

» Medizinstudium zwischen Anspruch und Wirklichkeit – 25 Jahre Didaktik der Medizin in Hamburg

W. Kahlke
Hamburg

Meine Damen und Herren,

der Untertitel meines Vortrags über das Medizinstudium – 25 Jahre Didaktik der Medizin in Hamburg – soll keinen lokal-historischen Bericht ankündigen, sondern eher den Blickwinkel des Betrachters aufzeigen: Vieles aus der hochschulpolitischen Entwicklung spiegelt sich in einem Bereich, der sich mit Studienreform befasst, besonders deutlich wider.

Was ich nach diesem Vierteljahrhundert Berufserfahrung in der Hochschuldidaktik – nach vorangegangenen 15 Jahren als Kliniker in der Inneren Medizin – sagen kann: Es besteht für das Studium der Medizin nach wie vor eine große Diskrepanz zwischen Anspruch und Wirklichkeit.

Wer hat welche Ansprüche an das Medizinstudium?

Die Studierenden:

- Verwirklichen ihres Berufswunsches
- Erwerben ärztlicher Fähigkeiten, d. h. praktische Fertigkeiten und theoretische Kenntnisse für ihr Entscheiden und Handeln
- Kompetenz für das ärztliche Gespräch, zu psychosozialer Kommunikation
- Fähigkeit, komplexe Sachverhalte zu erkennen

Ansprüche der Lehrenden (Fakultäten, Universitäten):

- personelle und sächliche Voraussetzungen für die Lehre *und* Forschung
- angemessene Vertretung des jeweiligen Faches
- Festlegen des Lehrstoffes
- Mitentscheidung bei der Zulassung
- Entscheiden über das System und den Weg der Ausbildung

Ansprüche der Gesellschaft/des Gesundheitssystems:

- Qualifizierte Ärztinnen und Ärzte für die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung in einem modernen leistungsfähigen System
- Einhalten eines vorgegebenen Budgets

Last but not least, die Erwartungen der Patienten:

Die „gute“ Ärztin/der „gute“ Arzt, zu dem der Patient Vertrauen hat, der zuhören kann, der seine Empfehlungen und Entscheidungen begründet (psychosoziale Kompetenz und Kommunikationsfähigkeit)

Wie verhält es sich nun mit der „Wirklichkeit“, von der im Titel die Rede ist?

Ich will einmal versuchen, die genannten und in sich ja bereits unterschiedlichen, ja z. T. sogar zueinander gegenläufigen Ansprüche auf die Wirklichkeit zu projizieren. Welche Wirklichkeit?

Vor ein paar Tagen hörte ich im NDR 4 ein Gespräch mit dem Autor der Geschichte vom „Kleinen König Dezember“. Der Autor, Axel Hacke, möchte seinen Kindern seine Arbeit als Journalist erklären: „Der Journalist befasst sich mit der Wirklichkeit“. Ich musste an meinen Vortrag denken und an die Wirklichkeit, in der das Medizinstudium abläuft. Als Hochschuldidaktiker möchte ich, nein muss ich neben dem Blickwinkel des Hochschullehrers und Arztes die Position der Studierenden beziehen. Wir wissen alle, dass die Studierenden im Kanon der medizinischen Fakultäten nicht die Interessenvertretung haben, die ihnen angesichts ihrer Zahl und ihrer Aufgaben sicher sein müsste (auf den Medizinischen Fakultätentag komme ich noch zu sprechen). Eine konsequente Berücksichtigung der studentischen Interessen in ihrem Bemühen um Studienreform erschwert allerdings die Arbeit der Hochschuldidaktik. Ich denke, die Zentren oder Arbeitsgruppen mit vergleichbarer Zielsetzung, auch wenn sie anders heißen – ich nenne stellvertretend Münster, Ulm, Berlin – machen ähnliche Erfahrungen. Die Entscheidung also für das engagierte Aufnehmen und Ernstnehmen der studentischen Erwartungen erwuchs aus der Einsicht, dass man Studienreform *für* die Studierenden nur *mit* den Studierenden machen kann. So simpel sich das anhört, kann es dabei auch schon mal – bei konsequentem Durchhalten – das Risiko einschließen, sich – Lehrstuhl hin, Lehrstuhl her – zwischen alle Stühle einer Fakultät zu setzen.

