

DAS DEUTSCHE MEDIZINSTUDIUM AUS AMERIKANISCHER SICHT (GERMAN MEDICAL CURRICULUM AS SEEN FROM THE USA)

G. B. Stickler, M.D., Ph.D., Rochester (USA)

Das Problem ist, dass jeder akademische Lehrer weiss wie man lehrt, besonders wenn man aus den USA kommt, wo man ja alles ganz genau weiss.

Aber im Ernst, seit über 35 Jahren komme ich mindestens einmal nach Europa und habe daher viele Kontakte mit akademischen Lehrern auf beiden Seiten des atlantischen Ozeans. Ausserdem treffe ich deutsche Medizinstudenten hier und in den USA, wenn sie zu uns zum famulieren kommen. Ich glaube daher, dass ich mir ein Bild über die Ausbildung von Studenten in Deutschland im Vergleich zu den USA machen kann. Ausserdem war ich am ersten Curriculum Committee der neuen Mayo Medical School, die jetzt 15 Jahre alt ist und nicht zuletzt hat meine Tätigkeit am "American Board of Pediatrics" und am "National Board of Medical Examiners" mir sehr geholfen.

Auf beiden Seiten des Ozeans sind Bestrebungen im Gange das Medizinstudium zu verbessern. Allein in der 2. Hälfte dieses Jahres sind im englischen Sprachgebiet 11 Tagungen und Kurse zur Verbesserung des Studiums geplant. Aber auch hier sieht man viel Aktivität, gerade in der noch jungen "Gesellschaft für die Medizinische Ausbildung".

Die Probleme in der deutschen Ausbildung sind Ihnen besser bekannt als mir. Wahrscheinlich decken sich auch unsere Meinungen auch in vielen Dingen. Aber jedenfalls, hier ist meine Meinung in einigen Schlagworten:

**VIEL ZU VIELE MEDIZINSTUDENTEN
ZU VIEL VORKLINISCHES MATERIAL
ZU VIELE VORLESUNGEN
ZU WENIG PRAKTISCHE AUSBILDUNG AM
KRANKENBETT
EIN WESENTLICH ZU LANGES
MEDIZINSTUDIUM**

Was passiert in der Pädiatrie in den USA: Erst kürzlich wurde über eine Umfrage bei 127 Medical Schools berichtet (1). 98 Schulen beantworteten die Fragebogen. In den Tabellen 1 bis 4 sind die Resultate zusammengefasst;

Zahl der Kursteilnehmer: 19
(2 - 60)
Dauer 7 Wochen
(4 - 10)

1.) Lehrer
Vollamtliche Fakultät 37 %
Assistenten 37 %
Kinderärzte in der Praxis 16 %
Arzthelferinnen 10 %

2.) Wo arbeiten die Studenten:
a.) in der Ambulanz 32 %
(3 - 100)
b.) auf der Station 55 %
(6 - 90)
c.) auf der Neugeborenenstation 8 %
(1 - 40)
d.) auf der Intensivstation (Neugeb.) 8 %
(0 - 30)
e.) Anderorts, z.B. in einer Praxis 20 %

3.) Wie lernt der Student die Technik der Anamnese:
a.) Demonstration 87 %
b.) Vorlesung 61 %
c.) Gezieltes Lesen 10 %
d.) Videoaufnahme des Studenten 15 %
e.) Programierter Patient 8 %

4.) Das Lehren der Untersuchungstechnik
a.) Demonstration vor einer kleinen Gruppe 78 %
b.) Lehrer beobachtet die Untersuchung 77 %

- c.) Student untersucht ohne Aufsicht 54 %
- d.) Vorstellung eines bekannten Falles 49 %
- e.) Video einer "idealen Untersuchung" 31 %
- f.) Kein formelles Lehren (Zusehen, nachahmen) 4 %

Durchwegs wird klinische Pädiatrie in "clerkships" oder wie man in Deutschland sagt, in Blockpraktikas gelehrt. Man sieht auch ganz klar die Tendenz, dass man mehr und mehr in der Ambulanz unterrichtet.

