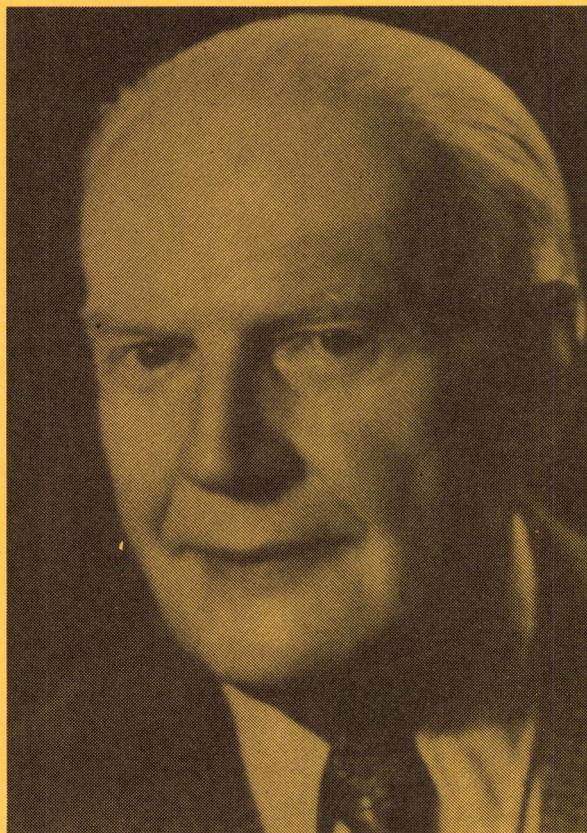


MEDIZINISCHE AUSBILDUNG

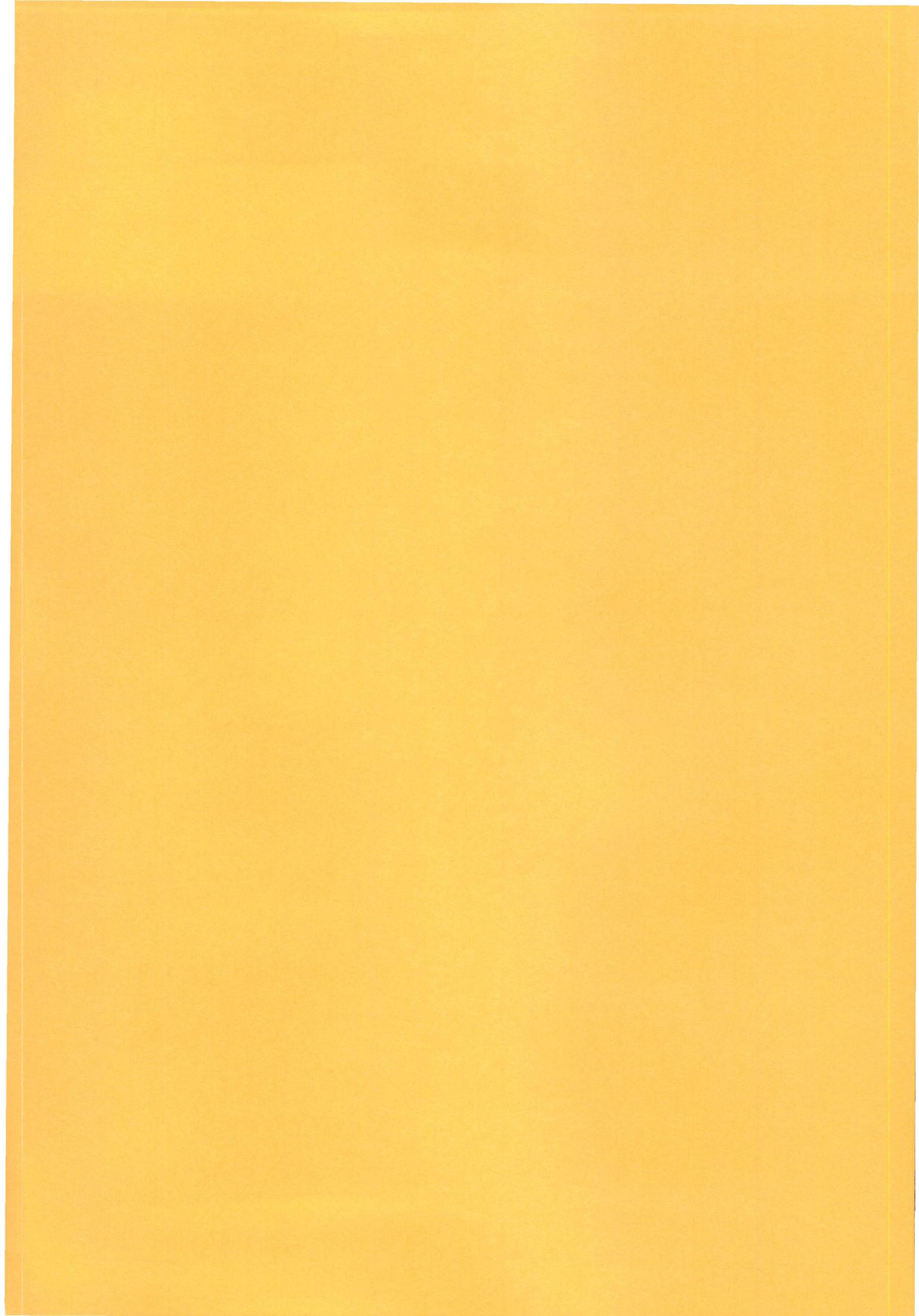


Forum zur Erforschung der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung

Mitteilungsblatt der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung
(Deutsche Sektion der Association for Medical Education in Europe)

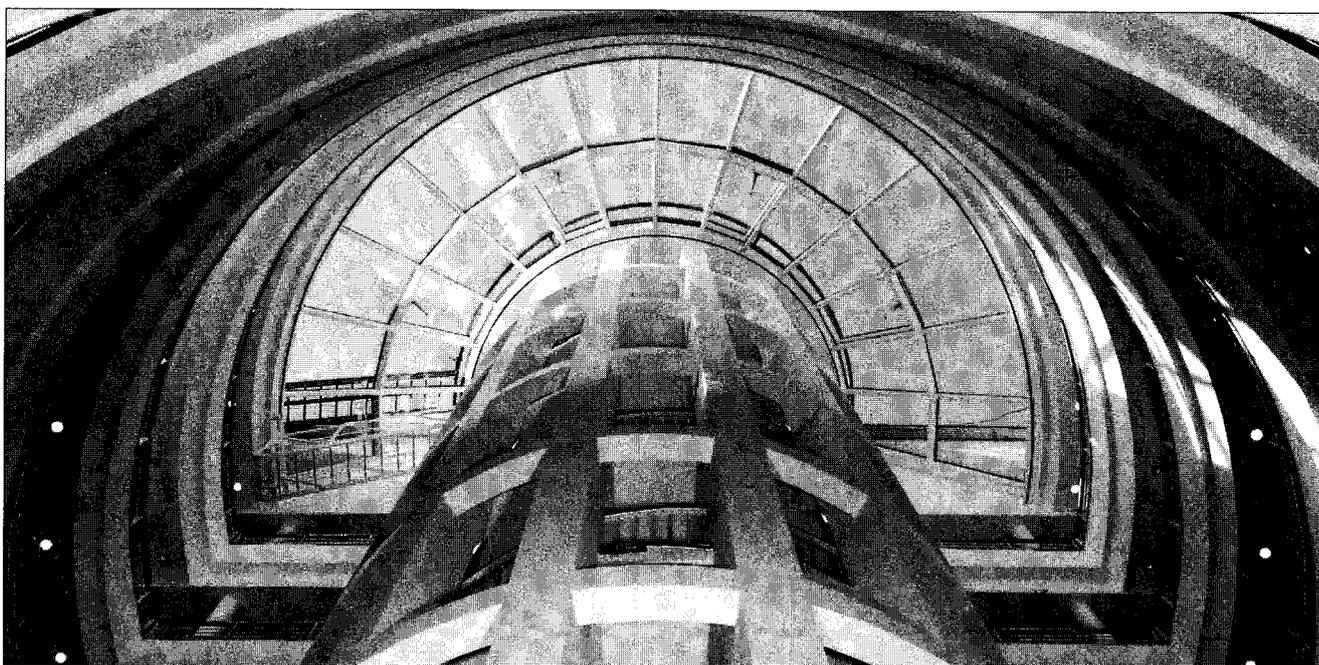
12/1

Mai 95



DEN WERT MANCHER DINGE
LERNT MAN ERST MIT DER ZEIT
SCHÄTZEN -

UNABHÄNGIGKEIT



Eine private Krankenversicherung der CENTRAL macht unabhängig. Sie ermöglicht freie Entscheidungen, wenn es um etwas sehr wichtiges geht: um Ihre Gesundheit. Selbstbestimmung und Leben nach eigenem Anspruch als Maxime.

Auch dafür steht die CENTRAL. Mit hochwertigen Leistungen, die jedem individuellen Anspruch gerecht werden. Und einem kompetenten Service, der da ist, wenn man ihn braucht.

Wenn Sie weitere Informationen über das Leistungsangebot der CENTRAL wünschen, schreiben Sie uns oder rufen Sie uns an.

 **CENTRAL**
KRANKENVERSICHERUNG AG

 Aachener und Münchener Gruppe

Direktionsstelle München
Gustav-Heinemann-Ring 212
81739 München
Tel. 089/67 00 35-0

MEDIZINISCHE AUSBILDUNG

INHALT	Seite
	1
LAUDATIONES	
D. Habeck: Vorwort	1
Günther Wagner * 18. Februar 1925	2
F. H. Herrmann, B. Martin: Laudatio zum 70. Geburtstag von Günther Wagner	2
V. Klimpel: Niemals müßig - Dr. paed. Günther Wagner zum 70. Geburtstag	4
Dietrich Habeck * 6. März 1925	6
F.-H. Kemper: Gratulation:	6
F. Eitel: Gratulation	7
Hans E. Renschler * 19. April 1925	8
H. E. Bock: Gratulationsbrief	8
H. Kerger: Fortbildungsforschung als ständige Begleitung einer zentral organisierten ärztlichen Fortbildung	9
U. Fuchs: Laudatio zum 70. Geburtstag von Herrn Prof. Dr. Hans E. Renschler	10
FACHBEITRÄGE	
D. Habeck: Auslandsstudienaufenthalte - Erstrebt, Erlebtes und Erreichtes	17
S. Wilm: Die neue Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin - Ziele, Struktur, Durchführung und Konzepte der Evaluation	20
R. Busse, A. Altenschmidt, J. Wollenhaupt, H. Zeidler: Bewertung des Interdisziplinären Blockpraktikums „Erkrankung des Bewegungsapparates“ durch Studierende	26
T. O. F. Wagner, J. Blume, O. Krüger, L. von der Heid, R. Busse, T. Welte: Evaluation klinischer Kompetenz in der Inneren Medizin der Medizinischen Hochschule Hannover	30
I. Stiegler: Studienreform und die Strukturierung der Ergebnisevaluation - grundsätzliche Überlegungen zur Prüfungsreform im Zusammenhang von Studienreform	39
D. Habeck: Überlegungen zu einem Modellstundenplan	42
H. Gündel, A. Ladas, Th. Wefelmeyer, R. Tölle: Erwartungen und Einstellungen von Medizinstudenten zur Psychiatriebildung	46
TAGUNGSBERICHTE	
G. Voigt: Resümee zum Kölner Symposium „Qualität der Lehre“ (10. und 11. Februar 1995)	56
W. Georg, W. Burger: Berliner Symposium - Reformstudiengang Medizin (31. März 95) „Beginn eines neuen Weges“	57
BUCHBESPRECHUNG	
J. Malzahn: Eberhard Göbel und Sven Remstedt (Hrsg.): Leitfaden zur Studienreform in Human- und Zahnmedizin	58
UMFRAGE	
Bitte um Rückmeldung	59
ANKÜNDIGUNG	
AMEE Annual Conference 6. - 9. September 1995 in Zaragoza	61
BILD(UNG) UND MEDIZIN	
J. Gabka, G. Wagner: Wolfgang Rosenthal (1884 - 1971) Werdegang und Wirken als Hochschullehrer mit Rang einer „Schulbildung“	63

„Medizinische Ausbildung“ erscheint seit 1984 in zwangloser Reihenfolge als Mitteilungsblatt der „Gesellschaft für Medizinische Ausbildung“

Vorsitzender der Gesellschaft: Prof. Dr. Florian Eitel, Chirurgische Univ.-Klinik und Poliklinik, Nußbaumstraße 20, D-80336 München

Herausgeber und Schriftleiter der Zeitschrift: Prof. Dr. Dietrich Habeck, Schelmenstiege 23, D-48161 Münster
Layout: Gabriele Voigt, Münster.

Redaktion: Prof. Dr. F. Eitel, München; Prof. Dr. K. Hinrichsen, Bochum; Dr. R. Lohölter, Frankfurt; Prof. Dr. E. Renschler, Bonn; Prof. Dr. K. Schimmelpfennig, Berlin; Prof. Dr. R. Toellner, Münster.

Wissenschaftlicher Beirat: Prof. Dr. F. Anschütz, Darmstadt; Prof. Dr. R. Bloch, Bern; Prof. Dr. G. Ditscherlein, Berlin; Prof. Dr. E. Doppelfeld, Köln; Prof. Dr. W. Hardegg, Heidelberg; Prof. Dr. H. Heimpel, Ulm; Dr. J.D. Hoppe, Düren; Prof. Dr. J.F. d'Ivernois, Paris; Prof. Dr. Dr. h.c.mult. F.H. Kemper, Münster; Prof. Dr. M. Lischka, Wien; Prof. Dr. H. Heimpel, Ulm; Prof. Dr. J. Moll, Rotterdam; Prof. Dr. H. Pauli, Bern; Dr. A.J.J.A. Scherpier, Maastricht; Prof. Dr. G. Ströhm, Uppsala; Prof. Dr. W. Tysarowski, Warschau; Prof. Dr. H.J. Walton, Edinburgh.

Manuskripte sind an die Schriftleitung einzusenden einschließlich einer Zusammenfassung sowie einer englischen Übersetzung des Titels und der Zusammenfassung. Außerdem ist der gesamte Text von angenommenen Artikeln auf einer Diskette mit DOS/Word-Format unformatiert abgespeichert, zuzuschicken. Für den Verlust eingesandter Manuskripte wird keine Haftung übernommen. - Alle Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Nachdruck und jegliche Art von Vervielfältigung (auch auszugsweise) ist nur mit schriftlicher Genehmigung und ausführlicher Quellenangabe zulässig. Mit Verfassernamen veröffentlichte Beiträge decken sich nicht unbedingt mit der Meinung der Redaktion. Mitglieder der Gesellschaft erhalten Medizinische Ausbildung kostenfrei. Postbankkonto: Prof. Dr. D. Habeck - Sonderkonto Medizinausbildung - Münster, Konto-Nr. 256825-464, Postbank Dortmund (Blz. 440100-46)

VORWORT

Mit einer Würdigung von drei Mitgliedern unserer Gesellschaft zu ihrem 70sten Geburtstag wird dieses Heft eröffnet. Es folgen eigene Ausführungen zu Auslandsstudienaufenthalten von Medizinstudierenden, die ich meinen beiden langjährigen Freunden in Frankreich und Polen, den Herren Prof.es. Dr.es. M. Donazzan und W. Tysarowski, gewidmet habe. Zugleich sollen damit 50 Jahre nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges die inzwischen eingetretenen Entwicklungen zu einer Versöhnung zwischen unseren Völkern dokumentiert werden.

Bei fünf weiteren Beiträgen handelt es sich um überarbeitete Vorträge, die während der Arbeitssitzung unserer Gesellschaft am 10. Dezember 1994 in Frankfurt am Main gehalten wurden: Die Reihe wird eröffnet mit einem in dieser Zeitschrift zumindest bisher selten vertretenen Weiterbildungsthema durch den Allgemeinmediziner S. Wilm. Um Themen der ärztlichen Ausbildung geht es bei zwei Publikationen von Autorengruppen aus der Medizinischen Hochschule Hannover, sowie bei Frau Stieglers Überlegungen zur Prüfungsreform und den eigenen Ausführungen zu einem Modellstundenplan. Der letzte Fachbeitrag von einer Münsteraner Arbeitsgruppe behandelt die Erwartungen und Einstellungen zur Psychiatrieausbildung.

Die beiden Tagungsberichte betreffen ein Resümee des Kölner Symposiums „Qualität der Lehre“ (durch Frau G. Voigt) und das letzte Symposium des Berliner

Reformstudienganges (durch Frau W. Georg und Herrn W. Burger). Herrn J. Malzahn verdanken wir eine Buchbesprechung des neu herausgegebenen Leitfadens zur Studienreform von E. Göbel und S. Remstedt.

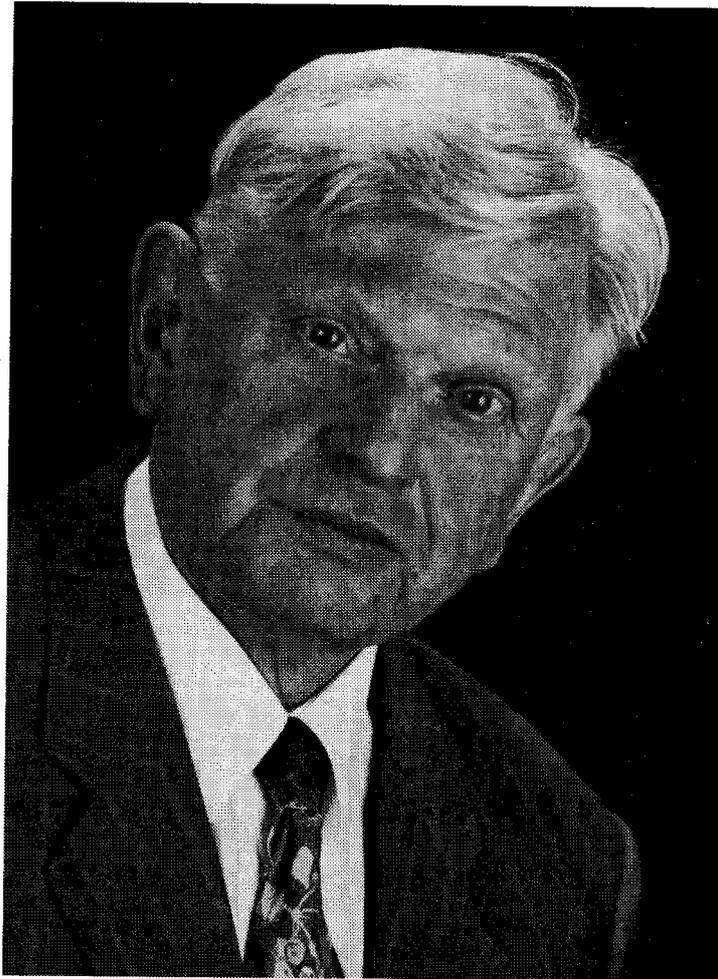
Anlässlich des im September 1995 unter dem Präsidium von Herrn Prof. Dr. M. Donazzan stattfindenden stomatologischen und kieferchirurgischen Kongresses in Lille habe ich als historischen Beitrag einen Bericht über den Kieferchirurgen Wolfgang Rosenthal ausgewählt, der freundlicherweise von den Herren J. Gabka und G. Wagner verfaßt wurde.