Gestatten Sie mir hier einen Einschub: Die engagierte Arbeit mit den Studierenden – als Tutorinnen und Tutoren, in Projektgruppen, Arbeitsgemeinschaften, Seminaren und Vorlesungen – hat in meinem Arbeitsbereich zu einer gegenseitigen Solidarität geführt; ohne diese Solidarität in der konkreten Arbeit wäre es nicht zu den „25 Jahren Didaktik der Medizin in

Hamburg“ gekommen. Die nahe liegende Fortsetzung dieser Aussage muss ich mir an dieser Stelle zunächst verkneifen.

Auf welche Wirklichkeit treffen nun die Studierenden in den ersten Semestern? Nach erkennbar berufsqualifizierenden Inhalten suchen sie vergeblich; natürlich sind Begegnungen mit Patienten nicht vorgesehen; auf eine Diskussion über Krankheit und Gesundheit treffen sie allenfalls in der Berufsfelderkundung oder in der Medizinischen Soziologie, deren Besuch ist aber fakultativ.

Ihre anfängliche Erwartung macht angesichts der naturwissenschaftlichen Grundlagenfächer schließlich einer Ernüchterung und Enttäuschung Platz, bei der sie sich aber unter dem Druck der naturwissenschaftlichen Praktika und ihren Klausuren nicht lange aufhalten können. Das System, nach dem sie ihre Ausbildung absolvieren müssen, entspricht aber eben den Ansprüchen derer, die die Lehre vertreten. Nun ist es ja unbestritten, dass im Studium und für die berufliche Qualifikation naturwissenschaftliche Grundlagen erworben werden müssen. Die Auseinandersetzung, der Streit entbrennt in den unzähligen Diskussionen um die Frage des Umfangs und der curricularen Anordnung. Lernpsychologisch ist das Lernen im Kontext des Problems, der Fallgeschichte, der zu treffenden Entscheidung effektiver. Ein darauf basierendes Curriculum ist differenzierter, anspruchsvoller und – hier liegt die Sperre – setzt eine fächerübergreifende Gestaltung der gesamten Lehre voraus. Anspruchsvoller übrigens, weil dadurch das in §1 der ÄAppO definierte Ausbildungsziel aus seinem abgehobenen Präambeldasein in eine Wirklichkeit geholt wird und Chancen einer Realisierung erhält.

Aber zur großen, eigentlich permanenten Enttäuschung der Studierenden und der reformbereiten Mitglieder unter den Lehrenden ist es zu diesen Schritten bis heute nicht gekommen.

Warum nicht? – Um das verständlich zu machen, müssen die wesentlichen Stationen mitgeteilt bzw. in Erinnerung gerufen werden, die die Ausbildungsordnung, insbesondere ihr letzter Referentenentwurf – auch als 8. Novellierung bezeichnet – in ihrer weiß Gott bewegten Geschichte genommen hat.

Die Ausbildungsordnung von 1970 hat gegenüber der Bestallungsordnung von 1957 zwar neue inhaltliche Schwerpunkte aufgenommen: – Psychosomatik und Psychotherapie, Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie, Arbeits- und Sozialmedizin. – Die in ihr geforderte Fächerintegration wurde aber an kaum einer Hochschule verwirklicht. Stattdessen mussten – und müssen immer noch – 42 Pflichtfächer durchlaufen werden. Angesichts dieser Aneinanderreihung von Fächern und der ebenfalls isolierten Prüfungsanforderungen kann von einer wissenschaftlichen Ausbildung keine Rede mehr sein. Auf die Prüfungsform will ich hier gar nicht näher eingehen; sie hat aber in eine verhängnisvolle Sackgasse geführt.