Nun zu Deutschland: Es war für mich sehr interessant erinnert zu werden, dass die Intensivierung des Kleingruppenunterrichts am Patienten eines der Hauptziele der Reform der ärztlichen Ausbildung in der Ärztlichen Approbationsordnung von 1970 war. Um dies in der Bundesrepublik zu verwirklichen, begann vor 5 Jahren auf die Anregung von Herrn Olbing in Essen eine Demonstration, wie wir den Kurs in der Pädiatrie an unserer Klinik lehren. Das "Oxford Don" System diente jedenfalls für mich als ein guter Ausgangspunkt, aber sicher mit meiner bayrischen Variante:

1.) Es war wichtig Lernziele zu setzen. Im Anfang benutzten wir die "pediatric objectives" der Mayo Medical School, die aber dann bald von Herrn Olbing mit seiner Essener Ausgabe ersetzt wurden. Das "spoon feeding" oder die Lehre von allen Kleinigkeit war verpont.

2.) Man traf sich nicht nur am Krankenbett, sondern es wurde eine Mischung von der Lehre wie man eine Anamnese aufnimmt, wie man untersucht mit Kurzseminaren und Kurzprüfungen.

3.) Es wurde versucht einen guten menschlichen Kontakt mit den Studenten zu haben, mit ihnen zu essen, einen Spaziergang im altgriechischen Stil mit Frage und Antwort zu machen, vielleicht auch ein Volleyballspiel, und dazwischen die Verwirklichen von Herrn Olbing Idee ein industriellen Unternehmens, z.B. ein Elektrizitätswerk oder Grube etc. zu besuchen

4.) Am Schluss war dann eine kleine Prüfung und anschließend war den Studenten Gelegenheit gegeben sich über den Kurs ein Urteil abzugeben. Wir nennen das "debriefing" und finden es sehr wichtig so schnell wie möglich zu hören, was alles schief gegangen ist. Natürlich war das ganze sehr aufwendig, es kostet viel an Fakultätszeit. Am Anfang fand das Ganze wenig Anklang bei Assistenten, aber später wurde Ihnen mehr Zeit gegeben und es wurden ihnen bestimmte Aufgaben zugeteilt. Die Beobachtung der Studenten während sie die Anamnese aufnehmen und wie sie die Untersuchung durchführen.

Das Hauptproblem beim Blockpraktikum ist und bleibt wie man genügend Lehrer findet, das ist auch an unserer Klinik ein Problem. Es ist aber völlig unmöglich mit der grossen Studentenzahl in der Bundesrepublik. Da kam nun Herrn Olbing's Idee: Die Einführung des Tutors: Die Tutoren sind begabte und motivierte Studenten, die den Kurs in der Kinderheilkunde schon absolviert haben und dann - wie in der Anatomie die Prosektoren - das Lehren ihrer jüngeren Kollegen mit Hilfe des Kursbuches und der vorbildlichen Videothek übernehmen. Wichtig ist die Beaufsichtigung der Videothek durch einen Lehrer und es wird von jedem Studenten erwartet, dass das vorhandene Material auch wirklich durchgearbeitet wird. Obwohl viele Lehrmittel in der Videothek zur Verfügung stehen, darf man nie vergessen, dass die Studenten wollen persönlichen Kontakt mit ihren Lehrern haben wollen. In der Entwicklung ist dann noch das interaktive Lerncomputerprogramm, dass dann sicher noch weiterhelfen wird, besonders bei der Lösung von klinischen Problemen. Diese Kurzurse wurden nicht nur in Essen, sondern auch in Strassbourg sondern auch im Olgahospital in Stuttgart mit Tübinger Studenten und in diesem Jahr in Marburg versucht. Es fand bei den Studenten immer guten Anklang. Das Programm in Essen ist sicher nicht weit weg von einigen der Vorschläge der "Gesellschaft für die Medizinische Ausbildung". Inzwischen klar ist es völlig klar geworden: Das Blockpraktikum in Essen könnte nicht ohne Tutoren gehalten werden.