Schließlich bleibt mitzuteilen, daß ich in den vergangenen elf Jahren seit Erscheinen dieser Zeitschrift die einzelnen Hefte aus den mir überlassenen Manuskripten mit Schere und Leim zusammengestellt habe. Diese obsoleete Methode konnte die frühere IfAS-Mitarbeiterin Frau cand. phil. Gabriele Voigt als künftige Journalistin so nicht länger mit ansehen. Ihrer Initiative und ihrem Einsatz verdanken wir jetzt für das vorliegende Heft ein fast ausschließlich mittels PC erstelltes einheitliches Layout. Außerdem regte sie die Umfrage zu unserer Zeitschrift an. - Allen Autoren und weiteren Helfern für das Zustandekommen dieses Heftes gilt abschließend für ihre Mitwirkung unser herzlichster Dank.

Im Namen der Redaktion

D. Habeck

LAUDATIONES



DR. PAED. GÜNTHER WAGNER
geboren am 18. Februar 1925 in Mitteldorf (Südharz)

LAUDATIO ZUM 70. GEBURTSTAG VON GÜNTHER WAGNER
FALKO H. HERRMANN, GREIFSWALD UND BOTO MÄRTIN, JENA/HALLE

Wenn schon anlässlich des 65. Geburtstages umfangreiche und anerkennende Würdigungen des verdienstvollen Hochschuldidaktikers Dr. Günther Wagner publiziert worden sind (u. a. Märtin, Scheibe 1990), so mag es schwierig erscheinen, nur fünf Jahre später wieder eine Laudatio im Zusammenhang mit einer Bibliographie* zu verfassen. Nicht jedoch bei Günther Wagner, einem Hochschuldidaktiker von besonderer Ausstrahlung und ungewöhnlichen Erfolgen (seine Bestseller

erscheinen nunmehr in 11. und 6. Auflage seit 1961 bzw. 1976).

Auch in den vergangenen fünf Jahren hat der Jubilar weithin erfolgreich gewirkt - und das in fortgesetzter Rückkopplung zur Universität Jena bzw. zu deren Medizinischer Fakultät (besonders in der Amtszeit von Dekan Professor Dr. Klinger) und in der ihm eigenen Fähigkeit zur Kooperation. Dank seiner Initiative und guter Gemeinschaftsarbeit sind Bücher zu aktuellen und historischen Fragen der medizinischen Ausbildung erschienen (1992, 1993). Neben Einzelbeiträgen konzentrierte sich Wagner auf die Neubearbeitung der in der UTB-Reihe anerkannten Lexika: Botanisches Wörterbuch mit R. Schubert (11. Auflage 1993) und Zoologisches Wörterbuch mit E.J. Hentschel (5. Auflage 1993).

* Dr. Ingeborg Wilke: Arbeiten von Dr. Günther Wagner (Bibliographie), Sonderdrucke abrufbar bei Dr. U. Schagen, Forschungsstelle Zeitgeschichte des Instituts für Geschichte der Medizin der FU Berlin, Klingsorstr. 119, D 12203 Berlin.

Seine Bibliographie* mit 174 Publikationen gibt Aufschluß über sein Wirken, das eng mit seiner jeweiligen Lehrtätigkeit verbunden war.

Günther Wagner wurde am 18. Februar 1925 in Mitteldorf (Südharz) geboren. Nach Gymnasiumbesuch (Nordhausen) und Militärzeit absolvierte er eine Lehre zur Vorbereitung auf das Studium der Landwirtschaftswissenschaften und Pädagogik von 1946 bis 1949/50 an der Universität Jena. Hier erlebte Wagner einige besonders anerkannte Hochschullehrer, z. B. die Professoren Harms, Renner, Goertler, Hofmann, Klitsch, Henkelmann (letzterer war Wagners Betreuer der Diplomarbeit in landwirtschaftlicher Betriebswirtschaft), P. Petersen. Von 1950 bis 1965 war G. Wagner an Landwirtschaftsschulen (Ingenieur-, Kreislandwirtschaftsschule) in Nordhausen und an der Erweiterten Oberschule (Abiturstufe) in Bleicherode als Fachlehrer für Landwirtschaft und Biologie tätig (Erwerb der beiden Qualifikationen in der Weiterbildung).

Wagner hatte in dieser 15jährigen Lehrtätigkeit seinen Wirkungsort stets in der Nähe des elterlichen Bauernhofes, um die Freizeit für die Mitarbeit im Betrieb zu nutzen (zumal sein Bruder als eigentlicher Hoferbe im Krieg gefallen war). Die Praxiskontakte trugen gewiß dazu bei, daß Wagner die von ihm vertretenen Fächer in enger Theorie-Praxis-Beziehung unterrichtete.

Als Lehrer erwarb sich Wagner schnell einen Namen und trat u. a. mit publizistischen Aufsätzen (floristisch, faunistisch, landwirtschaftlich) hervor, als Mentor in der Weiterbildung von Lehrern, als Verfasser zentral herausgegebener Lehrbriefe, als Kreisvorsitzender der Agrarwissenschaftlichen Gesellschaft mit Kontakten zu Wissenschaftlern in Jena, Halle, Berlin (vergl. Martin/Scheibe 1990).

Die Auflösung seines elterlichen Betriebes (wegen schwerer Erkrankung des Vaters) ging der 1960 verstärkter erfolgender "Kollektivierung" voraus. Dieser Umstand gab Wagner den Weg frei an die Universität Jena (1965) und zur Promotion an der Humboldt-Universität Berlin. Hier verteidigte er nach einer außerplanmäßigen Aspirantur 1968 erfolgreich sein Dissertationsthema über aktivierenden Einsatz von Anschauungsmitteln im landwirtschaftlichen Unterricht.

Seine Tätigkeit an der Universität Jena erstreckte sich auf zwei Abschnitte: (1) Von 1965 bis 1971 Lehrbeauftragter für Didaktik Landwirtschaft mit Prüfungsbezeichnung und Hochschullehrbefähigung (facultas docendi) (2). Nach der Auflösung der Landwirtschaftlichen Fakultät 1971 wirkte Wagner als wiss. Oberassistent und Lehrbeauftragter an dem 1971 konzipierten und 1972 gegründeten Bereich der Hochschulpädagogik (1988/89 umbenannt zum Wissenschaftsbereich Hochschuldidaktik). Ab Ende 1989 war Wagner im Arbeitskreis Medizindidaktik tätig.

Als Didaktiker für landwirtschaftliche Unterrichtsfächer (Pflanzen- und Tierproduktion) publizierte G. Wagner u. a. empirisch erprobte Lehrmaterialien zur Bodenkunde (1968, 1970) und Studienanleitungen in Einheit zum

Lehrbuch Obstbau (mit Prof. S. Kramer); er stellte in Verbindung mit seinem Dissertationsthema Veröffentlichungen über aktivierende Unterrichtsgestaltung zur Diskussion (1968/69). Eine zeitweilige Auftragsforschung zur Bildungsökonomie (1969-1971) vereitelte seine Absicht, in didaktischen Fragen zu habilitieren.

Ab 1971 arbeitete sich Wagner in die Hochschuldidaktik ein. Im Rahmen dieser Erwachsenenbildung und Forschung spezialisierte er sich zunehmend auf Aus- und Weiterbildungsfragen der Medizin und Zahnmedizin. über Lehrgänge und Vorträge stellte er eine beachtenswerte Kooperation mit Hochschullehrkräften und Hochschullehrern her, die sich gern (wie kaum anderswo bekannt) an der Bearbeitung von Fragen der ärztlichen Aus- und Fortbildung beteiligten. So entstanden unter seiner Regie als Mit- und Hauptherausgeber ab 1979 u. a. vier Sammelbände zur "Gestaltung des Medizinstudiums" mit 59 Beiträgen, die einen Fundus der Medizindidaktik darstellen. Der Herausgeber G. Wagner war über die damit verbundene koordinierende Tätigkeit stets mit eigenen, empirisch fundierten Beiträgen als Autor oder Mitautor vertreten (vgl. D. Habeck 1990). Es spricht für das erreichte Niveau in der Kooperation, daß zahlreiche Ordinarien bzw. Klinik- und Institutsdirektoren als Autoren engagiert mitwirkten und somit die allenthalben gegenüber der Hochschuldidaktik bzw. deren Vertreter bestehenden Vorbehalte und Aversionen abgebaut wurden.

Als mehrfach in Erscheinung tretende Kooperationspartner (Berater, Gutachter) seien u. a. erwähnt die Professoren Linß (Anatomie), Machnik (Pathologie), Frunder (Biochemie), Wiczorek (Neurologie) und Dr. Bruchhaus (Anthropologie). Genannt seien auch die Kooperationspartner, die von Wagner angeregt, Fernsehaufzeichnungen ihrer Lehrveranstaltungen (Vorlesungen) nicht nur erlaubten und für die Autoreflexion wünschten, sondern auch diese für von Wagner gestaltete Weiterbildungskurse freigaben, z. B. die Professoren Klumbies, Jorke (Jena), Panzram, Franke, Schreiber (Erfurt).

Instruktiv für seine Arbeitsrichtung sollte für Wagner die Entwicklung seines Sohnes Thomas (geb. 24.11.1954) werden, der Zahnmedizin und Medizin in Leningrad und Jena studierte und eine fruchtbare Kooperation zwischen Vater und dem Leningrader Hochschuldidaktiker N. D. Nikandrow herstellte, selbst Interesse für die Arbeit des Vaters zeigte und ihm bereichernde Einblicke in die ärztliche Aus- und Weiterbildung gab.

Wagner betreute in seiner Tätigkeit an der Universität ca. 80 Diplomanden und die doppelte Anzahl von Hochschullehrkräften als Autoren von Abschlussarbeiten nach hochschuldidaktischen Kursen. Außerdem wurde er hinzugezogen als Mitbetreuer von über 10 Doktoranden. Die von ihm Betreuten hatten einen "Status wie Fachkollegen", so daß es in dieser "teamwork"-Atmosphäre nicht selten im Nachgang (als Kür) zur Publikation kam. Die Breite der Kooperation mit Medizinern trug dazu bei, daß sich Wagner auch mit der Geschichte der Medizin Jenas befaßte. Anläß-

lich von Arbeitsbesuchen in Kliniken und Instituten lösten historische Zeugnisse und Bildnisse im Terrain des traditionsreichen Klinikums zunehmendes Interesse aus.

Beraten von Professor G. Steiger (1927-1984), der als früherer Chefcustos ausschließlich die Geschichte der Jenaer Universität bearbeitete, gestaltete Wagner Lichtbildervorträge zur Geschichte der Jenaer Medizin aus europäischer Sicht und führte historische Untersuchungen der medizinischen Ausbildung durch.

Gemeinsam mit fachhistorisch interessierten Medizinern entstand der Sammelband "Jenaer Hochschullehrer der Medizin" (1987, 1988). Das 1992 erschienene Buch "Medizinprofessoren und ärztliche Ausbildung" stellt eine Fortsetzung bei Mitwirkung auswärtiger Autoren dar.

Die nähere Betrachtung der Vielfalt seiner Arbeitsgebiete läßt erkennen, daß Kerninhalte in anderen Betrachtungsebenen wiederkehren oder sich berühren. So erforderten analoge Probleme bei dem Wechsel der Bezugfelder oftmals die Fähigkeit zum Transfer. Offensichtlich erkannte Wagner seine Grenzen und gewann kompetente Wissenschaftler als Operationspartner bei dafür erforderlichen Arbeiten (siehe Vorworte zum Botanischen Wörterbuch und zum Zoologischen Wörterbuch).

Mit seinem Wissenschaftsbereichsleiter Professor Dr. Kretschmar (Hochschuldidaktik) arbeitete Wagner in der Forschung und Weiterbildung der Lehrkräfte an Thüringer Hochschulen (Ilmenau, Erfurt, Jena) eng zusammen. Während sich Kretschmar besonders auf die Weiterbildung der naturwissenschaftlich-technischen

Bereiche orientierte, spezialisierte sich Wagner auf den medizinischen Bereich.

Seine Absicht, enger zur Medizinischen Fakultät als "Nische für Produktivität" zu gehören, verwirklichte sich erst 1989/1990, indem ein "Arbeitskreis Medizin-didaktik" unter der Schirmherrschaft von Dekan Professor Dr. Klinger gegründet wurde. Als dessen Mitglied intensivierte Wagner Kontakte zu Partnern in Altbundesländern und Westberlin, die gerade in den vergangenen Jahren zu gemeinsamen beachtenswerten Publikationen führten (z.B. mit Habeck/Münster, Schagen/FU Berlin) als Herausgeber und Autor. Nach Rezensionen stellt dieses Werk über Ärzteausbildung (1993) ein herausragendes Beispiel "vereinter" Arbeit von kompetenten Autoren aus Alt- und Neubundesländern sowie aus der Schweiz dar. So ist in der biologisch- und medizindidaktischen Arbeitsrichtung unschwer eine über die Bundesrepublik hinausgehende Wirksamkeit Wagners festzustellen.

Günther Wagner hat besonders als Hochschuldidaktiker (für Biologie, Landwirtschaft, Medizin) einschließlich der international anerkannten Fach-Lexika Signale gesetzt und Aktivitäten entfaltet, für die ihm viele "Schüler", Lehrkräfte, Kooperationspartner und nicht minder die Leser seiner Bücher dankbar sind.

Professor Dr. rer. nat. habil. Dr. paed. Falko H. Herrman
Direktor des Instituts für Humangenetik
der Universität Greifswald
D 17487 Greifswald

Professor (em) Dr. agr. habil. Boto Martin
Kernbergstr. 13
D 0745 Jena

NIEMALS MÜSSIG - DR. PAED. GÜNTHER WAGNER ZUM 70. GEBURTSTAG VOLKER KLIMPEL, DRESDEN

Vor nunmehr 10 Jahren lernte der Laudator den Jubilar noch in seiner aktiven Zeit anlässlich eines hochschulpädagogischen Kurses, der sogenannte Nachwuchskader der Medizinischen Akademie Erfurt und Erziehungswissenschaftler der Universität Jena in Georgenthal vereinte, kennen. Das Ambiente des Schulungsheimes, einer ehemaligen Fabrikantenvilla, und gemeinsame Wanderungen im Thüringer Wald ließen, getragen von gegenseitiger Sympathie, rasch einen Kontakt entstehen, der sich als dauerhaft erweisen sollte.

Nicht zuletzt dürften uns auch die Stolpersteine und systemimmanenten Widrigkeiten in der beruflichen Laufbahn ungeachtet des Generationsunterschiedes einander nähergebracht haben.

Durch seine gewinnende und warmherzige Art nahm WAGNER sogleich für sich ein, und er verstand es

meisterlich, ohne erhobenen Zeigefinger die Mediziner in die für sie ungewohnte neue Welt der Didaktik theoretisch und praktisch einzuführen. Hier war er Patron und Partner zugleich, gelegentlich einmal abschweifend und eine breite Allgemeinbildung erkennen lassend, letztlich immer souverän.

In bester Erinnerung bleibt sein gekonnter medizinhistorischer Exkurs in die Universität Jena, der WAGNERS Begeigerungsfähigkeit, sein Engagement und sein solides wissenschaftliches Fundament offenbarte. Interessiert an meinem damaligen Gegenüber, war in Erfahrung zu bringen, daß Günther Heinrich WAGNER am 18.02.1925, den „Goldenen Zwanzigern“ also, als Bauersohn im nordthüringischen Mitteldorf geboren wurde, in Nordhausen das Gymnasium besuchte, nach dem Kriege in Jena Landwirtschaft und Pädagogik studierte und dann als Landwirt und Lehrer tätig war.

Schon früh zeigte sich seine didaktische Begabung, indem er Lehrbriefe und Fachwörterbücher verfaßte und sich mit der Aus- und Weiterbildung beschäftigte.

Nachdem WAGNER 1951 die Ingenieurschule für Landtechnik in Nordhausen mitgegründet hatte, von 1953 bis 1959 Oberstufenlehrer für Biologie in Bleichrode und von 1959 bis 1965 Direktor der Kreislandwirtschaftsschule in Nordhausen gewesen war, berief ihn 1965 die Friedrich-Schiller-Universität Jena an die Fakultät für Landwirtschaft und betraute ihn mit dem Aufbau und der Leitung der Abteilung Agrarpädagogik. Später wechselte er in den Bereich Erziehungswissenschaft, wo er sich zunehmend hochschuldidaktischen Aufgaben in der Medizin und Zahnmedizin widmete, stets Anreger und Förderer des wissenschaftlichen Nachwuchses.

Bei immer tieferem Eindringen in die Geschichte der Medizin vermochte WAGNER insbesondere der Erforschung der Geschichte der ärztlichen Ausbildung entscheidende Impulse zu geben.

Trotz „Ochsentour“ und langjähriger Wahrnehmung zahlreicher Aufgaben eines Hochschullehrers versagte man jedoch dem promovierten wissenschaftlichen Oberassistenten aus heute schwer verständlichen Gründen Habilitation und Professur.