1989 wurde ein neuer Anlauf unternommen mit dem Einsetzen einer „Sachverständigenkommission zu Fragen der Neuordnung des Medizinstudiums“ durch das Bundesgesundheitsministerium. Sie hat übrigens drei Gesundheitsminister/innen überlebt. Entscheidend für meinen Blick auf Anspruch und Wirklichkeit sind aber die letzten drei Jahre. Die „Neue AO“, wie

sie allgemein genannt wurde, zeigte eine grundlegende Abkehr von der alten AO: Aufhebung der Trennung von Vorklinik und Klinik, Integration und Vernetzung der Fächer, Einrichtung von Querschnittsbereichen, Lernen in gegenstandsbezogenen Studiengruppen – mit dieser neutralen Bezeichnung wurde das „Problemorientierte Lernen“ umschrieben, was für einige Vertreter in der Sachverständigenkommission offenbar ein Reizwort darstellte.

Natürlich war nicht alles optimal, z.B. die Organisation der Prüfungen. Insgesamt lag aber ein Entwurf vor, der die Chance bot, die Ansprüche auf eine bessere und auch eine wissenschaftliche Ausbildung zu erfüllen. Es schien (drohte) ernst zu werden mit der überfälligen Reform der ärztlichen Ausbildung.

Jetzt beginnt eine Phase der Auseinandersetzung mit dem Reformvorschlag, die für das Medizinstudium zwischen Anspruch und Wirklichkeit von entscheidender Bedeutung sein soll: Der Medizinische Fakultätentag (MFT) als Versammlung der Dekane – kein gewähltes Gremium – setzt dem Entwurf massiven Widerstand entgegen. Nach drei Wochenendsitzungen werden von einer 12-köpfigen Präsidialkommission Empfehlungen vorgelegt, in denen die entscheidenden Reformelemente fehlen. Der überholte Fächerkanon wird beibehalten (Zitat: „Das Konzept stellt ... sicher, dass bewährte Ausbildungsverfahren erhalten bleiben“). Die Frontalvorlesung wird aufgewertet (Zitat: „Das Konzept bewahrt die Vorlesung als ein Kernstück der Lehre und systematischen Wissensvermittlung ...“). Das Praktische Jahr wird gegen Wegfall der AiP-Phase auf 24 Monate verdoppelt. Dazu heißt es in der ersten Begründung (sie wurde später revidiert): gewissermaßen als Entschädigung für die wegfallenden AiP-Stellen in den Universitätskliniken entstände (Zitat): „ein zusätzlicher Ausgleich durch die größere Zahl von Studierenden ..., die aufgrund ihrer zunehmenden Erfahrung während der 2-jährigen praktischen Ausbildungszeit bereits eine wichtige Hilfe für die Krankenversorgung sein können“ (Ende des Zitats).

Ein Zurückdrängen der Allgemeinmedizin und der psychosozialen Fächer durch ein naturwissenschaftliches Übergewicht, Ausbildung am Patienten und fächerübergreifender Unterricht erst im letzten Drittel des Studiums, sind weitere Rückschritte, die dann größtenteils – noch unter Minister Seehofer – in die neue Fassung des Entwurfs einfließen.

Diese sehr verkürzte Kommentierung war nötig, um die Enttäuschung der Studierenden begreiflich zu machen. Sie werden mit einer Wirklichkeit konfrontiert in der Form einer einseitigen Interessensvertretung, in der sie ihre Anliegen für eine qualifizierte reformorientierte Ausbildung nicht vertreten sehen. Dieses Ausblenden der studentischen Belange gilt sicher nicht für alle Fakultäten – und auf den zurückliegenden Tagungen zur Qualität der Lehre haben wir positive Beispiele erfahren – aber für die Gegenposition des MFT haben bis auf Berlin alle Fakultäten votiert. Der Fakultätentag ist übrigens seiner reformblockierenden Haltung treu geblieben: Sein Präsident hat in einem Schreiben an das Gesundheitsministerium die mittlerweile in Kraft getretene Modellklausel „aus prinzipiellen Gründen“ abgelehnt. Insider des MFT mögen beurteilen, ob diese ganze Entwicklung unter dem früheren Präsidenten, Prof. Kemper aus Münster, auch passiert wäre – ich glaube wohl nicht.

