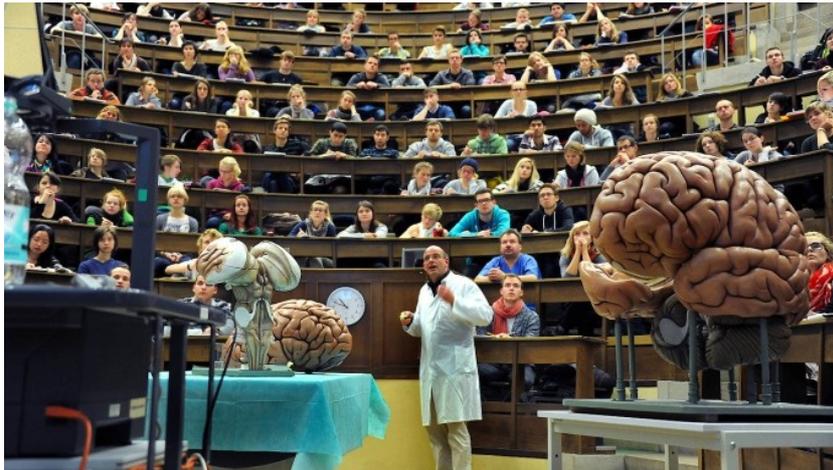


Reform des Medizinstudiums

Das Tückische an diesem Plan

Medizindidaktiker wollen das Medizinstudium nach ihren ganz eigenen Vorstellungen umkrepeln. Das wird teuer. Und geht an den Notwendigkeiten der Medizin komplett vorbei.

Von JOSEPH PFEILSCHIFTER UND HELMUT WICHT



© dpa

Medizinvorlesung an der Universität Leipzig

Judas verkaufte den Herrn um dreißig Silberlinge. Einmalzahlung. Eine Expertenkommission beim Wissenschaftsrat bietet den medizinischen Fakultäten 232 Millionen Euro. Jährlich. Auf Dauer. Und noch mal 873 Millionen obendrauf. Über knapp zehn Jahre. Wofür? Für die Umsetzung des „Masterplans 2020“, für eine grundstürzende Reform des Medizinstudiums. Modellstudiengänge in der Medizin gibt es schon etliche. Dass jene aber bessere Ärzte produzieren als die klassischen Studiengänge, ist nicht nur nicht bewiesen, sondern falsch, zumindest, wenn man die Prüfungsergebnisse der Staatsexamina miteinander vergleicht. Andere Vergleichsdaten gibt es nicht.

Dennoch muss reformiert werden, die Reformer müssen ja ihr Auskommen haben. Eine neue Ärztliche Approbationsordnung muss her, alle Studiengänge sollen sich ihr beugen. Und in der steht dann, unter Verweis auf einen Lernzielkatalog, haarklein drin, welche Kompetenzen ein Arzt haben muss. Praktische vor allem. Also gebietet die Approbationsordnung Praxisbezug, Patientenkontakt, Fallbasierung, Problemorientierung, fächerübergreifende Lehre vom ersten Semester an. Klinik versus Vorklinik? Hinfällig. Theoretische versus praktische Fächer? Hinfällig. Outcome-basiert sei das Studium: Es produziere Praktiker. Am liebsten Landärzte.

Tolle Sache, natürlich. Nur, wie schon gesagt: Ob die praxisorientiert ausgebildeten Praktiker praktisch erfolgreicher praktizieren als die Praktiker, bei deren Ausbildung noch die klassische Studienordnung praktiziert wurde, das weiß kein Mensch. Sehr wahrscheinlich kommt der Arzt oder die Ärztin, dem oder der Sie sich gerade anvertrauen, noch aus einem klassischen Studiengang. Kommt sie, kommt er Ihnen unpraktisch vor?

Übergriffige Lehre

Egal, der Wunsch ist der Vater des Gedankens, und eine Expertenkommission, die etwas auf sich hält, kommt auch ohne Evidenzen zu Expertisen. Zur durchgängig „fächerübergreifenden Lehre“ raten die Experten. Oder auch zur „vertikalen Integration“ der Lehre, was dasselbe ist. Da klappert dann der Anatom im Falle des Knochenbruchs im ersten Semester mit seinen Knochenpräparaten, derweil der Orthopäde das Nageln lehrt. Und irgendwann, in höheren Semestern, wenn es um komplexe Dachsäden an Kopf und Hirn geht, steht der Anatom dann neben dem Neurochirurgen, und die zwei geraten sich in die Haare, weil der Anatom zwar alle regulären Löcher im Kopf kennt (und das sind, glauben Sie uns, viele), aber keines von denen, die der praktische Chirurg flicken oder wahlweise, im Falle der Neurochirurgie, erst mal hineinsägen muss. Da gibt es viel unpraktisches Wissen zu entstrüppen.