WAGNER verkörpert eine heute seltene Universalität. So kennen wir aus seiner Feder Arbeiten auf didaktischem, agrarwissenschaftlichem, biologischem, historischem, etymologischem und medizindidaktischem Gebiet, oft in multidisziplinärer Verknüpfung. Die Zahl

der Einzelpublikationen von WAGNER ist Legion. Heraus ragen Bestseller wie das Botanische und das Zoologische Wörterbuch.

Der den Freuden des Lebens stets zugetane Jubilar hat mit zunehmendem Alter nichts von seiner genuinen Bonhommie, von seiner Umtriebigkeit und seiner geistigen Beweglichkeit verloren. Zielorientiert, wie er das nennen würde, hat er sich in den vergangenen Jahren neuen Aufgaben, vor allem in der Herausgebere Tätigkeit und Autorenschaft medizindidaktischer Werke, gestellt. Seine Kontaktfreudigkeit und sein profundes Fachwissen machen ihm, dem Musterbeispiel interdisziplinärer Kooperation, das leicht.

So ist Günther WAGNER nicht nur ein prominenter Jenaer Bürger, sondern auch, und um diesen Ruf braucht ihm nicht bange zu sein, ein allseits hochgeschätzter Fachwissenschaftler. Seine geliebte Alma mater Jenensis verlieh ihm deshalb 1990 die Friedrich-Schiller-Medaille. Dem Lehrer und Forscher aus Passion ist ein Ehrendokortitel zu wünschen.

Ad multos annos, Günther WAGNER!

Dr. med. habil. V.Klimpel

Herzbergerstraße 24

D 01239 Dresden



Prof. Dr. med. Dietrich Habeck
geboren am 6. März 1925 in Stettin

GRATULATION

F. H. KEMPER, MÜNSTER

Prof. Dr. med. Dietrich Habeck hat am 6. März 1995 sein 7. Lebensjahrzehnt vollendet; an diesem Tage haben seine Freunde, seine Schüler und ehemaligen Mitarbeiter in großer Zahl ihre persönlichen Glückwünsche dargebracht.

Gerne nehme ich für den Medizinischen Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland, aber auch selbst, die Gelegenheit, an dieser Stelle dem Jubilar, verbunden über Jahrzehnte in der gemeinsamen Fakultät, zu danken für seinen steten und hervorragenden Einsatz für die Verbesserung der Qualität der universitären medizinischen Ausbildung.

Seit den frühen 70er Jahren hat Prof. Habeck in unermüdlichen Aktivitäten, ungeachtet oft schwierigster äußerer Umstände und unbeirrbar, die von ihm als richtig erkannten Gedanken einer modernen Verknüpfung von wissenschaftlich-systematischen Notwendigkeiten mit den Erfordernissen eines zeitgemäßen praxisnahen Unterrichts verfolgt, über die er publizierte, in Vorträgen geworben hat und schließlich als Arbeitsziele in die Gesellschaft für

Medizinische Ausbildung einbrachte; nahezu 14 Jahre hat er mit Eifer und Geschick diese Gesellschaft als Vorsitzender geleitet und zu einem anerkannten Gesprächspartner gemacht.

Als Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Münster (1977 - 1979) und danach als Prodekan (1979 - 1981) hat Prof. Habeck die Grundlagen zu dem sehr erfolgreichen Modellversuch zur „Intensivierung des Praxisbezugs der ärztlichen Ausbildung“ gelegt, den er verantwortlich und getragen von der Bund-Länder-Kommission bis 1985 durchführte. Für die öffentliche Anerkennung des „Modellversuchs Münster“ spricht die Tatsache, daß als Nachfolgeeinrichtung das „Institut für Ausbildung und Studienangelegenheiten“ begründet wurde, dessen 1. Direktor Prof. Habeck von 1986 bis zum 1. März 1993 gewesen ist.

Der Medizinische Fakultätentag dankt Prof. Habeck für sein über nahezu zwei Jahrzehnte währendes Engagement als akademischer Lehrer, mit dessen Ergebnissen sein Name fortbestehen wird.

Für den am Ende des 70. Lebensjahres nun wirklich wohlverdienten „Ruhestand“ begleiten ihn die herzlichsten Wünsche zur Erfüllung aller privaten Absichten, die bisher zurückstehen mußten, aber auch Kontemplation im Genießen des Lebens zusammen mit seiner Frau, der hier ebenso und ausdrücklich gedankt sei für das Verständnis und die Unterstützung der Ideale ihres Mannes.

Dietrich Habeck, ad multos annos faustosque!

Prof. Dr. med. Dr. h. c. mult. Fritz H. Kemper
Domagkstr. 11
D-48129 Münster

GRATULATION ZUM 70. GEBURTSTAG VON DIETRICH HABECK FLORIAN EITEL, MÜNCHEN

Prof. Dr. med. Dietrich Habeck vollendete am 6. März 1995 sein 70. Lebensjahr. Anlässlich dieses Ehrentages gelten ihm alle unsere guten Wünsche.

Prof. Habeck studierte in Münster und Freiburg Medizin, erhielt 1954 die Bestallung als Arzt und trat dann als Pflichtassistent in die Universitätsnervenklinik Münster ein. 1956 erfolgte die Promotion, 1967 wurde ihm die Venia Legendi für Neurologie und Psychiatrie verliehen. 1971 wurde er zum Professor ernannt und fungierte ab 1972 als Leiter der Abteilung für Epidemiologie und Information der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Münster. Ab 1977 war Prof. Habeck Beauftragter für Ausbildung und studentische Angelegenheiten der Medizinischen Fakultät Münster, dann 1977 - 1979 Dekan und bis 1981 Prodekan.

Prof. Habeck initiierte 1980 den Modellversuch "Zur Intensivierung des Praxisbezuges der ärztlichen Ausbildung" an der Medizinischen Fakultät der Universität Münster. Das aus diesem Modellversuch hervorgegangene Institut für Ausbildung und Studienangelegenheiten der Medizinischen Fakultät (IfAS) leitete er ab 1986 bis 1992. 1990 wurde Prof. Habeck emeritiert, aber mit der kommissarischen Leitung des IfAS beauftragt.

Für seine Verdienste in der Lehre wurde Prof. Habeck der Verdienstorden der Bundesrepublik Deutschland am Bande verliehen; er wurde auf Vorschlag der Faculté de Médecine Université II in Lille zum Chevalier dans l'ordre des Palmes Académiques ernannt.

Seine intensive Beschäftigung mit der Lehre in der Medizin findet auch ihren Ausdruck darin, daß Prof. Habeck ab 1981 den Vorsitz der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung innehatte und nach dessen Abgabe 1994 zum Ehrenvorsitzenden gewählt wurde.

Neben seiner wissenschaftlichen Arbeit, die sich in zahlreichen Publikationen niederschlägt, sind die Wirkungen seiner Veröffentlichungen zur Lehre bis heute kaum abschätzbar. Das "Münsteraner Reformmodell" ist nicht nur zum stehenden Ausdruck für ein Konzept zur Ausbildungsverbesserung geworden, in seinen Arbeiten finden sich zudem zahlreiche Innovationen. Er hat 1987 (Medizinische Ausbildung 4/1, 42-57) weitreichende konzeptuelle Ansätze beschrieben und gefordert. Sie werden z.T. erst

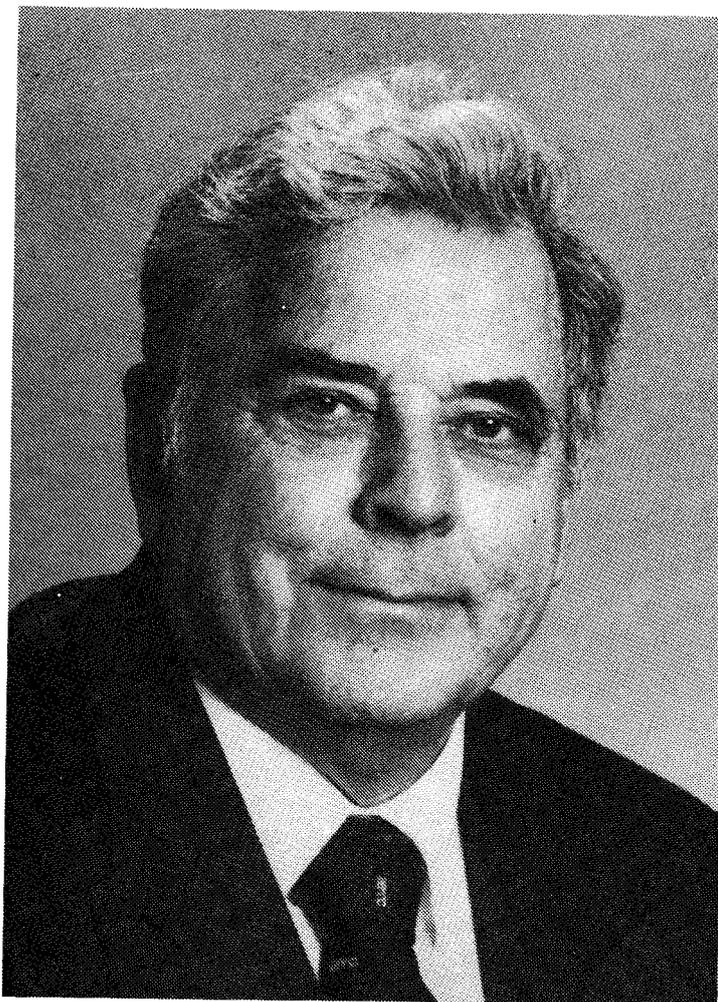
heute umgesetzt. Für viele Innovationsprojekte gelten diese Arbeiten als didaktisch richtungsweisend und haben in Deutschland Reformansätze maßgeblich beeinflusst. Wertvoll sind auch die 1989 veröffentlichten "Vorschläge für eine Reform der Ärztlichen Ausbildung": Hier nur einige Beispiele aus diesem Artikel: Dort wird das Ausbildungsziel "Primärarzt" behandelt, ein Problem, das heute hochaktuell ist; die Bedeutung des Berufsfeldes für die Auswahl der Lerninhalte wird betont mit Blick auf ein "biopsychosoziales" Modell des Gesundheitswesens; es ist von "formativer Evaluation" die Rede, Zitat: "Im übrigen wird bei uns offenbar noch zu wenig die doppelte Funktion der Evaluation bedacht, die neben einer Evaluation der Lernenden auch eine Evaluation der Lehrenden bzw. der von ihnen eingesetzten Ausbildungsprogramme leisten kann". Prozeßevaluation ist 1995 das Gebot der Stunde. Was man nicht mißt, kann man nicht zuverlässig managen! Weitsichtig knüpft Prof. Habeck hier an Erfahrungen an, die seit 1983 in Maastricht gemacht wurden und die von der WHO (Guilbert) 1981 publiziert worden waren. Charakteristisch für den Jubilar ist auch, daß er sich in seiner ehrlichen und bescheidenen Art nicht scheute, offen die Bezüge zu anderen Reformmodellen wie dem "Bochumer Modell" oder zu den Erfahrungen in Essen herzustellen. In dem genannten Habeck'schen Artikel finden sich Termini, die heute - häufig ohne Bezugnahme auf die Quelle - in aller Munde sind: Experimentierklausel, Studienorganisation, Evaluationssystem, CBT, Teacher Training und so fort.

Durch die Herausgeberschaft der Zeitschrift "Medizinische Ausbildung" hat Prof. Habeck sicher wesentlich zu den Reformen beigetragen, die sich jetzt in der Änderung der Approbationsordnung (8. Novelle) niederschlagen.

Seine Verdienste um die Medizinerbildung sind unschätzbar. Wir sind dankbar für seine Leistungen und froh, daß Herr Kollege Habeck sich auch weiterhin mit der ihm eigenen bewundernswerten Geduld, seiner beeindruckenden Liebesswürdigkeit und immensen Sachkenntnis für die Verbesserung der Lehre engagiert.

Ad multos annos!

Prof. Dr. med. Florian Eitel
Chirurgische Universitätsklinik und Poliklinik
Nußbaumstr. 20, D 80336 München



PROF. DR. MED. HANS E. RENSCHLER
geboren am 19. April 1925 in Stuttgart

GRATULATIONS BRIEF
H. E. BOCK, TÜBINGEN

Lieber Herr Renschler !

Die DMW berichtet, daß Sie morgen Ihr 70. Lebensjahr beschließen. Ich gratuliere Ihnen zu diesem Übergang ins letzte Lebensdrittel in der Hoffnung, daß Sie die Reststübe des Lebens in geistiger und körperlicher Beweglichkeit auskosten können.

Die Jahre um 70 gehören zu den ergiebigsten im menschlichen Zusammenleben: man kann auf einen reichen Erfahrungsschatz zurückgreifen, und man ist noch kreativ wie konstruktiv souverän genug, dem vollen Sinn des Daseins Rechnung zu tragen.

Sie haben Ihr hochschuldidaktisches medizinisches Lebenswerk nicht ohne Schwierigkeiten schaffen können und haben auch gesundheitlich mehr Bemühung um kontinuierlichen Fortgang aufwenden müssen. Eigentlich ist

18-4-95
es erstaunlich, wie Sie das alles geschafft haben. So ist Ihr 70. Geburtstag sicher auch ein Tag dankbarer Rückschau. Ich wünsche Ihnen den Elan, sich Ihrer Lebensleistung so richtig von Ganzem erfreuen zu können, denn Sie haben eine Pionierleistung aufzuweisen.

Herzliche Glückwünsche und Grüße der ganzen Familie!

Ihr

Hans Erhard Bock.

Prof. Dr. Dr. h.c. Hans Erhard Bock
Spemannstr. 18
D 72076 Tübingen

**FORTBILDUNGSFORSCHUNG ALS STÄNDIGE BEGLEITUNG EINER ZENTRAL
ORGANISIERTEN ÄRZTLICHEN FORTBILDUNG -
HERRN PROF. RENSCHLER ZUM 70. GEBURTSTAG
HERMANN KERGER, BAD NAUHEIM**

Als in der ersten Hälfte der siebziger Jahre die Akademien für ärztliche Fortbildung teils von den Kammern, teils von den Kammern und Kassenärztlichen Vereinigungen gemeinsam gegründet wurden, herrschte über die Ziele und Methoden einer zentral organisierten Fortbildung noch reichliche Unklarheit. Die primäre Frage, ob Fortbildung obligatorisch sein sollte oder freiwillig, wurde in der Berufsordnung für Ärzte in liberaler, aber psychologisch richtiger Weise gelöst. In der Musterberufsordnung des Deutschen Ärztetages, die von den Landesärztekammern mit nur geringen Änderungen übernommen wurde, heißt es, daß der Arzt zur Fortbildung verpflichtet ist, daß er die Wahl unter den verschiedenen Fortbildungsmöglichkeiten hat, daß er aber davon in dem Umfange Gebrauch machen muß, wie es zur Erhaltung und Entwicklung der zur Ausübung seines Berufes erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist und daß er seine dergestalt absolvierte Fortbildung der Kammer nachweisen können muß.

Offen blieben die Art und Weise des Nachweises und auch die Frage, ob der Nachweis in bestimmten zeitlichen Abständen von jedem Arzt gefordert werden sollte, oder nur dann, wenn der Arzt irgendwie aufgefallen oder in rechtliche Schwierigkeiten geraten wäre, wobei ihm der Nachweis regelmäßig getätigter Fortbildung eine Entlastung bedeuten könnte. In der Tat ist, soweit ich es überschauen kann, nur der letztere Modus praktiziert worden. Für die Organisation der ärztlichen Fortbildung, besonders also in den neuen Akademien, stand die Frage Zwang oder Freiwilligkeit nicht im Mittelpunkt ihrer Überlegungen. Viel wichtiger erschien ihnen die präzise Definition des Fortbildungsziels und das Erarbeiten von Methoden, die zur Erreichung des Ziels am effektivsten und mit den vorhandenen Mitteln auch durchführbar wären.

Das Ziel war nun nicht mehr die Vermittlung von Wissen allein, sondern die ständige Verbesserung der Patientenbetreuung nach den Erkenntnissen der wissenschaftlichen Fortentwicklung der Medizin. Vermittlung von Wissen erfolgt am einfachsten und wohl auch am besten durch Literatur, sie ist die gebräuchlichste Methode der individuellen Fortbildung. Wollte die kollektive Fortbildung nichts anderes, wären die vielen Zusammenkünfte der Ärzte in Kongressen, Symposien, Vortragsveranstaltungen und anderem eigentlich überflüssig, wenn man von der nur hier möglichen Diskussion absieht. Diese aber ist im wesentlichen keine kritische Auseinandersetzung über das Gehörte, sondern erschöpft sich in der Beantwortung von Fragen, ist also nur eine Ergänzung des im Vortrag Vermittelten. Wenn es aber das Ziel der Fortbildung ist, die ärztliche Behandlung ständig zu verbessern, so ist das auf den neuesten Stand gebrachte Wissen zwar Voraus-

setzung, aber nicht der einzige Faktor zur Erreichung dieses Ziels, denn der Arzt muß mit dem neu erworbenen Wissen praktisch umgehen können, das heißt neue Kompetenz erlangen, und er muß diese Kompetenz auch in der Patientenbetreuung, also in seiner 'performance', zur Geltung bringen.

Damit gehen die Forderungen an die Methodik der Fortbildung schon sehr weit, jedenfalls weiter, als die vorhandenen und geläufigen Methoden zu leisten vermögen. Es stellte sich bald heraus, daß die Methodenlehre der Fortbildung eine Wissenschaft für sich ist oder sein müßte, und daß die Organisation der Fortbildung und ihre Durchführung einer wissenschaftlichen Beratung und ständigen Begleitung bedürfen. Eine diesbezügliche Forschung war in der Bundesrepublik Deutschland noch nirgendwo zu bemerken, jedenfalls nicht auffällig, aber es lagen bereits praktisch brauchbare Ergebnisse einer Methodenlehre der ärztlichen Fortbildung aus den USA vor.