Ich möchte diese Darstellung nicht gern verstanden wissen als eine polemische Attacke auf eine Interessensgruppe, der es um Besitzstandswahrung und politisch einflussreiche Machtverhältnisse geht. Für mich offenbaren Ereignisse und Entwicklungen wie diese in den medizinischen Fakultäten und deren Dekansversammlung ein tieferes Problem:

Die Studierenden an einer Fakultät oder einem Fachbereich befinden sich doch in einer für ihren späteren Beruf wesentlichen Sozialisationsphase. Sie werden immer wieder auch Vorbilder suchen und finden – das mag altmodisch klingen – und sie werden auch natürlich enttäuschende Begegnungen erleben. Die Studierenden sollten mit Recht beim Eintritt ins Studium eine Atmosphäre erwarten dürfen, die ihrer Bildung zur Ärztin, zum Arzt angemessen ist. Sie erwarten ja gar nicht, mit offenen Armen empfangen zu werden. Aber sie erwarten natürlich auch nicht die ständige Vorhaltung, dass sie zu viele sind. Sie erwarten eine Atmosphäre des gegenseitigen Respektierens und des Vertrauens. Sie finden diese auch bei vielen Kolleginnen und Kollegen der Lehre. Aber finden natürlich auch schnell heraus, dass die Lehre als erste und eigentliche Aufgabe einer Medizinischen Fakultät ständig mit Krankenversorgung und Forschung konkurrieren muss. Nach dem Eindruck des Wissenschaftsrates steht die Lehre hinter Forschung und Krankenversorgung derzeit weit abgeschlagen auf dem dritten Rang. Dabei geht es nicht um die Quantität, etwa um die Lehrbelastung in einem vorklinischen Institut. Es geht um die Qualität, um die Gestaltung der gesamten ärztlichen Ausbildung und damit letztlich wieder um die im Referentenentwurf von 1995 geforderten grundlegenden Reformen.

In dem Feld zwischen Anspruch auf ein qualifiziertes Studium und Wirklichkeit einer Fakultät erscheint diese den Studierenden als ein – entschuldigen Sie das deutliche Wort – Herrschaftssystem, in dem es also um Macht geht. Jeder Bereich, jedes Fach möchte bei sich ändernden Verhältnissen – d. h. heute generell bei knapper werdenden Ressourcen – seine Ausstattung erhalten (Besitzstandswahrung).

Ein Beispiel: Als Ende der 70er/Anfang der 80er Jahre ein Rückgang der Studienbewerber unter die Zulassungskapazität prognostiziert wurde – es ist dazu schließlich nicht gekommen – wurden von den Fachvertretern der vorklinischen Fächer die Seminare erfunden, die dann mit der 7. Novelle auch eingeführt wurden. Mit dieser zusätzlich eingefahrenen Lehrverpflichtung sollte einem Stellenverlust vorgebeugt werden. Wenn Lehre für solche Taktik herhalten muss, wird bei den Studierenden Vertrauen kaum aufkommen.

Ein ganz anderes Beispiel: Mitte der 80er Jahre wurde einem verdienten, im In- und Ausland angesehenen Forscher die Ehrendoktorwürde zugesprochen. Nun hatte der Wissenschaftler nicht nur im Nationalsozialismus eine wichtige Rolle gespielt, sondern auch nach 1945 seine Haltung verteidigt. Trotz überregionaler Proteste sollte die Verleihung der Ehrendoktorwürde dennoch stattfinden und zwar, um einen vollen Hörsaal als Hintergrund zu haben, ausgerechnet in meiner Eröffnungsveranstaltung der Orientierungseinheit der Erstsemester/innen. Meine Weigerung mit dem Argument, ich empfinde das als Manipulation und Missbrauch der Studierenden wurde mir sehr verübelt.