Aber wie soll ein Fach, das seine Sicht auf seinen Gegenstand nicht mehr zusammenhängend lehren darf, denn akademisch überleben können? Wie soll es seinen Nachwuchs rekrutieren, wer soll seine Wissensbestände pflegen? Egal. Weg mit den Fächern. Sie werden verschwinden. Die kleinen, die vorklinischen, die theoretischen zuerst. Die ganz kleinen sind aus der neuen Planung im Lernzielkatalog schon herausgestrichen. Geschichte der Medizin? Ethik? – Machen wir alles fächerübergreifend, je nach ethisch-moralischem Fallbedarf.

Fächerübergreifende Lehre braucht Fächer, sonst ist es einfach nur übergriffige Lehre. Und übergriffig werden hier in der Tat die Medizindidaktiker, die, ihren Fächern selbst meist entfremdet, nun munter die Fächer, vor allen aber sich selbst integrieren: in Kommissionen, Dekanaten, in allerlei Pfründen und im wohldotierten Dauerevaluations- und Restrukturierungsgeschäft, das der Masterplan einfordert.

Ausdünnung und Aufblähung

Wo Medizindidaktiker walten, sind Kompetenznebelkerzen nicht weit. Früher war Fachwissen gefragt, heute geht es um „Kompetenzen als kontextabhängige Leistungsdispositionen“. Weswegen übrigens auch die Lernzielkataloge „degranuliert“ werden sollen, also gröber gekörnt, mit anderen Worten: das Fachwissen ausgedünnt. Dieser Aufgabe sind die Medizindidaktiker sicher gewachsen, ganz sicherheitshalber sollen sie in der Kommission, die die Entstrüpfung bewerkstelligen soll, zusammen mit den Vertretern der Politik auch die Mehrheit haben.

Schlanke Wissensbestände, fettere Betreuungsrelationen. Denn der fächerübergreifig zu organisierende Kleingruppenunterricht möglichst nah am Patienten, also an dessen Krankenbett in Gegenwart der vertikal sich integriert habenden Fachvertreter, ist personalaufwendig. Gar nicht zu reden von den organisatorischen, infrastrukturellen, räumlichen Anforderungen solcher Unterrichtsformen, gar nicht zu reden von der Begeisterung der Patienten für derlei Innovationen.

Neu auch: zwölf Wochen Wissenschaft, am Stück, zum „Verfassen einer wissenschaftlichen Arbeit“. Für alle. Aber „nicht zwingend ein eigenständiger Forschungsbeitrag“. Wie beruhigend, kaum einer der Profis packt so etwas alle drei Monate, so viele Themen gibt es gar nicht. Und so viele Laborräume erst recht nicht. Also wird „verfasst“, das heißt Papier beschrieben, und zwar zu Standardthemen, was sich per „cr&p“ („copy, rephrase & paste“) leicht aus den Datenbanken der vergangenen Semester hervorzaubern lässt. Aber irgendwer wird die massenhaft verfassten hypothetiko-deduktionistischen und evidenzpredigenden

Gesinnungsaufsätze dennoch lesen, benoten (und dafür bezahlt werden) müssen.

Macht etwas Vernünftiges!

Die Sache wird also teuer. Die obenerwähnten Millionen errechnen sich aus allerlei Angaben, die sich in den Fußnoten der Empfehlungen der Expertenkommission verstecken, wobei die 873 Millionen als Transformationskosten ausgewiesen sind, denn man wird nicht nur neue Curricula, sondern auch neue Häuser bauen müssen. Das ist viel Geld und doch ein Judaslohn. Denn wir sollen unsere Seele verkaufen: unsere Fächer, unser Fachwissen, unsere Theorien, unsere grundgesetzlich verbürgte Lehrfreiheit, die sich der Approbationsordnung beugen soll. Und – trotz des vielen Geldes – es würde kein einziger Medizinstudienplatz neu geschaffen.

Das Beste an manchen Reformen ist der Finanzierungsvorbehalt, unter dem auch diese steht. Und so finden wir uns in einer ganz ungewohnten Allianz mit den Finanzministern der Länder, indem wir sagen: Erspart euch diese Millionen, erspart uns diese dreißig Silberlinge! Nicht dafür! Das heißt: wir nähmen sie schon gerne. Aber um etwas anderes, Vernünftigeres damit zu machen.

Josef Pfeilschifter lehrt Pharmakologie und Toxikologie, Helmut Wicht Anatomie am Fachbereich Medizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main.

Quelle: F.A.Z.