Auf einer Studienreise zur Besichtigung medizinischer Einrichtungen und besonders solcher der ärztlichen Fortbildung in den Vereinigten Staaten von Amerika trafen in der Landesärztekammer Hessen und ihrer Akademie für ärztliche Fortbildung tätige Kollegen mit Herrn Professor Renschler zusammen, und es entwickelte sich sehr schnell ein Einverständnis über die Mitarbeit eines Medizindidaktikers bei den laufenden Aufgaben der Akademie. Unsere Anschauungen über die Notwendigkeit einer Änderung der Fortbildungsmethoden fanden sehr rasch sympathisches Entgegenkommen von Prof. Renschler, und wir konnten gleich mit einer konkreten Aufgabe eine gemeinsame Arbeit beginnen, nämlich mit der Organisation von Notfalldienst-Seminaren, die jeder Arzt, der am ambulanten Notdienst teilnehmen wollte, absolvieren mußte. Das Ziel war, wie gesagt, den ärztlichen Notdienst zu verbessern, dem Notdienst-Arzt das für seine Aufgaben erforderliche Wissen nach dem neuesten Stande zu vermitteln, aber auch darüber hinaus, entsprechend dem neu formulierten Fortbildungsziel, ihn für das praktische Handeln kompetent zu machen und sein Verhalten zum Patienten in der Notdienstsituation zu optimieren.

Da es sich hierbei um Veranstaltungen handelte, die von einer großen Zahl von Ärzten besucht wurden, immerhin mehrere hundert, war es nicht möglich, von den üblichen Vorträgen abzusehen und das Thema in kleinen Gruppen nach Art der workshops zu behandeln, wie man es sich zunächst gewünscht hätte. Denn dazu fehlte die erforderliche Anzahl geeigneter Leiter. Es mußten also zwar Vorträge eingesetzt, aber eine Änderung des üblichen

Vortragsstils angestrebt werden, um eine möglichst große Effektivität, die auch irgendwie meßbar sein sollte, zu erzielen. Darüber ist schon mehrfach auch von Herrn Renschler selbst berichtet worden. Hier kommt es nur darauf an, ein Beispiel dafür anzuführen, daß die Anwendung verschiedener Fortbildungsmethoden sich nach den speziellen Aufgaben und der gegebenen Situation richten müsse, daß sie dementsprechend spezifisch ausgewählt oder neu geschaffen werden und daß es hierfür einer speziellen Wissenschaft, der Medizindidaktik und ihres Teilgebiets, der Fortbildungsforschung, bedürfe. Und weiter kommt es hier darauf an, den entscheidenden Anteil von Prof. Renschler und seinen Mitarbeitern an der Lösung dieser und mancher anderer Aufgaben herauszustellen.

Es war von vornherein klar, daß eine Änderung der Fortbildungsmethoden als wichtigste, aber auch schwierigste Aufgabe eine Änderung der üblichen Vortragsweise der Fortbildungsreferenten voraussetzt. Wissensvermittlung im Vortrag ist nicht eine Aufzählung neuer Fakten und ihrer wissenschaftlichen Beweise, sondern eine so gewählte Vermittlung von Fakten, daß sie im Gedächtnis haften bleiben, mit den entsprechenden Wiederholungen, dem Anheften an praktisch geläufigen Fällen, der gelenkten, am Lernziel orientierten Diskussion. Herr Renschler hat die Aufgabe mutig angepackt, die Referenten sind ihm bis auf ganz wenige Ausnahmen gefolgt und haben die persönlich unter vier Augen vorgetragene Kritik und Belehrung akzeptiert. Noch manche andere Beispiele könnten hinzugefügt werden, sie dienen alle der Stützung der These, daß Fortbildung einer beratenden und begleitenden Forschung bedarf, um das definierte Fortbildungsziel zu erreichen. Man nennt es heute Qualitätssicherung und fordert dafür andere Methoden, die in 'Qualitätszirkeln' zur Anwendung kommen. Dazwischen drohte eine Phase des Vergessens bereits entwickelter Fortbildungssysteme aufzukommen. Daß die

österreichische Ärztekammer eine Fortbildung mit bestimmten Anforderungen an absolvierte Stundenzahl auf freiwilliger Basis, aber durch Belohnung der sich in dieser Weise fortbildenden Ärzte mit einem Diplom, das die Öffentlichkeit zur Kenntnis nehmen kann und somit im Wettbewerb der Ärzte Wirksamkeit erhält, aufgestellt hat, wurde uns als 'einmalig in Europa' jetzt präsentiert. Daß es im Bereich der Landesärztekammer Hessen bereits 25 Jahre schon praktiziert wird, hat man offenbar übersehen. 'Maßlos informiert' sei, um den griffigen und bekannten Buchtitel zu benutzen, unsere heutige Gesellschaft. Nun, Informationen wie Ergebnisse der Wissenschaft und der Erfahrung geraten oft in die Fänge von Interessengruppen, also der Politik. Und sie werden, wenn auch nicht im Inhalt verändert, verzögert, vorschnell mitgeteilt in andere Zusammenhänge gebracht, kurz - manipuliert.

Trotzdem ist ein Aufschwung im Prozeß zu einer systematischen am Patienten orientierten und mit neuen didaktischen Methoden versehenen Fortbildung unverkennbar. Für die Verzögerung von einigen Jahren dürfte Herr Renschler am ehesten Verständnis haben, denn er hat immer wieder darauf hingewiesen, daß Verhaltensänderungen ihre Zeit brauchen, viel mehr Zeit, als man je vorausschätzen würde. So kann Herr Renschler an seinem 70. Geburtstag, zu dem wir ihm sehr herzlich gratulieren, auf eine bedeutende Pionierleistung in dem Aufbau der ärztlichen Fortbildung zurückblicken, und wir haben allen Grund, ihm auch für die neue Entwicklung, an der er wiederum aktiv beteiligt ist, weiterhin Glück und Erfolg zu wünschen.

Dr.med. Hermann Kerger,
Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung
der Landesärztekammer Hessen
Postfach 1740
D 61217 Bad Nauheim

LAUDATIO ZUM 70. GEBURTSTAG VON HERRN PROF. DR. HANS E. RENSCHLER U. FUCHS, MÜNSTER

Am 19. April feiert Herr Prof. Dr. med. Hans Karl Eugen Eberhard Renschler seinen 70. Geburtstag.

Mit der Ernennung zum Ordentlichen Professor der Didaktik der Medizin an der Universität Bonn am 19.2.1973 erfolgte der Eintritt in die professionelle Beschäftigung mit der Methodenlehre der medizinischen Ausbildung. Sie hatte schon im 2. Studienjahr mit Reflexionen über das Medizinstudium begonnen, was durch die erste Publikation von 1947 belegt ist. Nach der Habilitation war, wie in den bis dahin durchgeführten wissenschaftlichen Arbeiten, eine Einarbeitung in die Methodik der Lehre selbstverständlich. Zur Beantwortung der Frage nach der

Ausbildung der Generation deutscher Mediziner, die am Ende des 19. Jahrhunderts Weltgeltung erreicht hatten, wurde eine erste systematische Untersuchung im Archiv der Universität Heidelberg durchgeführt. Orientierend war Billroths Prinzip "Klar sehen wir nur da, wo wir zählen". Es wurde die Entwicklung der Zahlen der Studenten und Dozenten der Medizinischen Fakultät von 1864 bis 1964 ermittelt. Die völlige Abhängigkeit von den politischen Ereignissen mit sehr verzögerter Anpassung erbrachte einen Einblick, der bis in die neueste Zeit von Einfluß auf die Beurteilung der Grundlagen der Ausbildung der Ärzte geblieben ist. Das Ergebnis konnte 1967 auf einer deutsch-englischen Arbeitstagung in Glasgow vorgetragen

werden und führte zu einem zufälligen, für die weitere Laufbahn schicksalhaften Zusammentreffen mit dem früheren Lehrer Sir Edward Wayne, dem Förderer von Graham Wilson und Ron Harden. Diese wurden später auf dem Gebiet der medizinischen Ausbildung durch die Konzeption und Entwicklung der OSCE weltweit bekannt.

Grundausbildung

Nach einer Kindheit und Schulausbildung zuerst auf einem Hofgut, dann in der Landeshauptstadt Stuttgart und dem Kriegsdienst trat er als Krankenpfleger in die für ihn neue Welt der Medizin ein. Die praktische Tätigkeit in der Krankenpflege und die gleichzeitige Förderung durch die qualifizierten Ärzte des Krankenhauses legten Grundlagen für das weitere Leben. Das Studium und die Promotion bei C. Öhme an der Medizinischen Universitäts-Poliklinik mit "summa cum laude" führten eigentlich unbeabsichtigt in die medizinische Wissenschaft ein. Die im Anschluß an das Examen erfolgte Anstellung waren für die damalige Zeit ungewöhnlich. Zu einer gründlicheren wissenschaftlichen Ausbildung verhalf ein Stipendium des British Council, dem eine Anstellung am Department of Pharmacology and Therapeutics, University of Sheffield folgte. Dort hatte Sir Hans Adolf Krebs 15 Jahre zuvor durch Prof. Wayne Aufnahme gefunden und die mit dem Nobelpreis ausgezeichneten Arbeiten durchgeführt. Herr Prof. Renschler entschied sich für eine Rückkehr nach Deutschland und ging am 1.1.1956 zu Schwiegk, einem Schüler von Öhme, nach Marburg. Unter Anwendung der in England erworbenen Methoden wurden Untersuchungen zum Wasser- und Elektrolythaushalt durchgeführt. Die klinische Tätigkeit konzentrierte sich auf die Kardiologie, die damals gerade begann, sich über das EKG hinaus zu entwickeln. An der Klinik von H. E. Bock erfolgte unter Schölmerich die Einführung in die Technik des Herzkatheters. Er kehrte 1962 nach Heidelberg zu seinem früheren Lehrer Plügge zurück und konzentrierte sich auf ein nierenphysiologisches Thema, den Transport der Glukose. Mit den Ergebnissen dieser Untersuchungen wurde ihm am 23.7.1964 die *venia legendi* erteilt. 1966 konnte er als einziger deutscher Kliniker auf dem Weltkongress der Nephrologie berichten. Diese Erfahrungen und besonders die bei Ullrich am Physiologischen Institut in Berlin bestimmten sein weiteres Verständnis für die Qualität der Wissenschaft. Prof. Rudolf Groß, zu dem er im August 1965 als Oberarzt an die Medizinische Klinik Köln gegangen war, genehmigte nicht die Teilnahme an einem Kurs über Ausbildungsmethoden bei George Miller in Chicago, mit dem er bei der 1966 an den Kongress in Washington anschließenden Studienreise Kontakt aufgenommen hatte.

Einstieg in die Methodenlehre der ärztlichen Ausbildung

An der Medizinischen Fakultät Köln führte sein Interesse an Unterrichtsfragen zur Aufnahme in die Baukommission mit dem besonderen Schwerpunkt der Gestaltung der Unterrichtsräume. Er begründete eine Arbeitsgruppe für Unterrichtsfragen, die zusätzlich die Umsetzung der Approbationsordnung von 1970 betrieb. Herr Prof. Renschler konzentrierte sich zunehmend mehr auf die Methodik der Ausbildung und erhielt von der Stiftung Volkswagenwerk Mittel zur Entwicklung eines audiovisuellen Kurses für die Auskultation des Herzens. Dieser wird noch heute in Berlin eingesetzt. Eine Bestätigung der Richtungsänderung in seiner Laufbahn und eine Erweiterung seiner Erfahrungen erfuhr er im Februar 1972 durch einen Gastaufenthalt bei Graham Wilson in Glasgow, wo er mit Harden, der bald danach nach Dundee berufen wurde, zusammenarbeitete. Der erste Versuch einer hauptamtlichen Tätigkeit auf dem Gebiet der medizinischen Ausbildung begann mit der Wahl im März 1972 zum Hauptabteilungsleiter Medizin bei der Gründung des Institutes für Medizinische Prüfungsfragen in Mainz. Über die Aufnahme einer Verbindung mit dem amerikanischen National Board of Medical Examiners, die bis heute noch nicht besteht, entwickelte sich ein Streit mit dem soeben berufenen Direktor Krämer, der diese als eigenmächtige Handlung verbieten wollte. Die Absicherung der Selbständigkeit in wissenschaftlichen Fragen, die in der Ausschreibung vom 2. 12. 1971 zugesichert war und die vom Verwaltungsrat zugestanden wurde, führte zum Rücktritt am 12.6.1972. Konsequenterweise wurde in der Neuausschreibung der Stelle eines Abteilungsleiters diese Bedingung auf "wissenschaftliches Interesse verlangt" reduziert. Die Unfähigkeit, sich den eigenen Wertvorstellungen entgegenstehenden Bedingungen unterzuordnen ist typisch für ihn und ist an mehreren Beispielen nachzuweisen. Alle Oberarztkollegen und Dozenten der Kölner Medizinischen Klinik reagierten am 2.6.1972 auf die drohende Abwanderung nach Mainz mit einer Eingabe an den Dekan, in der sie die Institutionalisierung des Faches "Ausbildungsforschung" mit der Einrichtung eines Lehrstuhles und einer eigenen Bettenabteilung im Umfang von 20 - 30 Betten forderten. Der Direktor der Medizinischen Klinik schlug ergänzend vor, die Zahl dieser Betten aus allen Kliniken abzuzweigen, da der auf diese Position berufene Hochschullehrer auch aus allen klinischen Disziplinen berufen werden könne. Zeitlich überschritten sich die Verhandlungen über die Tätigkeit am IMPP mit der am 19.2.1972 eingereichten Bewerbung und der späteren Berufung nach Bonn.

Gründung des Instituts für Didaktik der Medizin der Universität Bonn

Die Gründung des Institutes fiel gerade noch in eine Zeit, in der sich die Ölkrise noch nicht ausgewirkt hatte. Für die jetzige Generation kommt es wie ein Märchen vor, daß es bei der Neuberufung Haushaltsmittel gab, die nicht von denen der Kollegen abgezweigt werden mußten. Die Durchführung der ersten Veranstaltung "Unterstützung der medizinischen Ausbildung durch Einsatz audio-

visueller Medien" am 10. Oktober 1974 wurde vom damaligen Kanzler der Universität für die kurzfristig notwendig gewordene Verbesserung der Installationen mit den erforderlichen Mitteln honoriert, auch die Firma Bayer unterstützte das Symposium. Auch sonst erfolgten Förderungen durch die Industrie, ohne daß sie an den Verkauf eines Präparates oder an das Befolgen der Beratung gekoppelt waren. Das Forschungsministerium vergab Aufträge in grosser Höhe und auch die Förderung durch die DFG im Normalverfahren war möglich. In den ersten 5 Jahren wurden Drittmittel in einer Gesamtsumme von 3,2 Millionen DM gewonnen. Die Biographie entspricht bis zum 30. Juni 1990 der Geschichte des mit der Emeritierung geschlossenen Institutes, die wissenschaftlichen Leistungen sind aber damit keineswegs zu Ende.

Computereinsatz in der ärztlichen Ausbildung

Noch in Köln begann er sich für den Einsatz der Datenverarbeitung im Unterricht zu interessieren. Die Teilnahme im Oktober 1971 am ersten Kurs bei Häffner in Freiburg wurde gestattet und lieferte erste Grundlagen auf diesem Gebiet. Nach der Berufung nach Bonn hatte er Erfolg mit der Bewerbung um Mittel beim Bundesministerium für Forschung und Technologie. Die im April 1974 zunächst großzügig genehmigte Förderung wurde zum Jahresende 1976 aus politischen Gründen gerade zu dem Zeitpunkt abrupt gestoppt, als die ersten Einsätze im Unterricht begonnen hatten. In sehr viel kleinerem Umfang konnten die Arbeiten auf der Rechenanlage der Universität weitergeführt werden. Die Erfahrungen reichten noch 1989 zum Grundlagenreferat auf einer internationalen Tagung über Computer in der Ärzteausbildung. Eine Fortsetzung der unterrichtstechnischen Entwicklung erfolgte in der Universitäts-Frauenklinik Tübingen in Form von computerisierten Fallsimulationen. Die angestrebte Zusammenarbeit mit den Bonner Fakultätsmitgliedern kam nur in sehr geringem Umfang zu Stande. Dies galt auch für die Beteiligung an der Organisation und Durchführung des konventionellen Unterrichts, so daß er das Ausscheiden aus der Unterrichtskommission vollziehen mußte.

Entwicklung und Einsatz von Medien für den studentischen Unterricht und als Mittel für die Untersuchung des Lernverhaltens

Die Notwendigkeit, alle im Unterricht wirksamen Faktoren zu formulieren stellte für ihn eine Herausforderung dar, deretwegen er sich den mediengebundenen Lehrmethoden zuwandte. Als weitere Attraktion wirkte sein technisches Interesse. Die zu dieser Zeit in Mode gekommene programmierte Instruktion griff er zunächst auf, folgte aber nicht deren Regeln, sondern entwickelte seine Programme zum strukturierenden Lernen. In dem so objektivierten und in konstanter Form wiederholbaren Unterricht sah er eine Möglichkeit zu kontrollierten Lehrversuchen, wie sie in den Jahren nach 1975 am Institut in Zusammenarbeit

mit den Psychologen Burkhard und Freibichler erfolgreich durchgeführt wurden. Inhaltlich konnte auf die klinische Erfahrung als Kardiologe und die wissenschaftlichen Arbeiten in der Nephrologie zurückgegriffen werden.

