakultät Greifswald, alle die Voraussetzungen, die als positiv für eine schrittweise Reformierung des Medizinstudiums zu werten sind, zu nutzen, auszubauen und zu verbessern, um eine praxisnahe Ausbildung hin zu einem verantwortungsbewußten, zur Weiterbildung qualifizierten Arzt zu erreichen. Dafür gibt es ganz speziell in Greifswald günstige Ausgangspositionen, die durchaus den Forderungen der Sachverständigengruppe

des BMFG und den Leitlinien des Wissenschaftsrates entsprechen. Diese sind:

1. Die besondere Situation in Greifswald, daß das Universitätsklinikum neben den Aufgaben der Maximal- und Schwerpunktversorgung einen relativ hohen Anteil (ca. 50 %) an Grund- und Regelversorgung zu erfüllen hat. Damit ist eine praxisnahe, bevölkerungsorientierte und eine Behandlung von Patienten mit weit verbreiteten Erkrankungen möglich. Daher ist die Zahl der für die Lehre geeigneten Patienten höher als an anderen Universitätskliniken, nicht zuletzt auch durch die Einbeziehung der Klinika in Stralsund und Neubrandenburg.

2. Die Hinwendung der Medizinischen Fakultät zur Community Medicine macht es möglich, allgemeinmedizinische und Community-Medicine-bezogene orientierte Lehrinhalte verstärkt zu vermitteln. Hierzu gehört die Vorbereitung von Lehreinheiten Community Medicine vom ersten Semester beginnend, die das Praktikum der Berufsfelderkundung, den Kursus der Medizinischen Soziologie, Aspekte der medizinischen Psychologie sowie der Allgemeinmedizin in sich vereinen und die dem Studenten die Möglichkeiten geben, schließlich Krankheit und Gesundheit sowie Kranksein und Gesundsein in ihren vielfältigen Bedeutungen kritisch reflektieren zu können. Gleiches wird im zweiten Semester unter Einbeziehung des Praktikums "Einführung in die Klinische Medizin" fortgesetzt und endet schließlich bei der Einbeziehung von Beratungsstellen für spezielle Erkrankungen (Diabetes mellitus, Rheuma usw.) in die Lehre, um dem Studenten den bestmöglichen Einblick in die sozialen Auswirkungen dieser Krankhei-

ten zu gewähren. Bisher konnten für solche Programme 11 Lehrpraxen niedergelassener Ärzte sowie das Gesundheitsamt der Hansestadt Greifswald mit mehreren Beratungsstellen gewonnen werden. Auch gehört hierher ein Hausbesuchsprogramm - ein Zirkel der Studenten in Zusammenarbeit mit niedergelassenen Allgemeinmediziniern, der nicht nur auf medizinische Aspekte ausgerichtet ist, sondern vor allem auf soziale Umstände eingeht und so reges Interesse gefunden hat.

3. Die Erfahrungen der Hochschullehrer der Medizinischen Fakultät mit interdisziplinären Veranstaltungen, wie "Notfall" und "Leitsymptome". Darüber hinaus organisieren mehrere Fachgebiete bereits interdisziplinär abgestimmte Vorlesungen, in denen alle entsprechenden Fachvertreter anwesend sind.

4. Die Erfahrung der Organisation der Lehre durch ein Studiendekanat (früher Direktorat Ausbildung) ist eine weitere gute Voraussetzung. Außer der Planung des Studiums werden mehr und mehr inhaltliche Funktionen zur Realisierung und Evaluierung der einzelnen Reformschritte durch das Studiendekanat wahrgenommen. Der Vorteil betreffs der Studienorganisation besteht darin, daß alle Lehrveranstaltungen zentral geplant, zeitlich und räumlich in Abstimmung mit allen Fachbereichen festgelegt werden. Es entsteht ein Vorlesungs- und Seminarplan, der für die Studenten ein optimales Studienprogramm darstellt, in dem keine Pflichtveranstaltungen parallel angeboten werden und damit eine Teilnahme grundsätzlich möglich ist. Dabei ist für jeden Studenten ein Seminar-, Kurs- oder Praktikumsplatz sicher. Diese Möglichkeit resultiert aus der Tatsache, daß nur zum Wintersemester