Ich gehe weiter und bin mir des heiklen Vorgehens bewusst, in die Geschichte der Medizinischen Fakultäten zurückzublenden:

Während meiner Medizinalassistentenzeit 1959/60 stand ich gelegentlich auf dem OP-Plan, um einem recht bekannten Chirurgen zu assistieren. 1968 finden sich in einer Dokumentation Heidelberger Studierender Zitate dieses Professors aus seiner Arbeit „Die Bedeutung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses für die Chirurgie“ in der Fachzeitschrift *Der Chirurg*, Leipzig 1936. Zitat: „Eines der Hauptmittel zur Erreichung dieses Zieles der Erbgesundheitspflege, nämlich die Ausmerze von Erzübeln, ist bekanntlich die Unfruchtbarmachung schwer Erbkranker. Die Stätte, an der der Grundgedanke des Gesetzes in die schließlich allein befreiende Tat umgesetzt wird, ist der Operationsaal des Chirurgen. – Das Gesetz bestimmt ausdrücklich, die Operation ist auch „gegen den Willen des Unfruchtbarzumachenden auszuführen“. Selbstverständlich ist der Arzt dann berechtigt, alle ihm als Arzt zur Verfügung stehenden Mittel zur Anwendung zu bringen ... Zwangsmaßnahmen dürfen jedoch erst nach dem 14. Lebensjahr angewandt werden“ (Zitatende). Der Genannte wurde dennoch Gründungsrektor der Universität Heidelberg nach 1945. Die Deutsche Krebsgesellschaft hat ihre Ehrenmedaille nach ihm benannt. Nicht, was vor, sondern was nach 45 erfolgt ist – eben nicht erfolgt ist – macht diesen Blick in die Geschichte nötig. Natürlich gibt es auch in der Entwicklung der Hamburger Medizinischen Fakultät nach 1945 beschämende Ereignisse; um deren Aufklärung und Dokumentation hat sich der Kollege van den Bussche verdient gemacht.

Vor ein paar Jahren zitierte ich in einer Vorlesung beim Thema Behinderung die Arbeit zweier Humangenetiker, die bei konsequenter Durchführung einer pränatalen Diagnostik bei allen Schwangeren ab dem 37. Lebensjahr die Verminderung geborener Down-Syndrom-Kinder (Schwangerschaftsabbruch vorausgesetzt) berechnet hatten. In ihrer Kosten-Nutzen-Analyse kamen sie auf einen jährlichen Gewinn von ca. 47 Millionen Mark. Auf die Tatsache, dass die beiden Wissenschaftler für ihre Arbeit 1979 mit dem Hufeland-Preis der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin ausgezeichnet wurden, reagierten viele Studierende fassungslos.

So haben Fakultäten ihre Geschichte, die sie aufarbeiten müssten im Interesse ihrer Glaubwürdigkeit gegenüber den Studierenden. Doch dieses verhängnisvolle Versäumnis betrifft letztlich die gesamte Medizin im Nachkriegsdeutschland.

Ein anderer Punkt zu meinem Thema: wie verhält es sich mit der studentischen Mitbestimmung?

In dieser Frage müssen die Studierenden erleben, dass sie in der Fakultätsversammlung nicht nur in der Minderheit sind, sondern dass auch laut Regelung des Hochschulgesetzes in vielen auch sie betreffenden Angelegenheiten die Professoren nicht zu überstimmen sind. Das Argument der besonderen Qualifikation als Voraussetzung für bestimmte Entscheidungen möchte ich hier nicht gelten lassen – in einem vergleichbaren politischen Gremium würde sich eine Abstimmungsbeziehung je nach Qualifikation wohl kaum durchsetzen lassen.

Sicher haben wir hier unterschiedliche Ansichten über die Frage einer gleichberechtigten studentischen Mitbestimmung in den Fakultäten oder an der Hochschule überhaupt. Ich habe aber lange genug und auch häufig genug Verhandlungen und Diskussionen in den Fakultäten und anderen universitären Gremien erlebt, und kann sagen, dass die Qualität der Argumentation oder die Fähigkeit zur Analyse komplexer Sachverhalte bei den Studierenden derjenigen der Hochschullehrer keineswegs unterlegen war und habe es in mancher Debatte als entwürdigend empfunden – ich muss das hier einmal so offen aussprechen – wie gut begründete Anliegen der Studierenden einfach abgeschmettert werden. Solche Enttäuschungen machen natürlich die zumeist geringe Bereitschaft zur Gremienarbeit verständlich.