Tätigkeit in der ärztlichen Fortbildung

Das Ziel des von ihm aufgebauten Institutes war, durch Verbesserung der Prozesse des Lehrens und Lernens zu einer Verbesserung der medizinischen Versorgung beizutragen. Er hatte die Vermutung, daß das Studium in geringerem Umfang die Qualität ärztlicher Handlungen bestimmt, als dies gemeinhin angenommen wird. Erst nach der Emeritierung konnten orientierende empirische Untersuchungen zu dieser Frage begonnen werden. Augenscheinlich war aber schon 1976, daß die Verbesserung der ärztlichen Fortbildung ein sehr viel direkteres Erreichen des Zieles des Institutes ermöglichen würde. Eine im Auftrag der Bundesärztekammer im Herbst 1977 für deren Vorstand durchgeführte Studienreise in die USA zeigte nicht nur das dortige große Interesse, sondern auch den im Vergleich zu den Fakultäten sehr viel grösseren Einsatz der Leiter der ärztlichen Fortbildung und die grössere Beweglichkeit. Bei einer Besprechung im Ministerium für Wissenschaft und Forschung am 22.8.1979, bei dem über die Ermittlung der pädagogischen Eignung von Hochschullehrern auf Anregung des Bundesministeriums für Bildung und Wissenschaft im Zusammenhang mit dem Erlaß der Landesregierung zur Errichtung von hochschuldidaktischen Zentren vom 11.1.1979 diskutiert wurde, erschien die zukünftige Stellung und Entwicklungsmöglichkeit des Bonner Institutes im Rahmen der Hochschulen als wenig aussichtsreich. Unter Berufung auf Artikel 5 des Grundgesetzes über die Freiheit von Forschung und Lehre nahm das Institut das Angebot der Landesärztekammer Hessen an, sich an der Verbesserung der Methodik der ärztlichen Fortbildung zu beteiligen. Die Zusammenarbeit mit dem damaligen Leiter, Dr. Kerger, fand in einer seltenen Übereinstimmung der Ziele und Methoden einen Niederschlag. Im Auftrag der Bundesärztekammer nahm er an 2 Weltkongressen für die ärztliche Fortbildung in Palm Springs, Kalifornien, teil. Sein Bericht, der im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht wurde, fiel in die Zeit des Beginns einer grundsätzlichen Änderung der Methoden der ärztlichen Fortbildung. Da ihm dieser Fortschritt in der Europäischen Akademie nicht gesichert schien, trat er aus deren wissenschaftlichem Beirat aus, was sich aber inzwischen als voreilig erwies.

Mit der Vorbereitungstagung der Referenten der Notdienstseminare am 2. 2. 1980 durch das Institut für Didaktik der Medizin Bonn setzte eine bis über die Auflösung des Institutes dauernde Zusammenarbeit ein. Sie wurde von den Mitarbeitern Dr. Burkhard und Dr. Freibichler mitgetragen und von der KV Hessen unterstützt. Das mit dem Leiter der Akademie für ärztliche Weiterbildung und Fortbildung in Bad Nauheim, Dr. Kerger vereinbarte gemeinsame Ziel, daß die Entwicklung unter Anpassung an die Bereitschaft der Referenten zu einer ständigen

Verbesserung führen müsse, konnte über lange Jahre eingehalten werden. Die Ablehnung des Vorschlages der Bundesärztekammer durch den Deutschen Ärztetag in Würzburg im Jahre 1989 führte zu einer Krise der ärztlichen Fortbildung. Gründe dafür waren einerseits die Ablehnung jeglicher Regelung, andererseits die Erkenntnisse über die fehlende Auswirkung der traditionellen Fortbildungsvorträge auf die ärztliche Praxis. Auf der Grundlage der eigenen Erfahrungen, der Ergebnisse und der Einblicke in die lerntheoretischen Grundlagen konnte er ein Modell für die Arbeit in Qualitätszirkeln entwickeln und durch Umfragen bestätigen. Die Veröffentlichungen erfolgten in der Schweiz und wurden dort aufgegriffen. Herr Prof. Renschler wurde in den Stiftungsrat der in Schaffhausen gegründeten Akademie für Fortbildung berufen, die 1995 eingerichtet wird. In Verbindung mit seinen Erfahrungen im Bibliothekswesen und im Informationsmanagement entwickelte er einen den zukünftigen Anforderungen Rechnung tragenden Plan. In Deutschland setzten mit Unterstützung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen unter der Obhut des neuen Fortbildungsreferenten Dr. Ollenschläger, mit dem er in persönlicher Verbindung steht, eine umfassende Änderung der Fortbildung mit der Entwicklung lokaler Arbeitsgruppen ein. An ihr beteiligen sich jetzt zahlreiche Institutionen und haben zur Einrichtung einer Veranstaltung "Train the Trainer" geführt, die in Deutschland der Entwicklung der Methodik des Medizinstudiums weit voraus ist.

Auslandskontakte

Die angestrebte Orientierung an einem weltweiten Stand der Wissenschaft ist ihm wie keinem anderen deutschen Ausbildungsforscher gelungen. Grundlage war zunächst der Kontakt mit Personen und Einrichtungen in Großbritannien, wo er Mitglied der Fachvereinigung Association for the Study of Medical Education war. In Verbindung mit dem British Council organisierte er und das von ihm geleitete Institut Arbeitstagungen und Studienreisen. Ein enger Kontakt bestand zu der von der Weltgesundheitsorganisation in Anspruch genommenen Ausbildungseinrichtung der British Medical Association in London. Durch zahlreiche Studienreisen und die Teilnahme an Arbeitstagungen entwickelte sich ein enger Kontakt mit Bildungseinrichtungen und Organisationen in den Vereinigten Staaten. Diese führten zur Teilnahme an Konferenzen der OECD über die Bildung der Ärzte in Frankreich und Spanien. Herr Prof. Renschler hatte den Vorsitz einer Sitzung auf der zusammenfassenden Abschlußtagung in Stockholm. Durch Vermittlung des amerikanischen Fakultätenverbandes, Association of American Medical Colleges (AAMC), bei dem er Mitglied geworden war, wurde er zu einer Tagung über die Studienreform im Juli 1984 nach Chile eingeladen. In der Folge entstand ein anhaltender Kontakt mit dem Dekan der Harvard Medical School, bei dem das von ihm aufgestellte Modell des Fallsystems besprochen wurde. 1989 wurde er eingeladen dieses Modell auf der Jahrestagung des AAMC in einer

Gruppendiskussion vorzustellen. Die Teilnahme an einer Konferenz über die Evaluation des Postgraduiertenstudiums im Jahre 1991 nach China war die Folge der Betreuung einer chinesischen Reisegruppe in Deutschland durch das Institut für Didaktik der Medizin auf Veranlassung des Weltverbandes für die medizinische Ausbildung. Die dabei hergestellte Verbindung hält bis zur Gegenwart an.

Auf der Grundlage neuer internationaler Entwicklungen über die Bedeutung und Gestaltung des selbstgesteuerten Lernens und des von ihm definierten Lernen nach dem Fallsystem konzipierte er neue Methoden der ärztlichen Fortbildung. Dieses Konzept konnte durch Befragungen bei den Teilnehmern an Fortbildungsveranstaltungen als machbar bestätigt werden. Die Publikation wurde in Deutschland abgelehnt und erfolgte in der Schweiz, was zur Einladung zur Beteiligung bei der Einrichtung von Fortbildungsakademien in der Schweiz führte.

Mitarbeit und Erfahrungen beim DAAD

Das aus eigener Initiative auf Grund einer Anzeige gewonnene Stipendium des British Council prägte sein Leben über den Einfluß des Elternhauses hinaus. Schon während des Krieges konnte er mit seinem Streben nach einem unabhängigen Aufenthalt in der Welt Aufforderungen zum Eintritt in politische und militärische Organisationen abwehren. Die Bewerbung um ein Stipendium hatte aber überwiegend einen finanziellen Hintergrund. Nach der Währungsreform von 1948 konnten ihm seine Eltern keine Hilfe mehr zukommen lassen. Er mußte daher unmittelbar Arbeit, zunächst als Bauhilfsarbeiter, später als Kraftfahrer aufnehmen. Es war eine große Seltenheit, daß er unmittelbar nach dem Examen eine Anstellung an der Medizinischen Poliklinik Heidelberg, wo er mit den ersten Arbeiten für die Dissertation begonnen hatte, erhielt. Die Bezahlung betrug 50 DM pro Monat, wurde aber nach dem Erhalt der Vollapprobation auf 250 DM angehoben. Er sah wenig Aussicht für eine angestrebte Ausbildung in einem Grundlagenfach. Eine solche wurde ihm allerdings später für die Heidelberger Pathologie angeboten. Ein Auslandsaufenthalt war 1953 für einen jungen deutschen Wissenschaftler noch eine große Seltenheit. Die vom British Council wie üblich getroffene Wahl und Bereitstellung des Arbeitsplatzes für einen "Scholar" erwies sich als fruchtbar und führte zu lebenslangen fachlichen und persönlichen Beziehungen. Sheffield hat als "Redbrick University" keinen hohen wissenschaftlichen Rang, wurde aber unmittelbar nach der Ankunft durch die Verleihung des Nobelpreises an Hans Adolf Krebs ausgezeichnet. Der Leiter des Departments of Pharmacology and Therapeutics, an dem er untergebracht war, hat Krebs nach seiner Emigration aus Deutschland aufgenommen und gefördert. Durch die Beschaffung von Radioisotopen hat Prof. Sir Edward Wayne Krebs die Durchführung seiner Forschungen, die zur Entdeckung des "Krebs Zyklus" geführt haben, in seinem Labor ermöglicht. Dadurch bestand eine anhaltende Beziehung, auch als Krebs ein eigenes Institut in

Sheffield erhalten hatte und nach der Verleihung des Nobelpreises nach Oxford berufen worden war. Krebs war einer der ersten Emigranten, dem ein Besuch in Deutschland möglich war. Bei dieser Gelegenheit war ihm Herr Prof. Renschler in Heidelberg von dem früheren British Council Stipendiaten Fleckenstein, der ein Jahr zuvor bei Krebs geforscht hatte, vorgestellt worden, was zu weiteren Begegnungen in Sheffield im Institut und beim Mittagstisch in der Mensa führte.

Die Technik der Benutzung von Radioisotopen war der Gegenstand der Studien in England, das damals auf diesem Gebiet führend war. Der British Council sicherte auch die Teilnahme an einem Kurs am englischen Atomforschungszentrum Harwell zu einer formalen Ausbildung, die sich noch 10 Jahre später bei nierenphysiologischen Untersuchungen nützlich erwies.

Reflexionen über den Nutzen des eigenen Auslandsaufenthaltes und die fortgesetzten Auslandskontakte begründeten seinen Einsatz als Gutachter beim DAAD für die Region Nordeuropa und bei gelegentlicher Mitarbeit bei den Auswahlverfahren des British Council. Die dabei geforderte interdisziplinäre Zusammenarbeit mit allen Hochschulfächern waren die einzige Gelegenheit, bei der er sich der Stellung als Professor bewußt wurde, während viele Familienmitglieder schon früh ihn als typischen deutschen Professor charakterisierten und seine landsmannschaftliche Prägung noch herausstellten. Es war ihm zur Gewohnheit geworden, seine Arbeiten einer reflektierenden Analyse zu unterziehen, so auch die bei den Auswahlverfahren des DAAD mit Einbezug der Bewertung der vorgelegten Bewerbungsunterlagen und besonders der Gutachten der Hochschullehrer.

Eigene Lehrveranstaltungen

Ein Medizindidaktiker kann nicht arbeiten ohne eigene Erfahrung in der Lehre und in seinem medizinischen Fach. Anfänglich erfolgte dies besonders in der Kardiologie. Die auf den Grundkurs aufbauenden weiterführenden Kurse, die zunächst Life mit Einsatz des Herzschallsimulators erfolgten, dienten der Vorbereitung weiterer formaler Gestaltung. Ein besonderer Gewinn für die Praxisnähe brachte der über viele Jahre gepflegte Einsatz bei ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen anlässlich der Karlsruher Therapiewoche und in Berlin. Trotz des Anrufens des Bildungsministeriums und des Stifterverbandes gelang es nicht mehr, die Lektionen 2-5 des Grundkurses in eine Videofassung zu bringen oder weitere Medien einzusetzen. Für die Benutzung des Computers zur Generierung akustischer und dreidimensionaler Simulationen fand sich sogar ein darin qualifizierter Physiker, die Mittel waren aber nicht aufzubringen und die noch im letzten Dienstjahr angesetzte Zusammenarbeit mit der Bonner Kardiologie scheiterte daran, daß die an die Kardiologie ausgeliehenen Assistenten von dort nicht mehr frei gegeben wurden.

Die Kurse in englischer Sprache als Beispiel des PBL

Auf Vorschlag seines Kölner Chefs begann er mit dem Abhalten von Kursen in englischer Sprache. Diese wurden zunächst in traditioneller Form lehrerzentriert gestaltet. Die zunehmende Verfügbarkeit von schriftlichem, später besonders audiovisuellen Lehrmitteln erbrachte den Vorteil der Einführung von Lerninhalten, bei denen England und Nordamerika weit in Führung lagen. Hier sei an das in Deutschland noch heute weitgehend unbekannt Problemorientierte Krankenblatt oder sozialmedizinische Aspekte erinnert. Der Kurs wurde zunehmend in einen von Studenten gesteuerten Kurs nach dem Prinzip des PBL umgewandelt. Hilfreich war die Benutzung von Material, das direkt von der McMaster-Universität bezogen wurde und zu anhaltenden Kontakten mit den dort führenden Wissenschaftlern führte. Ein Student konnte als Ergänzung seiner Seminararbeit in Zusammenarbeit mit Norman Befragungen der Studenten von McMaster durchführen, die in der Klinische Wochenzeitschrift veröffentlicht werden konnten. Eine andere, sozialbezogene Ergänzung einer Reihe von Seminararbeiten, die eine Studentin in eigener Regie weitergeführt hatte, wurde im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht und diente der Deutsch-Deutschen Ärztekommision als Material zum internationalen Vergleich des Schwangerschaftsabbruchs. Eine ausführliche Beschreibung der Entwicklung des Seminars erfolgte in der Zeitschrift "Medizinische Ausbildung". Bemerkenswert erscheint, daß die Studenten dieses Seminars zu einer solchen Selbständigkeit gebracht worden waren, daß sie nach dem Verschwinden innerhalb von 6 Wochen nach Semesterende sowohl des Lehrers als auch aller materiellen Bedingungen, die das Institut geboten hatte, bei Beginn des nächsten Semesters die Gruppenarbeit aus eigener Initiative fortsetzten. Erfreulicherweise übernahm der aus den USA gekommene Professor Urban die weitere Betreuung des Seminars. Eine besondere Bereicherung erfuhr das Ehepaar Renschler durch die Durchführung von insgesamt 15 einwöchigen Seminaren in englischer Sprache für Ärzte und Studenten aus Entwicklungsländern, zu denen sie in eine engere Verbindung gebracht wurden. Die sprachliche Ergänzung konnte Frau Renschler aus ihrer mehr als zwanzigjährigen Erfahrung in der Volkshochschule einbringen. Umgekehrt beteiligte sich der Ehemann an den 4 Exkursionen nach England und den USA, die die Volkshochschulkurse ergänzten.

Bibliotheksarbeit in der Deutschen Zentralbibliothek, Rücktritt und späte Folgen

Aus einer wechselseitigen Beziehung heraus entwickelte sich in Köln ein Kontakt zur medizinischen Bibliothek, die während dieser Zeit zu einer der 4 deutschen Zentralbibliotheken wurde. Daraus ergab sich die Berufung als Vorsitzender des Beirates, was eine Intensivierung der Beschäftigung mit dem Bibliothekswesen mit sich

brachte. Das Sammeln alter medizinischer Literatur über die Methoden der ärztlichen Untersuchung begann noch in der Zeit der aktiven kardiologischen Tätigkeit und setzte sich danach auf Bücher über die ärztliche Ausbildung fort. Aus Protest gegen die mangelnde Unterstützung der Bibliothek und dem Versagen einer Vorbereitung auf das Zeitalter der elektronischen Publikationen trat er jedoch von diesem Posten zurück. Die Beschäftigung mit Bibliotheksfragen, die in ständigem Kontakt mit der inzwischen mit dem Titel einer Deutschen Zentralbibliothek für Medizin versehenen Einrichtung wurde, steigerte er trotzdem, was zu dem bisher vergeblichen Versuch einer Verbesserung der Schulbibliotheken führte. Daraus ergab sich eine Aufnahme der Literaturbearbeitung mit elektronischen Mitteln in die Seminare für die Schulung der Fortbildungsreferenten der Ärztekammern. Er wird in diesem Rahmen 1995 ein Praktikum abhalten. Auch von einer in der Schweiz in Gründung befindlichen Fortbildungsakademie wurde Prof. Renschler beauftragt, die Bibliothek mit modernster Kommunikationstechnik zu planen und einzurichten.

Auseinandersetzung mit den theoretischen Grundlagen und der Geschichte der ärztlichen Ausbildung

Hieraus ergab sich das Lernen nach dem Fallsystem. Renschler definierte 6 Komponenten, die er inzwischen auf 7 erweitert hat:

1. Demonstration von Patienten im Vortrag
2. Freier Zugang zu Patienten
3. Betreuung echter Patienten
4. In die Praxistätigkeit integrierter Wissen serwerb
5. Bewertung der dokumentierten Arbeit der Studenten durch experte Lehrer
6. Mitarbeit bei Forschung
7. Laufende Evaluierung des Lernerfolgs der Studenten und der Leistung der Lehreinrichtung zur Rückmeldung an die Institution und Umsetzung in eine laufende Verbesserung der Ausbildung.

Er fand, daß alle vorher von ihm festgelegten Neuerungen der Ausbildungsmethodik zwischen 1580 und 1990 während der Zeit von Freiheitskriegen, Revolutionen, Revolten, Aufständen oder von umwälzenden sozialen Reformen in den jeweiligen Ländern stattgefunden haben.

Wissenschaftsgeschichte

Die Abhängigkeit der deutschen Universitäten von den politischen Bedingungen aus der ersten Analyse der Relation Studenten/Dozenten über 100 Jahre wurde schon 1964 erkannt. Dies führte zu weltweiten Betrachtungen und Analysen der sozialen, finanziellen und politischen Struktur von Hochschulen und von fachwissenschaftlichen Organisationen.

Auflösung des Institutes für Didaktik der Medizin der Universität Bonn mit der Emeritierung

Durch den Erlass von 1984 wurden zunächst vier Stellen eingespart, und damit die Arbeitsfähigkeit des Institutes in Forschung und Unterricht stark eingeschränkt. Die Auflösung wurde mit der Emeritierung von Herrn Prof. Renschler besiegelt. Mit dem 1.11.1985, kurz nach Beginn des Wintersemesters, mußte die Mediothek, für deren Benutzung sich bis zu 200 Studenten eingeschrieben hatten, geschlossen werden. Dies führte zu einem von 600 Studenten unterschriebenen Protestschreiben an das Ministerium.