die Zulassung zum ersten Semester erfolgt und nach wie vor eine Einteilung in Seminargruppen vorgenommen wird. Zu Beginn des Semesters wählen die Studenten selbst, nachdem sie den Vorlesungs- und Seminarplan kennen, eine Seminargruppe. Es werden 10 Gruppen mit höchstens 20 Studenten gebildet. Dabei entfällt eine Eintragung zu jedem Kurs und gleichzeitig äußern sich die Studenten darüber positiv, da sie in der kleinen Gruppe schneller Kontakt aufnehmen, als das sonst möglich wäre. Diese Gruppen existieren über das gesamte Studium mit einem für sie speziell abgestimmten Seminar- und Praktikumsplan. Gerade Studenten aus den alten Bundesländern fühlen sich keinesfalls gegängelt, eingeschränkt oder bevormundet durch diese Organisation des Studiums; im Gegenteil, ohne große Mühe sind eine weitere persönliche Zeiteinteilung möglich und die Selbststudienzeiten planbar. Darüber hinaus sind vor allem Studenten, die direkt vom Gymnasium kommen, dankbar für eine solche konkrete Orientierung im Studium, die ihnen gerade im ersten Jahr eine große Hilfe bedeutet. Das Festhalten an der studienjahresweisen Aufteilung des Studiums hat die Vorteile einer aufbauenden systematischen Wissensvermittlung gerade im ersten und zweiten Semester durch die Abfolge von Vorlesungen, begleitenden Seminaren und nachfolgenden Kursen oder Praktika im Sinne der Lehr-Lern-Spirale. Die meisten Studenten empfinden dies als positiv und notwendig. Auch die inhaltliche Verknüpfung, d. h. die horizontale und vertikale Vernetzung von Fächern ist so viel besser durchführbar. Zunehmend werden Lehrinhalte einzelner Fächer aufeinander abgestimmt, wie z. B. Biochemie und Chemie, Physiologie und Physik, Anatomie und Physiologie und darüber hinaus

theoretische mit klinischen Fächern verknüpft bereits in der Vorklinik angeboten.

Neben der Organisation des Studiums kommen dem Studiendekanat auch mehr und mehr inhaltliche Aufgaben zu. Diese beziehen sich u. a. auf

- die Erarbeitung von Standards für die Qualität der Lehre,
- Einführung eines Evaluationssystems,
- Zusammenarbeit mit anderen Fakultäten, Verwaltung der Haushaltsmittel der Lehre,
- Koordinierung und Vorbereitung von elektronischen Lehrmedien,
- Koordination und Organisation der hochschuldidaktischen Fortbildung der Hochschullehrer,
- Erschließung neuen Betreuerpotentials (Tutoren),
- Erprobung neuer Ausbildungs und Prüfmethoden (problemorientiertes Lernen).

Alle die genannten Ausgangsbedingungen in Greifswald ergeben im Rahmen der bisher gültigen gesetzlichen Regelungen ein relativ breites Spektrum an Möglichkeiten, die Qualität des Medizinstudiums weiter zu verbessern. Bei allen bisher genannten Anstrengungen ist das Ziel der Fakultät bezüglich der Aufwertung der Lehre eindeutig bestimmt. Bei allem Für und Wider, wobei ich meinen Schwerpunkt ausdrücklich im organisatorischen Bereich setzen wollte, bestehen gute Bedingungen an der Medizinischen Fakultät in Greifswald,

auch innerhalb bestehender gesetzlicher Regelung Verbesserungen zu erreichen. Eine relativ kleine Fakultät, an der der Student den Hochschullehrer kennt und der Hochschullehrer den Studenten, an der Studienberatung und -betreuung funktionieren und unbürokratisches Handeln grundsätzlich in allen Bereichen möglich ist, sollte die Chance nutzen

- durch die Bereitschaft aller an der Lehre Beteiligten noch intensiver für die Verbesserung der Lehrqualität zu sorgen,
- die inhaltlichen Abstimmungen zwischen den Lehrgebieten weiter voranzubringen,
- eine spezielle Studienberatung in jedem Fach einzuführen,
- die Studenten mehr als bisher aktiv in die Gestaltung der Lehrveranstaltungen ein zu beziehen.

Der größte Teil der Studenten findet eine kleine Universität grundsätzlich günstiger als eine Massenuniversität, aber auch nur dann, wenn die damit verbundenen Vorteile konsequent genutzt werden.