Es gibt erfreulicherweise auch ermutigende Ereignisse, wenn zum Beispiel eine Berufungskommission dem Vorschlag des studentischen Mitglieds zustimmt, einer Bewerberin bzw. einem Bewerber auf eine C4-Professur eine Vorlesung zu einem bestimmten Thema vorzugeben und diese von den Hörerinnen und Hörern per Fragebogen bewerten zu lassen. Diese Art Aufwertung der Lehre und der studentischen Mitentscheidung bei Berufungen sollten nicht die Ausnahme, sondern die Regel darstellen. Die Studierenden müssen sich also in einem Spannungsfeld arrangieren, zu dem es noch viele Beispiele gäbe.

Aber dieser rückschauende Überblick über einige Aspekte von Erwartung und Wirklichkeit soll hier genügen. Ich denke, im Verlaufe unserer Tagung werden wir noch manches ansprechen und konkrete Forderungen zur zukünftigen Ausbildung behandeln.

Die 25 Jahre Didaktik der Medizin sind als ständiger Einsatz und nicht selten als Kampf für Studienreform und für die Belange der Studierenden nur zwischen den Zeilen aufgetaucht. Aber auch die Didaktik der Medizin in Hamburg – ein knapper Überblick über die wesentlichen Projekte liegt Ihnen vor (s. Anhang) – hat ihre Wirklichkeit: so wie das Motto „25 Jahre Didaktik der Medizin in Hamburg“ über der Tagung schwebt, schwebt über ihr selbst das Damoklesschwert. Und da muss ich noch einmal zurückkommen auf den kleinen König Dezember: er wird groß geboren, wird im Laufe seines Lebens voller tiefsinniger und sympathisch altkluger Gespräche kleiner und kleiner und verschwindet dann einfach. Die Didaktik dagegen wurde eher klein geboren, wurde dann größer und größer – nicht an Stellen, aber als Zentrum für die Studierenden – wenn das nicht zu unbescheiden klingt. Aber am Ende erscheint es ihr auch zu ergehen wie dem kleinen König Dezember: sie verschwindet einfach – sofern nicht Universität und Fakultät ihre Meinung revidieren.

Anhang

Aus der Vielzahl der in der Didaktik der Medizin in Hamburg entstandenen und durchgeführten Projekte werden die wichtigsten nachfolgend kurz vorgestellt:

Orientierungseinheit für Studienanfänger/innen

1973/74 hat diese problemorientierte Studieneingangsphase Premiere: eine Initiative des Interdisziplinären Zentrums für Hochschuldidaktik der Universität Hamburg (IZHD), der Fachschaft Medizin und des damals sehr aktiven Studienreformausschusses mit seinem engagierten Vorsitzenden, dem Assistenten (und jetzigen Professor) Hans-Joachim Seitz. Die tutorengeleiteten Gruppen setzen sich eine Woche lang mit

ihrem Studium, Prüfungen, psychosozialen Aspekten in Studium, Beruf und Gesundheitswesen, Ethik in der Medizin und anderen Fragen auseinander.

Berufsfelderkundung

Diese als ursprünglicher Baustein der Orientierungseinheit weiterentwickelte Lehrveranstaltung wird 1989 in die Approbationsordnung aufgenommen. Sie konnte sich zum „Hamburger Modell“ nur entwickeln, weil nahezu 100 „Kooperanden“ sich regelmäßig beteiligt haben. Die tutorengeleiteten Gruppen besuchen nach inhaltlicher Vorbereitung verschiedene Einrichtungen – ärztliche Praxis, Drogenambulanz, Krankenhaus, medizinische Obdachlosenhilfe, Werkarzt u. v. m. – und lernen die Probleme von Krankheit und Gesundheit aus dem Blickwinkel der Betroffenen wie der Experten kennen. Eine Begleitvorlesung vervollständigt diese Lehrveranstaltung.