Arzt-Patientenbeziehung, Gesprächsführung, Lehrbuchbeiträge

Trotz der starken technischen Orientierung befaßte sich er mit der Arzt-Patientenbeziehung wieder aus Reflexion über sein ärztliches Handeln, dem er trotz der Beschäftigung mit unterrichtsmethodischen Arbeiten verhaftet blieb. Er sieht diese Verbindung als Voraussetzung für eine Beschäftigung mit der Ausbildung in der Medizin an, da nicht der gesamte Inhalt verbal vermittelt werden kann, sondern nur durch eigene Erfahrung erworben werden kann, was im englischen Sprachbereich als "tacit knowledge" bezeichnet wird.

Ausgehend von der Übersetzung einer amerikanischen Anleitung des ärztlichen Interviews und der Anwendung des damit erworbenen Wissens in der Praxis leitete er die Berechtigung ab, der Einladung der Bonner Kollegen zu folgen und das Kapitel zur ärztlichen Gesprächsführung "Erhebung der Anamnese" auch bei der Neuauflage des Lehrbuches "Allgemeine physikalische und klinische Untersuchungen" zu schreiben.

Hobby: Anpflanzen und Pflege von Bambusarten

Obwohl er immer treu seinen eigenen Prinzipien war, entwickelte er eine Liebe für Bambuspflanzen. Die auf 15 Arten angewachsene Sammlung droht inzwischen die Grundstücke der Familie zu überwuchern, wird aber von der großzügigen Ehefrau noch toleriert.

Entwicklung von Gruppen und Zusammenarbeit in der Familie

Schon zur Studentenzeit praktizierte Renschler die Gruppenbildung, die nach seinen Plänen zur Neuorganisation des besonders bei Linksintellektuellen berühmten Heidelberger Studentenwohnheims Collegium Academicum führte. Die deswegen nach ihm benannte Gruppe trifft sich noch heute regelmässig. Die Spannweite dieser universitären Einrichtung, die wegen der Aktionen der Studenten und aus Neid um das Gebäude 1978 mit dem Ein-

satz von 1500 Polizisten aufgelöst wurde, zeigt sich darin, daß der zur Studienzeit von Renschler leitende Professor der Doktorvater von Bundeskanzler Kohl war und von diesem aus Anlass des 90. Geburtstages eine öffentliche Dankesschrift für die Leistung der damaligen Erziehung erhielt. Durch die von Renschler organisierten regelmäßigen Besprechungen bildeten die Oberärzte der Kölner Medizinischen Klinik eine aktionsfähige Arbeitsgruppe. Dies unterstützte seine Bemühungen um eine Entwicklung des Faches Methodenlehre der ärztlichen Ausbildung, half aber auch spontan bei einem Gerichtsverfahren, das er 1981 gegen die beleidigenden Veröffentlichungen eines früheren Mitarbeiters einleitete.

Es ist verständlich, daß sich unter den 4 Kindern und ihren Familien eine Zusammenarbeit entwickelt hat, von der alle einen Vorteil genießen. Dank der Unterstützung durch seine Frau und seine Kinder sind die von seinem früheren Lehrer H. E. Bock als Pionierleistungen bezeichneten Entwicklungen und die Fortsetzung der wissenschaftlichen Tätigkeiten trotz Isolierung von der Universität Bonn möglich gewesen.

Von gesundheitlichen Problemen blieb Herr Prof. Renschler nicht verschont. Um so erstaunlicher ist die unge-

heure noch immer sprühende Vitalität und Schaffenskraft, die sich Herr Prof. Renschler bis zum heutigen Tage bewahrt hat. Mit ihm zu diskutieren ist stets ein Erlebnis und die kritische Auseinandersetzung mit den Inhalten der ärztlichen Aus- und Weiterbildung und ihrer Methodologie empfinde ich stets als sehr anregend. Sein wissenschaftliches Engagement und seine besondere Lebensfreude wirken sehr ansteckend. Ich fühle mich in der Begegnung mit ihm beschenkt und reicher. Ich wünsche Herrn Prof. Renschler einen schönen und festlichen Geburtstag, den er im Kreis seiner Familie, Verwandten und Freunde in den USA bei seinem Sohn Markus am 19.4.1995 feiern wird und viele weitere schöne gesunde Jahre mit seiner großen Familie.

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Ute Fuchs
Institut für Ausbildungsforschung und Studienangelegenheiten (IfAS) der Medizinischen Fakultät der Universität Münster
von-Esmarch-Str. 56
D 48149 Münster

AUSLANDS - STUDIENAUFENTHALTE - ERSTREBTES, ERLEBTES UND ERREICHTES *

DIETRICH HABECK, MÜNSTER

Zusammenfassung

Bessere Ausbildungsbedingungen, Vertiefung von Fremdsprachenkenntnissen und Kennen- und Verstehenlernen der aktuellen Situation einschließlich des Gesundheitswesens, der Lebensformen und kulturellen Eigenheiten anderer Länder sind wesentliche Gründe, welche Studierende der Medizin zu Auslandsstudienaufenthalten motivieren. Diese führen zudem oft zur Entstehung von persönlichen Beziehungen und Freundschaften. Der Autor schildert seine in den 80er Jahren begonnenen Aktivitäten, die in ERASMUS-Programme mit Lille und Cardiff (ab 1994 auch Oulu und Padua) einmündeten, 3 internationale Seminare betrafen und Intensivfamulaturen in den USA und in Großbritannien umfassen. Außerdem entstanden Beziehungen zur Medizinischen Akademie in Warschau mit einem gegenseitigen Austausch von Studierenden und zu Kontakten mit Vertretern der Medizinischen Akademie in Riga. Ein Ziel der verschiedenen Initiativen war, über diese Begegnungen und Freundschaften zwischen jungen Menschen, einen Beitrag zur Aussöhnung zwischen Frankreich und Deutschland und zwischen Polen und Deutschland zu leisten.

Studies in Foreign Countries - Intentions, Experiences and Achievements

Better training conditions, improvement of the knowledge of foreign languages and the comprehension of the current situation including the medical system, the way of life and the cultural diversities are the main reasons which motivate medical students to spend part of their studies in a foreign country. Often these stays lead to personal relations and friendships. The author describes his activities which started in the 80s and resulted in ERASMUS programmes

Studierenden der Medizin kann es heute leichter fallen, einen Studienaufenthalt in einer ausländischen Ausbildungsstätte zu finden als durch Studienplatztausch an eine andere deutsche medizinische Fakultät zu wechseln. Zumindest in Münster konnte ich im Laufe des letzten Jahrzehnts eine deutliche Zunahme der Mobilität unserer Studierenden beobachten.

Persönlich interessierte ich mich zunächst für eine Beziehung nach Frankreich. Dort war ich von 1945 bis 1948 in der Normandie in Kriegsgefangenschaft. Bereits 1966 war zwischen den Universitäten Lille und Münster ein Partnerschaftsvertrag abgeschlossen worden. Diese Verbindung nutzte ich im Juli 1979 als sei-

Séjours d'étude à l'étranger - Projets, vécus, aboutissements

Les meilleures conditions de formation, le perfectionnement des langues étrangères, la connaissance et la compréhension de la situation actuelle, y compris l'administration de la santé, des formes de vie et des individualités culturelles d'autres pays sont les raisons essentielles motivant les étudiants en médecine à suivre des séjours d'étude à l'étranger. Ceux-ci sont souvent à l'origine de relations personnelles et d'amitiés. L'auteur nous parle de ses activités qui débutaient dans les années 80 et qui aboutissaient aux programmes ERASMUS avec Lille et Cardiff (et depuis 1994 également avec Oulu et Padoue), qui concernaient 3 séminaires internationaux et qui comprennent des assistanats intensifs aux USA et en Grande Bretagne. De plus, de nouvelles relations se formaient avec l'Académie de Varsovie et d'autres avec l'Académie de Médecine de Riga. Un but de ces multiples initiatives était de contribuer à travers ces rencontres et amitiés entre jeunes gens à la réconciliation entre la France et l'Allemagne et entre la Pologne et l'Allemagne.

with Lille and Cardiff and in 1994 with Oulu and Padova, and into three international seminars and intensive electives in the United States and the United Kingdom. Moreover, relations to the Medical Academy in Warsaw were settled with a mutual exchange of students and contacts with members of the Medical Academy of Riga. The goal of these activities was to contribute to the reconciliation between France and Germany and Poland and Germany by the meetings and friendships between young people.

nerzeitiger Dekan unserer Medizinischen Fakultät zu einem ersten Besuch der Universität Lille II (die alte Universität Lille war inzwischen in drei Universitäten untergliedert worden, wobei Gesundheit und Recht (Santé et Droit) in Lille II eingingen. Dort überraschte mich ein unerwartet freundlicher Empfang sowohl an der Universität Lille II als auch in der Medizinischen Fakultät. Schnell kam es zu ersten persönlichen Bekanntschaften mit einigen Kollegen und dem Kanzler. In der Folgezeit schlossen sich bald ein Informationsaufenthalt von etwa 10 Studierenden aus Lille in Münster und die ersten Studienaufenthalte von Studierenden unserer Fakultät in Lille an. Diese wurden später für 6

* Meinen beiden Freunden in Frankreich und Polen, Herrn Prof. Dr. M. Donazzan in Lille und Herrn Prof. Dr. W. Tysarowski in Warschau, in Dankbarkeit gewidmet für die so erfolgreiche Zusammenarbeit.

Studierende im Rahmen der Integrierten Auslandsstudien vom DAAD gefördert.

Um 1980 hatte außerdem Herr Prof. Dr. H. Losse, der seinerzeitige Direktor unserer Medizinischen Poliklinik, persönliche Beziehungen zu Mitgliedern der Welsh Medical School geknüpft und sich dafür eingesetzt, daß dort jährlich zwei münsteraner Studierende neben solchen aus Hannover aufgenommen wurden. Dieses Projekt hatte er mir zwei Jahre später übertragen, und es wurde vom DAAD ebenfalls als Integriertes Auslandsstudium aufgenommen. Nach Auslaufen dieser unmittelbaren DAAD-Förderung wurden 1990 schließlich beide Projekte in ERASMUS-Programme übergeleitet.

Inzwischen war das Interesse für die 2 Plätze in Cardiff und 6 (später 8) Plätze in Lille so gestiegen, daß wir schon Ende der 70er Jahre Auswahlgespräche eingeführt haben. Teilnehmer daran waren außer mir zeitweise der Auslandsdezernent unserer Universität, Herr Dr. Wilske, und/oder andere Mitglieder der Fakultät und einige „Ehemalige“, d.h. Studierende, die zuvor ein Studienjahr in Cardiff bzw. Lille absolviert hatten. Bei diesen Gesprächen, die vorwiegend in der jeweiligen Landessprache geführt werden, geht es um eine grobe Überprüfung der Fremdsprachenkenntnisse und Landeskunde sowie einiger Kenntnisse über Münster und unserer Universität.

Wesentliche Inhalte der Studienaufenthalte in Lille und Cardiff bzw. in Münster sind die zumeist zweimonatigen klinischen Praktika in verschiedenen Fächern in den Universitätskliniken oder in affilierten Krankenhausabteilungen. Die gegenseitige Anerkennung derartiger Praktika ergab außerdem die Grundlage für die notwendigen Äquivalenzregelungen der Studienleistungen, für welche in der Folgezeit die europaweiten ECTS-Aktivitäten anliefen.***) Befriedigende Äquivalenzregelungen bilden eine wesentliche Voraussetzung für die Mobilität von Studierenden, da Auslandsstudienaufenthalte nicht mit einer Verlängerung der Studiendauer einhergehen dürfen. Insgesamt konnten bislang etwa 90 münsteraner Medizinstudierende nach Lille und 30 nach Cardiff vermittelt werden.

Nicht nur zwischen den Studierenden der Medizinischen Fakultäten in Lille und Münster besteht ein reger Austausch, sondern jährlich erfolgen 1-2 gegenseitige Besuche zum Erfahrungsaustausch zwischen Mitgliedern der Fakultät und dem Kanzler bzw. dessen Vertreter. Diese haben teilweise auch zum Entstehen enger persönlicher Beziehungen bzw. Freundschaften geführt. Nicht zuletzt wohl wegen der größeren räumlichen Entfernung hat das Verhältnis zur Welsh Medical School in Cardiff bisher noch keine so häufige und persönliche Intensivierung erfahren.

Eine Liller Initiative führte zu zwei einwöchigen Seminaren im Dezember 1985 in Bergisch-Gladbach und im

** vergl. den nach Abschluß dieses Aufsatzes erschienenen Artikel von P. Spielberg „Keine Probleme mit der Anerkennung“ im Deutschen Ärzteblatt 92 (1995) S. 931.

Februar 1987 in Straßburg mit jeweils etwa 10 Medizinstudierenden und Fakultätsvertretern aus Lille, Gent und Münster, die vom deutsch-französischen Jugendwerk getragen wurden und inhaltlich verschiedenen medizinjuristischen und ethischen Fragen gewidmet waren. Derartige Themen waren auch Inhalt eines von mir beim ERASMUS-Büro beantragten Intensivseminars im Juli 1985 in Münster, an welchem Hochschullehrer und jeweils 2-4 Medizinstudierende aus Gent, Lille, Lissabon, Münster, Pisa und Southampton teilnahmen. Abgerundet wurden diese drei Seminare jeweils durch Exkursionen und gesellige Veranstaltungen.

Überwiegend der Initiative von münsteraner Studierenden ist die Einrichtung von Intensivfamulaturen in den USA (North Carolina, South Carolina, Wisconsin) und in Großbritannien (Kent, Lancaster, Shropshire) zu verdanken. Diese haben dann auch zu Studienaufenthalten amerikanischer Studierender in Münster geführt. - Studierende aus Münster partizipierten zeitweise am ERASMUS-Programm in Valencia und Oviedo, und Studierende aus Valencia kamen für ein halbes Jahr zum Studium nach Münster.

1994 erfuhr unser ERASMUS-Programm eine Erweiterung durch die Medizinischen Fakultäten in Oulu und Padua. Insbesondere mit Oulu in Nordfinland ist es inzwischen schon zu einem mehrfachen Austausch gekommen. - 1994 wurde außerdem Frau Ursula Schulte, die als Anglistin in den letzten Jahren zunehmend meine betreuenden und organisatorischen Auslandsaktivitäten übernommen hatte, vom ERASMUS-Büro als meine Nachfolgerin und damit als Programmkoordinatorin für die genannten Projekte eingesetzt. Ihre Initiative führte inzwischen zur Beantragung einer Aufnahme der Medizinischen Fakultäten in Cordoba (E), Valencia (E), Nantes (F) und Utrecht (NL) in unser münsteraner Programm.

Eingangs betonte ich wegen der persönlichen Erfahrungen als Kriegsgefangener mein Interesse für Frankreich, zumal ich diese Erfahrungen doch insgesamt positiv bewerte. So freue ich mich darüber, daß die sogenannte Erbfeindschaft zwischen Frankreich und Deutschland heute zumindest unter den Jüngeren wohl keine Rolle mehr spielt. Aufgewachsen bin ich nach meiner Geburt in Stettin in Hinterpommern. Der mit dem Kriegsende einhergehende Verlust meiner Heimat ist nach wie vor für mich schmerzlich, und meine meisten Verwandten und Bekannten verbinden mit ihrer Vertreibung durch umgesiedelte Polen nicht nur viele schlimme und leidvolle Erinnerungen, sondern teilweise - auch heute noch - Verbitterung und Ressentiments. Doch entsprechend der positiven Entwicklung zwischen Frankreich und Deutschland halte ich auch zwischen Polen und Deutschland eine Aussöhnung für unerlässlich. Diese Aufgabe wird insbesondere durch die Jüngeren zu leisten sein.

Aus diesem Grunde nutzte ich dann 1991 und 1992 gerne eine Gelegenheit des Landes Nordrhein-Westfalen zur Einrichtung eines zweijährigen Austauschprogrammes zwischen jeweils 15 warschauer und

münsteraner Medizinstudierenden. Inhaltlich ging es dabei zunächst um die Aneignung einiger deutscher bzw. polnischer Sprachkenntnisse und anschließend um mehrwöchige Aufenthalte der beiden Gruppen in Münster bzw. Warschau für Famulaturen in Kliniken oder bei uns auch in allgemeinärztlichen Praxen. Dieses Austauschprogramm führte ebenfalls zu mehreren persönlichen Freundschaften von ähnlicher Intensität wie in den Beziehungen zwischen Lille und Münster. So erwarten wir in diesem Jahr erneut Studierende aus Warschau in Münster und Münsteraner planen eine Fahrt nach Warschau.

Eine einseitige Aktivität blieb bislang ein vierwöchiger Aufenthalt von sechs Medizinstudierenden aus Riga im November/Dezember 1992 zu Famulaturen in verschiedenen Kliniken unserer Universität. Hierzu verfügten alle Letten über gute deutsche Sprachkenntnisse. Zwar ergab ein eigener persönlicher Besuch in Riga im August 1994 unverändert eine Bereitschaft für Gastaufenthalte münsteraner Studierender in der dortigen Medizinischen Akademie, aber bisher behinderte die Sprachbarriere bei unseren Studierenden einen entsprechenden Austausch (nur noch sehr wenige und zumeist alte Menschen sprechen in Riga deutsch). Dessen ungeachtet sind jedoch Studienaufenthalte mit Unterbringung bei Gastfamilien für Studierende aus dem Baltikum in Münster geplant.