Es sollte von Interesse sein einige der Meinungen von Studenten in Essen aufzuführen:

"Generell möchte ich zunächst feststellen, dass der Kinderkurs der bisher bestorganisierte, effektivste Kurs in der gesamten Klinik ist"

"Die Erfahrung mit schreienden und sich wehrenden Kindern als erster Kontakt mit der Padiatrie wird durch die Hilfe einer etwas kindererfahrenen Person nicht nur zum reinen Frusterlebnis und nimmt einem nicht die Freude an der Padiatrie"

"An die Aufgabe als Tutor bin ich eher unfreiwillig gekommen. Die Erlaubnis zur Teilnahme wurde nämlich nur erteilt, wenn man sich verpflichtet, mindestens ein Semester lang Studenten im Kinderkurs bei der Untersuchung anzuleiten. Das habe ich anfangs billigend in Kauf genommen, jedoch bald in der Praxis entdeckt, wieviel Spass eine solche Betreuung macht"

"Vorteile für mich in meiner Funktion als Tutor:

-vertiefte Kenntnisse in der Anamneseerhebung und der klinischen Untersuchung von kranken Kindern--

-durch die Fragen der jüngeren Kollegen eine verstärkte Bewusstwerdung von pathophysiologischen Zusammenhängen, die man zu vermitteln versucht--

-ebenfalls durch die Fragen anderer: Bewusstwerdung des diagnostischen Wegs und Kennenlernen der Therapieschemata in der Padiatrie--

-Erlernen des Umgangs mit den Eltern des Kindes und den Kindern selbst--"

Wie sehe ich nun Zukunft in der medizinischen Ausbildung, wenn ich etwas zu sagen hatte. Medizinische Fakultäten werden alleinverantwortlich für die Ausbildung: es kann kein politischer Spielball werden. Der Staat soll für die Zulassung zuständig sein, aber nur Ärzte bestimmen, wie man Arzt wird. Es muss ein drastischer numerus clausus eingeführt werden. Heuer sind 100000 Studenten in der medizinischen Ausbildung in der Bundesrepublik. Ich finde dies völlig unverantwortlich. Ansonsten finde ich die Vorschläge der "Gesellschaft für die Medizinische Ausbildung", die 1987 in Tübingen und Köln erarbeitet wurden sehr gut. Darin enthalten sind allerdings viel zu

viele Kurse wie "Psychosomatische Medizin" (das sollte kein Sonderfach sein) oder "Ökonomie des Gesundheitswesens", "Einführung in Aussenseitermethoden" um nur einige zu nennen. Da besteht die "Kommitteegefahr", jedes Mitglied weiss immer noch mehr was Studenten lernen sollten! Aber trotzdem soll das Curriculum von Klinikern bestimmt werden, wieviel Grundlagenunterricht und wieviel Klinik. Aber sicher sollten es keine zwei Jahre Anatomie sein und man darf nicht dauernd neue Fachgebiete zufügen ohne nicht woanders zu kürzen. Man muss fordern, dass für jede Zufügung eine Streichung erfolgt. Es soll viel, viel weniger grosse Vorlesungen geben und in allen klinischen Fachern Blockunterricht. Die praktische Ausbildung muss **während** des Studiums erfolgen und nicht anschliessend. Mehr Lehrkrankenhäuser sollten in Funktion treten und Ärzte in der Praxis sollen Studenten mitarbeiten lassen. Alle Ambulatorien sollten mit Studenten arbeiten. Assistenten die sich um eine Anstellung an einer Universitätsklinik bewerben müssten auf Grund ihres Potentials klinische Lehrer zu werden ausgewählt werden. Sie sollten als Tutoren in klinischen Fachern ihre Eignung bewiesen haben.

Nun noch zum Abschluss: Ich weiss, dass der "Arzt im Praktikum" eine Tatsache werden soll. Aber ich finde es unverantwortlich ein so langes Studium von 8 Jahren zu haben, am liebsten würde ich zum passiven Widerstand oder "civil disobedience" aufrufen.

1.) Sahler, O. J. Z., Lysaught, J. P., Greenberg, L. W. et al. "A Survey of Undergraduate Pediatric Education" Am. J. Dis. Children 142:519 (May 1988).

2.) Habeck, D. und Doppelfeld, E.:

"Gesellschaft für Medizinische Ausbildung: Empfehlungen für eine Verbesserung der ärztlichen Ausbildung".

Medizinische Ausbildung 5/1 (Mai 1988).

Prof. Dr. Gunnar B. Stickler
Mayo Clinic und Mayo, Medical School
Rochester, M N., USA