Modellversuch „Poliklinischer Unterricht an Lehrkrankenhäusern“

Von 1976 bis 1980 wird in einem vom Bonner Wissenschaftsministerium finanzierten Modellversuch (Leitung H. van den Bussche, K. H. Hölzer, W. Kahlke) der poliklinische Unterricht von Universität und Lehrkrankenhaus verglichen. Am Allgemeinen Krankenhaus Wandsbek entsteht für je eine chirurgische und innere Abteilung (Leitende Ärzte: die Kollegen Hempel und Sill) eine Ambulanz, in die durch eine auf ein Jahr befristete Vereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg Patienten freien Zugang haben.

Schwangerenbetreuung – medizinische und soziale Aspekte

Die Frauenklinik des Marienkrankenhauses (Leitender Arzt: Dr. H. H. Bräutigam) gibt 1979 den Anstoß zu dieser praxisorientierten Veranstaltung, die auf allen Seiten großes Interesse findet. Allen Studierenden dieses freiwilligen Kurses werden dadurch Einblick in die vorgeburtliche Situation und die Beteiligung an einer Geburt vermittelt. Das Erleben einer Geburt im regulären geburtshilflich-gynäkologischen Kurs lag dagegen nur zwischen 15 und 35%.

Schwangerenbegleitung durch Studierende der Medizin

Ein weiteres Projekt in Zusammenarbeit mit Schwangeren wird 1993 – 1995 durchgeführt. Studierende aus dem ersten und zweiten Semester begleiten Schwangere bei ihren Terminen (Vorsorgeuntersuchung, Gymnastik, Elternsprechstunde, Hebamme), der Geburt und zumeist auch darüber hinaus. Parallel finden ein wissenschaftliches Begleitseminar und tutorenbetreute Kleingruppenarbeit statt. Auf der Erfahrungs-, Reflexions- und Wissenschaftsebene erleben die Studierenden über diesen problemorientierten Ansatz einen Einstieg in ihr Studium, der ihnen laut Auswertung im Nachhinein unverzichtbar erscheint.

Training von Tutorinnen und Tutoren

Alle in den Lehrveranstaltungen der Didaktik beschäftigten Tutoren absolvieren ein besonderes auf die jeweilige Veranstaltung ausgerichtetes Trainingsprogramm. Ein wichtiges Element ist dabei die aktive Mitgestaltung des später umzusetzenden Lehrkonzeptes. Videogestützte Simulationen, Kommunikationstraining und Gruppenbetreuung. Entwickeln didaktischer Leitfäden in Kleingruppen sind einige Elemente der Tutorenvorbereitung, die generell mit einer auswärtigen Seminarwoche eingeleitet wird.

Projektkurs zur Biomathematik

Wie ein theoretischer Kurs in eine interessante praxis- und patientenorientierte Alternative verwandelt werden kann, zeigt dieses gemeinsam mit Prof. J. Berger (Institut für Mathematik und Datenverarbeitung in der Medizin) und Dr. R. Fehr entwickelte Kursprojekt. Im Rahmen einer Untersuchung über die Rolle der Entlassungsberichte von stationär behandelten Hypertonie-Patienten haben die Studierenden die wichtigen Phasen eines empirischen Forschungsvorhabens von der Literaturrecherche bis zur Präsentation und Interpretation der Ergebnisse aktiv durchlaufen und die wesentlichen Lerninhalte des Faches Biomathematik im Kontext eines häufigen Krankheitsbildes erarbeitet.

Modellversuch „Interdisziplinäre Gruppentherapie“

In dem vom Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit (BMJFG) geförderten Projekt (1980–83, Leitung: B. Gromus, W. Kahlke, U. Koch) werden Möglichkeiten einer Gruppentherapie durch interdisziplinäre Kooperation von Ernährungsberatern, Internisten und Psychologen bei Übergewichtigen untersucht und in einem Forschungsbericht nebst Behandlungsmanual veröffentlicht. Nach einer gemeinsamen Hamburger Vorphase erfolgt die Erprobung parallel in Freiburg (B. Gromus, U. Koch) und Hamburg. Nach insgesamt 18 Therapiegruppen in unterschiedlichem Design werden an beiden Orten Anschluss- und Nachsorgeprojekte durchgeführt.