Wodurch werden nun unsere Studierenden zu Studienaufenthalten im Ausland motiviert? Vorrangig dürften es die zumeist besseren Ausbildungsbedingungen sein. Dabei mag eine stärkere Zuwendung von Mitgliedern der Gastfakultät gegenüber unseren Kommilitonen eine gewisse Rolle spielen. So war ich sehr erstaunt darüber, daß der Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik in Lille bei einem unserer Besuche die Namen aller vier Münsteraner nennen konnte, die einige Monate zuvor in seiner Klinik praktiziert hatten. Von der individuellen Betreuung und großen Zuwendung sind aber auch unsere Studierenden, die in Cardiff oder in den USA waren, immer wieder überrascht. Als ein weiterer Vorteil wird die Vertiefung der Fremdsprachenkenntnisse genannt. Eine wesentliche Motivation stellt das Kennen- und Verstehenlernen der aktuellen Situation, der Lebensformen und der kulturellen Eigenheiten des Gastlandes dar. Erwähnt seien in diesem Zusammenhang auch die möglichen Einblicke in das Gesundheitswesen. Für viele Studierende spielt darüber hinaus die Entwicklung persönlicher Beziehungen oder aber Freundschaften eine wichtige Rolle. Zu ergänzen bleibt schließlich, daß

durch unsere Studierenden der Bekanntheitsgrad der münsteraner Fakultät bzw. Universität oder auch unseres Landes in der Gastfakultät erhöht wird.

Somit sind es verschiedene Gründe oder Absichten, die zu einem Auslandsstudienaufenthalt anregen, und durch die der Erlebnisdrang oder die Abenteuerlust bei jungen Menschen in sinnvoller Weise mit dem Studium verbunden werden kann. Angesichts der zunehmenden Auflösung von Grenzen und des Zusammenfindens von Völkern erscheint mit daher eine Förderung von Auslandsstudienaufenthalten nicht nur wünschenswert sondern unerlässlich. Persönlich erblicke ich darin eine Verpflichtung für unsere Fakultäten und Universitäten.

Von der Verwirklichung dieses Ziels sind wir gegenwärtig allerdings noch weit entfernt. Bei einer eigenen Auszählung der europäischen ERASMUS-Programme für das Fachgebiet Medizin im Studienjahr 1994/95 kam ich zu der Feststellung, daß 9 von 36 deutschen medizinischen Fakultäten an gar keinem derartigen Programm beteiligt sind. 27 Fakultäten sind zwar in Programme integriert, aber dabei handelt es sich 15 mal um ausländische Initiativen. Nur in 12 unserer 36 Fakultäten sind deutsche Programmkoordinatoren tätig. Insofern wird für mich verständlich, daß ich mehrfach von Studierenden anderer deutscher Fakultäten gefragt werde, ob sie an unserem Programm teilnehmen können.

Allerdings machen ERASMUS-Programme, wie ganz allgemein ein Aufbau und die Betreuung von Auslandsstudienaufenthalten Arbeit. Unter anderem fallen dabei neben dem organisatorischen Aufwand und der Kommunikation mit den Partnerfakultäten die Auswahl und Vorbereitung der eigenen Studierenden und die universitäre, kulturelle und persönliche Betreuung der Studierenden aus Gastländern an (einschließlich der zunehmend schwieriger gewordenen Beschaffung von Unterkünften). Durch meinen Einsatz für Auslandsstudienaufenthalte habe ich aber auch viel Bestätigung erfahren. Inzwischen schon seit längerer Zeit etablierte Ärztinnen und Ärzte bedanken sich bei zufälligen Begegnungen noch heute bei mir für die Möglichkeit des Auslandsstudienaufenthaltes, einem Studienabschnitt, der dann oft als der schönste und beste Teil ihres Medizinstudiums geschildert wird.

Prof. Dr. med. Dietrich Habeck
Schelmenstiege 23
D 48161 Münster

DIE NEUE KURS-WEITERBILDUNG ALLGEMEINMEDIZIN - ZIELE STRUKTUR, DURCHFÜHRUNG UND KONZEPTE DER EVALUATION

STEFAN WILM, FRANKFURT AM MAIN

Zusammenfassung

Die bis ca. Mitte 1995 im Bereich der jeweiligen Landesärztekammern in Kraft tretende neue Weiterbildungsordnung für die 3-jährige Weiterbildung in Klinik und Praxis im Gebiet Allgemeinmedizin schreibt eine 240stündige ergänzende und begleitende Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin vor. Für die Teilnehmer wird sie den Charakter einer kostenintensiven Pflichtveranstaltung haben, was sich negativ auf Motivation, Mitarbeitsbereitschaft und Anspruch auswirken kann. Dementsprechend hohe Anforderungen werden an methodische und didaktische Fähigkeiten der Referenten und Moderatoren zu stellen sein. In Zusammenarbeit von Bundesärztekammer (BÄK), Deutscher Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM), FDA, BPA, Landesärztekammern, Akademien für ärztliche Fort- und Weiterbildung, universitären Lehrstühlen für Allgemeinmedizin u.a. wird an der Entwicklung eines Curriculums und seiner Umsetzung auf der Grundlage des "Kursbuches Allgemeinmedizin" gearbeitet. Schwergewicht soll dabei auf der Seminararbeit in kleinen Gruppen im Sinne eines problemorientierten Lehrens und Lernens (POL) liegen. Die Konzepte zur Evaluation bauen auf eine schriftliche Befragung der Teilnehmer mit einem 2-seitigen Fragebogen einer bundesweiten Basisevaluation des Arbeitskreises "Evaluation der Kursweiterbildung Allgemeinmedizin" unter Lenkung der BÄK auf; hinzu treten z.T. noch in Entwicklung befindliche schriftliche Fragebögen (getrennt Veranstalter, Lehrender, Teilnehmer),

die landesspezifisch durch andere Instrumente, z.B. teilnehmende Beobachtung, ergänzt werden. Der Vergleich von POL-Kursen mit Kursen im konventionellen Stil mit Expertenvortrag und Plenardiskussion läßt den vorläufigen Schluß zu, daß praxisnahe Gruppenarbeit den Teilnehmern eher das Gefühl vermittelt, hinzugehört zu haben, und eine höhere Zufriedenheit erzielt.

Summary

The new regulations for the three-year vocational training in general practice in Germany require 240 hours of additional and accompanying courses of continuing medical education in general practice. For the participants it will have the character of an expensive obligatory act with possibly negative results on motivation, engagement and demands. This expects high degrees of methodologic and didactic competences from speakers and moderators. Emphasis is laid on seminar work in small groups following the idea of problem-based teaching and learning (PBL). The conception for evaluation builds on a written interview of participants using a 2 sides questionnaire from the basic evaluation created by a task force "Evaluation of courses of continuing medical education in general practice". Compared to traditional courses with expert lectures and plenary discussions courses using PBL seem to make the participants feel more to have learned something and to be more satisfied.

Einführung

Der 95. Deutsche Ärztetag hat 1992 eine Novelle der Muster-Weiterbildungsordnung verabschiedet, die bis ca. Mitte 1995 im Bereich der jeweiligen Landesärztekammern in geltendes Weiterbildungsrecht umgesetzt sein wird. Danach wird die allgemeinmedizinische Weiterbildung zukünftig statt einer 4jährigen eine mindestens 3jährige Tätigkeit in Klinik und Praxis umfassen. Um die Verkürzung zu kompensieren, ist eine bisher im Weiterbildungsrecht einmalige, ohne vergleichbare Vorerfahrungen konzipierte ergänzende und begleitende Teilnahme an Weiterbildungskursen im Umfang von 240 Stunden vorgeschrieben. Durch die Teilnahme an diesen Kursen sollen die in der täglichen Patientenbetreuung erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten verfestigt und erweitert werden. In der Begegnung mit erfahrenen allgemeinärztlichen Dozenten und mit angehenden Fachkollegen können die eigenen beruflichen Erfahrungen kritisch hinterfragt, neu gewichtet und bestätigt werden (5).

Grundlage der Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin ist der Lernzielkatalog "Kursbuch Allgemeinmedizin" (5), der durch Autoren aus Bundesärztekammer (BÄK), Deutscher Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM), Fachverband Deutscher Allgemeinärzte (FDA) und dem Berufsverband der Praktischen Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin (BPA) erarbeitet wurde. Er wird in seiner Endfassung detaillierte Lehr- und Lernziele in 20 Blöcken für die Weiterbildungskurse (Abb. 1), eine Sammlung von Lehrmaterialien und Literaturverweisen zur Erstellung von Lehrmedien sowie methodische und didaktische Anleitung umfassen.

Verantwortlich für die Durchführung der Kurs-Weiterbildung sind die einzelnen Landesärztekammern, die die konkreten Aufgaben überwiegend an ihre Akademien für ärztliche Fortbildung delegiert haben. Im Bereich einzelner Landesärztekammern (z.B. Nordrhein und Hessen) liegt dabei die inhaltliche und didaktische Verantwortung/Lenkung dieses Teils der Weiterbildung bei den universitären Einrichtungen der Allgemeinmedizin (Düsseldorf, Frankfurt) - eine Aufgabe,

Abb. 1: „Kursbuch Allgemeinmedizin“

	Thema	Stunden
Block 1	Spezifische Inhalte der Allgemeinmedizin - Funktionen des Allgemeinarztes - Das unausgelesene Krankengut - Die Fälleverteilung - Besonderheiten der Anamnese - Entscheidungsfindung i. d. Allgemeinmedizin - Klassifizierung und Diagnose - Dokumentation in der Praxis - Qualitätssicherung - Gesundheit und Krankheit - Familienmedizin - Der Hausbesuch	12
Block 2	Allgemeine Befindlichkeitsstörungen - Befindensstörungen und unspezifische Symptome - Fieberzustände - Affektionen der oberen Luftwege	12
Block 3	Beschwerden des Muskel-Skelett-Gelenk-Systems	16
Block 4	Beschwerden des Brustraumes und des Gefäßsystems - Thoraxbeschwerden, Dyspnoe und Herzrhythmusstörungen - Hypertonie, Herz-, Kreislauf-Erkrankungen	16
Block 5	Beschwerden des Bauchraumes, der Harnwege und der Geschlechtsorgane - Abdominelle Beschwerden - Beschwerden im Bereich der ableitenden Harnwege - Beschwerden im Bereich des äußeren Genitales	16
Block 6	Beschwerden im Bereich der Haut und bei sexuell übertragbaren Krankheiten - Beschwerden im Bereich der Haut - Beschwerden bei sexuell übertragbaren Krankheiten	8
Block 7	Beschwerden im Bereich von Kopf, Hals und Augen - Beschwerden im Bereich von Hals, Nase, Ohr und Mund - Beschwerden im Bereich der Augenregion	4
Block 8	Gynäkologische Beschwerden, Schwangerschaft, Fertilität - Unterbauchbeschwerden der Frau, menstruationstörungen, Erkrankungen der Mamma - Schwangerschaft - Fertilität und Antikonzeption	8
Block 9	Kinder und Jugendliche - Häufige Beratungsursachen - Präventivmedizin - Infektionskrankheiten - Nofälle - Langzeitbetreuung chronisch Kranker	8
Block 10	Häufige Verletzungen	4
Block 11	Beschwerden des Nervensystems und der Psyche - Schmerzen - Schlafstörungen - Beschwerden und Erkrankungen im Bereich der Nerven und der Psyche	12

	Thema	Stunden
Block 12	Kommunikation und Interaktion in der Allgemeinmedizin	4
Block 13	Betreuungskonzepte bei chronischen Krankheiten - Diabetes mellitus - Stoffwechselstörungen/Ernährungsabhängige Erkrankungen - Arterielle Verschlusskrankheit - Venenerkrankungen - Schilddrüsenerkrankungen - Asthma bronchiale - Rheumatische Erkrankungen - Psychosen - Konsumierende Erkrankungen	16
Block 14	Betreuungskonzepte für den geriatrischen Patienten - Der alte Mensch als Patient - Prävention von Krankheit im Alter - Das geriatrische Assessment im Alter - Therapie und Versorgungsformen - Kooperation mit anderen Berufsgruppen - Rehabilitationsmaßnahmen - Gerontopsychiatrie - Langzeit- und Terminalpflege	8
Block 15	Handlungsanleitungen für Notfälle - Der Besuch des Notfalldienst-Seminars der Akademie wird angerechnet	16
Block 16	Psychosomatische Grundversorgung (Teil 1) - Allgemeine Psychosomatik - Begrenzte Zielsetzung - Das ärztliche Gespräch - Beziehungsprobleme/Konfliktbewältigung - Spezielle Psychosomatik/Pharmakotherapie	20
Block 17	Psychosomatische Grundversorgung (Teil 2) - Einführung in die Balintgruppenarbeit	20
Block 18	Allgemeinärztl. Besonderheiten der Arzneibehandlung - Spezifische Therapieaspekte - Regionale Einflüsse, Traditionen - Einflußfaktor Patient - Plazebothherapie - Rationale Pharmakotherapie	12
Block 19	Prävention, Gesundheitsförderung, Kooperation - Gesundheitsberatung, Ernährungsberatung - Vorsorge- Früherkennungsuntersuchungen - Impfwesen - Nachsorge - Kooperation	16
Block 20	Sozialmedizin und vertragsärztliche Tätigkeit - Grundlagen der Sozialmedizin - Die vertragsärztliche Tätigkeit	12

die etwa in den Niederlanden seit langem den 8 Universitätsabteilungen für Allgemeinmedizin zufällt. Für die Zukunft erscheint diese Aufgabenteilung für alle Landesärztekammern anstrebenswert.

Durch eine Aufteilung des Lehrstoffs auf 20 Themenblöcke und die Ausgabe von Testatbüchern ist die bundesweite Gleichwertigkeit und Austauschbarkeit der Kurse und damit die freie Wählbarkeit aus dem bundesweiten Angebot durch die Weiterzubildenden bei gegenseitiger Anerkennung gewährleistet. Teilnehmergebühren für die Weiterzubildenden von ca. 800,- bis 1000,- DM pro Jahr werden als zumutbar angesehen, sofern die Qualität der Weiterbildungskurse hoch ist. Für die Teilnehmer hat die Kurs-Weiterbildung damit den Charakter einer kostenintensiven Pflichtveranstaltung, was sich negativ auf Motivation, Mitarbeitsbereitschaft und Anspruch auswirken kann. Dementsprechend hohe Anforderungen sind an methodische und didaktische Qualitäten der Referenten und Moderatoren zu stellen.

Eine Evaluation der Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin als wesentliches Instrument ihrer Qualitätssicherung ist nur sinnvoll, wenn sie

- den Kurs von Anfang an kontinuierlich begleitet und für Moderatoren, Referenten und Teilnehmer ein selbstverständlicher und aktiv gestalteter, Rückkopplung vermittelnder Bestandteil des Kurses ist (formative Evaluation),
- auf einer genauen Kursbeschreibung (Curriculum mit Lernzielen, Lehrinhalten, Unterrichtsmethoden und -materialien) und auf Zieldefinitionen aufbaut, an denen Methoden, Instrumente, Indikatoren und Umfang der Evaluation orientiert sind,
- die Teilnehmer aktiv in die Evaluation einbezieht und
- überschaubaren personellen und finanziellen Aufwand erfordert.

Die Überprüfung des endgültigen Lernerfolges (outcome) bleibt der Facharztprüfung vorbehalten.

Hier wird bereits die Notwendigkeit einer Verankerung der Evaluation auf regionaler Ebene als Monitoring mit kontinuierlicher persönlicher Rückmeldung deutlich.

Als Beispiel: Die Umsetzung in Hessen

Seit Herbst 1993 wird in Hessen in enger Zusammenarbeit von Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen, Bad Nauheim (Vorsitzender: Prof. Dr. med. F. Anschütz), ihrer Sektion Allgemeinmedizin und der Ständigen Konferenz der Lehrbeauftragten für Allgemeinmedizin an den hessischen Universitäten, Bad Nauheim/Frankfurt (Vorsitzender: Prof. Dr. med. K. Jork) unter Federführung von Dr. med. H. Klotz (Vorsitzender der Akademie für Allgemeinmedizin der BÄK, Köln) an der Entwicklung eines Curriculums und an der Umsetzung der Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin nach der neuen Weiterbildungsordnung auf der Grundlage des "Kursbuches Allgemeinmedizin" gearbeitet. Die Kurs-Weiterbildung ist für Hessen an der Akademie in Bad Nauheim angesiedelt, die alle organisatorischen Anliegen zu Gestaltung und Vorbereitung der Block-Seminare in ihre Verantwortung übernimmt und koordiniert. Alle Veranstaltungen werden an Sonnabenden mit jeweils 8 Stunden

oder an Wochenenden mit 16 bis 20 Stunden angeboten; Teilnehmerzahlen und Rücklauf der Evaluationsfragebögen bei den als Pilotlauf durchgeführten Veranstaltungen 1994 und den ersten Veranstaltungen 1995 gibt Tab. 1 wieder. Die hessische Kurs-Weiterbildung wird wesentlich von den Lehrbeauftragten für Allgemeinmedizin der 3 Landesuniversitäten Frankfurt, Gießen und Marburg als Moderatoren und teilweise als Referenten getragen. Der Einsatz von Allgemeinmedizinern und allgemeinmedizinischen Lehrbeauftragten als Moderatoren aller Kurse soll den Aufbau einer beruflichen Identität bei den Teilnehmern fördern und die allgemeinmedizinische Weiterbildung von ihrer "fortlaufenden Fremdbestimmung" befreien (9).

Die Akademie selbst unternimmt seit einiger Zeit unter ihrem Vorsitzenden Prof. Dr. med. F. Anschütz besondere Anstrengungen, ihre Angebote ständig den Erfordernissen und den Wünschen der Teilnehmer anzupassen (1). Unter der Zielsetzung "Qualitätssicherung in der ärztlichen Fortbildung durch Verbesserung der didaktischen Methoden" entstand eine enge Zusammenarbeit mit dem Institut für Berufspädagogik und Bildungsplanung der TH Darmstadt (Prof. Dr. H. Fenger). Am 8.6.1994 trafen sich in Frankfurt zum ersten Mal im 'Moderatorenzirkel' der Akademie leitende Kräfte und Multiplikatoren in der ärztlichen Fortbildung; in diesem Zirkel sollen die Leitsätze und Empfehlungen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Fortbildung (4;7;11;12) aufgegriffen werden.