„eppendorfer kinemathek“

1992 startet diese Einrichtung mit einem Semesterprogramm von Lehr-, Dokumentar- und Spielfilmen zu unterschiedlichen medizinischen Themen als ein Service-Angebot zur Unterstützung beim Lehren und Lernen. Seit 1994 wird ein Filmseminar angeboten mit ausgewählten Filmen „zur normalen und pathologischen Beziehungsentwicklung von der Säuglingszeit bis zur Adoleszenz“, das unter fachlicher Betreuung der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin (Leitung: Prof. P. Riedesser) steht und von Studierenden der Medizin und der Psychologie besucht wird.

Interdisziplinäres Ethikseminar

Mit dieser Veranstaltung über „Grundfragen der Ethik in der Medizin“ setzt die Didaktik der Medizin ab 1986 ein Seminar am Fachbereich Medizin fort, welches vor nunmehr 20 Jahren von dem Theologen Siegfried Scharrer initiiert und mit den Medizinerinnen Rudolf Kautzky, Helmut Boehncke, Gerhard Ruhrmann und Peter Meinecke regelmäßig durchgeführt wurde. Dieses gegenwärtig gemeinsam mit Prof. Regine Kollek und PD G. Feuerstein (Forschungsgruppe Medizin im Forschungsschwerpunkt Biotechnik, Gesellschaft und Umwelt) und Dr. B. Füllekrug (Klinik für Anästhesiologie, UKE) veranstaltete Seminar bietet in seiner Zusammensetzung aus Studierenden sowie Teilnehmenden aus dem ärztlichen und Pflegebereich, der Krankenhausesorge und anderen Berufen eine günstige Voraussetzung dafür, die theoretischen Aspekte und ethischen Grundfragen im Dialog mit der Praxis zu behandeln.

Querschnittsbereich Geschichte, Theorie, Technikbewertung und Ethik der Medizin

Eine Kommission des Fachbereichs hat im Vorgriff auf die in der neuen AO vorgesehenen Querschnittsbereiche deren Einrichtung angeregt. Kolleginnen und Kollegen aus den Bereichen Geschichte der Medizin, Medizinische Psychologie, Innere Medizin, Technikbewertung, Didaktik der Medizin und ein studentischer Vertreter haben im vergangenen Semester diese Alternative in Lehrveranstaltungen der Inneren Medizin und der Psychiatrie erprobt und eine besonders hohe Akzeptanz bei den Studierenden gefunden. Auf der Basis einer thematischen Verknüpfung der jeweiligen Fächer mit dem konkreten Gegenstand der kooperierenden Lehrveranstaltung soll dieses didaktische Konzept ausgebaut und in das Curriculum integriert werden.

Problemorientiertes Lernen

Die vor sechs Jahren eingerichtete „Projektgruppe Studienreform“ hat auf der Basis des problemorientierten Lernens eine Alternative zum herkömmlichen Ablauf des Medizinstudiums entwickelt. Zahlreiche Informationsveranstaltungen und Workshops mit auswärtigen Experten, Aufenthalte an Reformuniversitäten, geduldiges Verhandeln mit den betroffenen Fächern und mehrjährige intensive Arbeit haben schließlich zum Konzept eines Reform-Curriculums für das 1.–6. Semester geführt, welches zunächst für eine Gruppe von ca. 40 Studierenden pro Jahr in einem Modellstudiengang angeboten werden kann.

Nach einer längeren Phase der Stagnation durch universitäts- und fachbereichsinterne Probleme, insbesondere der Finanzierung, rückt durch die großzügige Förderungsbereitschaft der Behörde für Wissenschaft und Forschung die Chance der Einrichtung eines Modellstudiengangs näher.

Prof. em. Dr. med. Winfried Kahlke

Didaktik der Medizin
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinstraße 52
20246 Hamburg

E-mail: kahlke@uke.uni-hamburg.de