Die Evaluation der Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin in Hessen wird vom Arbeitsschwerpunkt "Evaluation und Qualitätssicherung in der allgemeinmedizinischen Aus-, Weiter- und Fortbildung" (Sprecher: Dr. med. S. Wilm) am Institut für Allgemeinmedizin, Universität Frankfurt (Leiter: Prof. Dr. med. K. Jork) umgesetzt. Darüber hinaus erscheinen eine bundesweite Basisevaluation der Kurs-Weiterbildung nach einheitlichen Gesichtspunkten und ein Erfahrungsaustausch zur Optimierung des Ergebnisses wichtig. Curriculumentwicklung und -umsetzung einerseits und Anregung einer handlungs- und kommunikationsorientierten Gestaltung der Arbeits- und Lernformen sowie Evaluation der Kurs-Weiterbildung andererseits werden also in getrennten Arbeitsgruppen im Sinne einer halbexternen Evaluation geleistet. Besonderer Wert wird auf Maßnahmen zur aktiven Einbeziehung der Teilnehmer in die Evaluation (Tab. 2) und zur Anregung einer handlungs- und kommunikationsorientierten Gestaltung der Kurs-Weiterbildung (Tab. 3) gelegt.

Ziele, Methoden und Instrumente der Evaluation

Von Anfang an lag den Gestaltern der neuen Kurs-Weiterbildung angesichts des qualitätssichernden Charakters der Kurse für die zukünftige Patientenversorgung, der organisatorischen Herausforderungen, des Stellenwertes für die professionelle Entwicklung und der Neuheit dieser Weiterbildungsform an einer wissenschaftlichen Begleitung der Konzeption. Ziele einer

Tab. 1: Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin in Hessen

Datum	Teilnehmer	davon AiP	Fragebogen- rücklauf	%
28.5.1994	103	28	75	73
10.9.1994	115	32	71	62
24.9.1994	114	23	48	42
21.1.1995	181	33	82	45
11.2.1995	162	30	103	64

Ort: Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen in Bad Nauheim
Geplant für 1995: 13 Blöcke in 19 Veranstaltungen

Tab. 2: Maßnahmen zur aktiven Einbeziehung der Teilnehmer in die Evaluation

1. Ausgabe einer Seite mit Erklärungen zur Evaluation zusammen mit der Tischvorlage, die allen Teilnehmern zu Beginn eines Kurstages ausgehändigt wird;
2. mündliche Information der Teilnehmer zu Beginn des Kurstages über die kontinuierliche Evaluation; Bitte um Mitarbeit durch konstruktive Kritik und Rückmeldung;
3. Benennung eines persönlich anwesenden Ansprechpartners unter den Referenten für direkte Anregungen und Kritik, der sich über die Rückmeldung kurze Notizen auf halbstrukturierten Erfassungsbögen macht; Hinweis auf einen "Kummerkasten";
4. regelmäßige Rückmeldung der Ergebnisse der regionalen Evaluation und der daraus resultierenden Veränderungen an die Teilnehmer.

Tab. 3: Maßnahmen zur Anregung einer handlungs- und kommunikationsorientierten Gestaltung der Kurs-Weiterbildung

1. Schriftliche Information aller Leiter und Referenten über die Evaluation rechtzeitig (d.h. mehr als 4 Wochen) vor dem jeweiligen Kurstag mit Hinweisen zum Inhalt des Kursblocks, mit Vorschlägen zu Methodik und Didaktik (Handlungs- und Kommunikationsorientierung, aktivierende Momente in Vortrag und Referat, Medienauswahl, -gestaltung und -einsatz, Tischvorlagen, Gruppendiskussion) und mit Angaben über Größe, Zusammensetzung und Interesse des Teilnehmerkreises;
2. Treffen aller Referenten 20 Minuten vor Beginn des jeweiligen Kurstages zur letzten inhaltlichen und methodischen Abstimmung mit dem jeweiligen Leiter;
3. Ausgabe einer Tischvorlage durch die Akademie zu Beginn des Seminars an alle Teilnehmer mit allen Referaten in Kurzfassung mit Zusammenfassungen, Merksätzen, Abbildungen u.a.;
4. Einladung der Leiter und Referenten der Kursweiterbildung zum fortlaufenden Moderatorenzirkel der Akademie in Frankfurt/Bad Nauheim.

solchen Evaluation sind

- die Erfassung der vermutlich wechselnden Anzahl der jeweiligen, wahrscheinlich inkonstanter Teilnehmer, ihrer Motivation zur Teilnahme, ihrer beruflichen Biografie und Ziele sowie ihres Weiterbildungsstandes, um die Kurs-Weiterbildung zielgruppengerecht gestalten zu können;
- die Beurteilung, Sicherung und ggf. Verbesserung der methodischen und didaktischen Qualität der Kurs-Weiterbildung (Struktur und Prozeß), u.a. in den Dimensionen (3): Kompetenz des Lehrenden, die Teil-

nehmer zu motivieren; didaktische Kompetenz des Lehrenden; Organisation des Kurses; Praxisrelevanz des Kurses; fachliche Kompetenz des Lehrenden; Zufriedenheit mit dem Kurs;

- die Beurteilung der Effektivität der Kurse (Produkt).
Detaillierte Indikatoren der Evaluation und die ihnen zugrundeliegenden Hypothesen liegen bislang erst implizit vor; sie umfassen sowohl Kriterien des individuellen Nutzens des Kurses für den Teilnehmer als auch allgemeine, möglichst objektive Kriterien für gute Fortbildung (12).

(Organisation: PD Dr. Dr. med. G. Ollenschläger, Köln; Sprecher: Prof. Dr. med. P. Helmich, Düsseldorf; weitere Mitglieder: G.C. Fischer, Hannover; M. Härter, Freiburg; J. Haisch, Ulm; H. Sandholzer, Göttingen; S. Wilm, Frankfurt) einen 2-seitigen Fragebogen ("EVA I"), mit dem bundesweit in allen Veranstaltungen eine schriftliche Befragung der Teilnehmer erfolgt.

Darüberhinaus ist der Einsatz von z.T. noch in Entwicklung befindlichen schriftlichen Fragebögen (getrennt Veranstalter, Lehrender, Teilnehmer) ("EVA II") einer zuerst im Bereich einzelner Landesärztekammern in unterschiedlicher Form angewandten, später wenn möglich bundesweiten, regional angepassten Evaluation des Arbeitskreises geplant.

In Hessen wird dazu ein 2-seitiger Fragebogen zu Motivation und Erwartungen der Teilnehmer eingesetzt, der auch konkret nach Erwartungen an den nächsten, thematisch bekanntgemachten Kurstag fragt, etwa in Bezug auf Themenschwerpunkte, Umfang der Unterthemen oder Art und Form der Vorträge. Diese freien Angaben der Teilnehmer werden ausgewertet und rechtzeitig den Referenten und Moderatoren des nächsten Kurstages mitgeteilt. An diesem nächsten Kurstag werden die Teilnehmer dann danach befragt, ob ihre Erwartungen erfüllt wurden. Getrennt erfolgt eine in allen Veranstaltungen der Akademie einheitliche schriftliche Befragung von Teilnehmern und Leitern / Referenten (1-seitige maschinenlesbare Fragebögen) durch die Arbeitsgruppe Prof. H. Fenger, Darmstadt.

Eine Erfassung von Einzelmerkmalen des Kurstages mit halbstrukturierten Bögen ist durch standardisierte teilnehmende Beobachtung gewährleistet; sie erfasst u.a. Datum, Thema, Organisation durch die Akademie, Raum, Referentenmerkmale (z.B. Allgemeinarzt), Vorabinformation der Referenten, bisherige Teilnahme am Moderatorenzirkel, Teilnehmerzahl, Tageslänge und -gliederung, Gliederung und Lernziele der Referate, Erfüllung der inhaltlichen Vorgaben des Kursbuches, Medieneinsatz, Problemorientierung (2; 6; 8; 10; 15), konkrete alltagsorientierte Empfehlungen, Anregungen zum Selbststudium, Fallbeispiele (17) durch Referent und durch Teilnehmer, Möglichkeiten der unmittelbaren Anwendung des Erlernten auf eigene Probleme (16), Zeit für und Strukturierung der Diskussion, Kleingruppenarbeit, Rollenspiele, Tischvorlage, Möglichkeiten zur Selbstkontrolle des Lernerfolges, Benennung eines Ansprechpartners und andere Möglichkeiten für Rückmeldungen, Anzahl und Form der Rückmeldungen.

Mündliche/persönliche Rückmeldungen der Teilnehmer werden in halbstrukturierten Bögen durch den jeweiligen Ansprechpartner des Kurstages fixiert. Bewertungen der einzelnen Referenten in den Fragebögen und der teilnehmenden Beobachtung gehen ausschließlich an die jeweilige Person; alle anderen Daten liegen in anonymisierter Form vor und fließen unmittelbar wieder an die Arbeitsgruppe zur Curriculumsentwicklung um H. Klotz und damit in die hessische Kurs-Weiterbildung sowie an die Teilnehmer der Kurs-Weiterbildung zurück.

Ein Einsatz von noch zu entwickelnden, den Kompetenzzuwachs der Lernenden messenden Instrumenten (z.B. Fallvignetten, interaktive Medien, Blocktests, Rating-Skalen) ("EVA III") einer Evaluation des Arbeitskreises "Evaluation der Kursweiterbildung Allgemeinmedizin" erfolgt bislang nicht.

Kleingruppenarbeit

Um der Zielsetzung der Kurs-Weiterbildung gerecht zu werden, soll die Seminararbeit im Regelfall in kleinen Gruppen erfolgen (entsprechend den "Leitsätzen und Empfehlungen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Fortbildung" (4)). Insbesondere in den praxisbezogenen Teilen ist Frontalunterricht im Vorlesungsstil ungeeignet. In den Arbeitsgruppen kann der Lernzielkatalog als Wegweiser für "problemorientiertes Lehren und Lernen" (POL) (2; 6; 8; 10; 15) genutzt werden. Die Beschäftigung mit einem Patientenfall in einer Gruppe aktiviert bereits erworbenes Wissen und berücksichtigt so die Erfahrungen der Lernenden, vermehrt das eigene Wissen durch den Erfahrungsaustausch in der Gruppe, führt zur Aneignung des Wissens in einem Zusammenhang, der dem späteren Gebrauch des Wissens entspricht, vermittelt das Erlernen von Prinzipien und Konzepten in der Weise, daß sie später auf andere Situationen leichter übertragen werden können und motiviert die Lernenden, sich Beispiele anzueignen, die er für spätere Problemlösungen durch "Muster-Erkennung" benutzen kann (10; 13). Die Gruppenarbeit soll daraufhin angelegt sein, daß die Lernenden sie schätzen lernen und dazu motiviert werden, diese Bildungsart in Form von Qualitäts- und Fortbildungszirkeln zur lebenslangen berufsbegleitenden Weiterführung zu nutzen (13).

Eine Analyse des Fortbildungsverhaltens der deutschen Ärzteschaft am Beispiel aller Ärzte Schleswig-Holsteins (14) und des Stellenwertes, den einzelne Fortbildungsmethoden für sie 1992 hatten, zeigt die geringe Bedeutung, die Gruppenarbeit (bislang) zukommt (Tab. 4).

n = 6904; Rücklauf = 64,5%	Praxis	Krankenhaus	Behörde	Sonstige ärztliche Tätigkeit	ohne ärztliche Tätigkeit
Vortrag	71,3	74,9	70,9	68,3	64,9
Seminar	54,1	43,1	47,2	43,5	47,7
Video	52,3	39,9	33,6	36,8	31,5
Gruppe	19,2	12,7	15,5	15,4	10,8
Tonband	15,6	10,5	8,9	9,8	14,4

Ob Gruppenarbeit aus Mangel an Angebot oder aus Abneigung so selten genutzt wurde, bleibt offen.

Eine erste Auswertung von freien Antworten der Teilnehmer der hessischen Veranstaltungen 1994/95 (Tab. 1) zeigt den Wunsch nach vielen, möglichst praxisnahen Beispielen, ausführlicher Diskussion und kleineren Gruppen; kritisiert werden besonders fehlender Praxisbezug, zuviel Theorie und Frontalunterricht.

Der Vergleich von POL-Kursen der Landesärztekammer Westfalen-Lippe in einer Kombination aus problembeschreibenden Einführungsvorlesungen, Falldiskussionen in tutorengeleiteten Kleingruppen und problemorientierten Patientenvorstellungen (13) mit einem hessischen Kurs im konventionellen Stil mit Expertenvortrag und kurzer Plenardiskussion anhand von Ergebnissen aus dem Fragebogen "EVA I" von Mai 1994

Tab. 5: Vergleich von POL-Kursen der LÄK Westfalen-Lippe (POL + Vortrag + Diskussion) mit einem hessischen Kurs im konventionellen Stil (Vortrag + Plenardiskussion) (% der Antworten)

Frage 2: Während des Blockseminars habe ich fachlich gelernt (sehr viel: Note 1; gar nichts: Note 6)

Noten	Westfalen	Hessen
1+2	47	33
3	32	16
4	10	21
5+6	12	29

Frage 3: Das Blockseminar hat meiner Meinung nach Relevanz für meine angestrebte berufliche Tätigkeit (sehr große: Note 1; gar keine: Note 6)

Noten	Westfalen	Hessen
1+2	63	55
3	24	20
4	5	14
5+6	8	11

Frage 4: Meiner Meinung nach hätte ich einen vergleichbaren Gewinn erreicht durch Lektüre (vollständig: Note 1; überhaupt nicht: Note 6)

Noten	Westfalen	Hessen
1+2	13	33
3	26	16
4	15	21
5+6	46	30

Frage 5: Während des Blockseminars bestand die Möglichkeit zum fachlichen Austausch mit anderen Teilnehmern (sehr häufig: Note 1; gar nicht: Note 6)

Noten	Westfalen	Hessen
1+2	94	55
3	6	20
4	0	8
5+6	0	17

Frage 9: Gemessen am zeitlichen und organisatorischen Aufwand hat sich die Teilnahme an diesem Blockseminar für mich gelohnt (sehr: Note 1; überhaupt nicht: Note 6)

Noten	Westfalen	Hessen
1+2	61	44
3	22	19
4	11	11
5+6	7	27

Fragebogen "EVA I", Mai 1994. Westfalen: n = 95 (Rücklauf = 79 %); Hessen: n = 103 (Rücklauf = 73 %)

läßt den vorläufigen Schluß zu, daß praxisnahe Gruppenarbeit den Teilnehmern eher das Gefühl vermittelt, hinzugelern zu haben, und eine höhere Zufriedenheit erzielt (13) (Tab. 5). Ob dieser Eindruck auch mit einer objektiven Zunahme von Wissen und Fertigkeiten korreliert, müssen weitere Analysen zeigen ("EVA III").

Literatur

- 1) Anschütz, F.: Über die Entwicklung, Aufgaben und zukünftigen Probleme der Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen in Bad Nauheim. Hess Ärztbl 55 (1994) 9, 265-266.
- 2) Barrows, H.S.; Tamblyn, R.M.: Problem-based learning. An approach to medical education. Springer, New York 1980.
- 3) Basler, H.-D.; Bolm, G.; Dickescheid, T.; Herda, C.: Marburger Fragebogen zur Akzeptanz der Lehre. (1994) im Druck.
- 4) Bundesärztekammer (Hrg.): Leitsätze und Empfehlungen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Fortbildung. Bundesärztekammer, Köln 1993.
- 5) Bundesärztekammer; Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (Hrg.): Kursbuch Allgemeinmedizin. 2. Aufl., Teil 1. Bundesärztekammer und Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin, Köln 1994.
- 6) Coles, C.: A review of learner-centred education and its application in primary care. Educ Gen Pract 5 (1994) 19-25.
- 7) Deutsche Ärzteschaft: Gesundheitspolitisches Programm der deutschen Ärzteschaft. Beschluß des 97. Deutschen Ärztetages vom 11. bis 14. Mai 1994 in Köln. Deutsch Ärztbl 91 (1994) 24, Supplement.
- 8) Kaufman, A. (Hrg.): Implementing problem-based learning. Springer, New York 1985.
- 9) Lorenz, G.: Bericht des Präsidenten zur Mitgliederversammlung 1993. Z Allg Med 70 (1994) 3, Suppl., 5-8.
- 10) Norman, G.R.: Problem-solving skills, solving problems and problem-based learning. Med Educat 22 (1988) 279-286.
- 11) Ollenschläger, G.: "Fortbildungskonzept 1993" der Bundesärztekammer. Deutsch Ärztbl 90 (1993) 18, B-969-970.
- 12) Ollenschläger, G.; Engelbrecht, J.: Vorschläge zur Qualitätssicherung ärztlicher Fortbildung anhand von Standard-Kriterien. Z ärztl Fortbild 87 (1993) 681-686.
- 13) Ollenschläger, G.; Hupe, K.; Stiegler, I.; Falck-Ytter, Y.; Linden, J.; Mayer, K.; Quellmann, T.; Wahle, K.; Wilm, S.; Wunderlich, H.: Problemorientiertes Lernen (POL) in der ärztlichen Fort- und Weiterbildung - erste Erfahrungen mit der POL-Methode im Rahmen der Kursweiterbildung Allgemeinmedizin. Z Allg Med 71 (1995) 6, 479-484.
- 14) Ollenschläger, G.; Thust, W.; Pfeiffer, A.; Engelbrecht, J.; Birker, T.; Ratschko, K.-W.: Das Fortbildungsverhalten der deutschen Ärzteschaft. Deutsch Ärztbl 91 (1994) 45, A-3084-3087.
- 15) Pauli, H.G.: Problemorientiertes Lernen in der ärztlichen Ausbildung. Medizinische Ausbildung 1 (1984) 1, 4-10.
- 16) Renschler, H.E.: Fortbildung: viel gehört, wenig gelernt. Ärztliche Praxis 37 (1985) 50, 2325-2327; 51, 2361-2363.
- 17) Renschler, H.E.: Definition der Fallmethode aus ihrer geschichtlichen Entwicklung in den Medizinschulen Europas. Schweizerische Rundschau für Medizin (PRAXIS) 76 (1987) 36, 981-996.

Dr. med Stefan Wilm

Institut für Allgemeinmedizin der Universität Frankfurt
Theodor-Stern-Kai 7

D 60590 Frankfurt/Main

BEWERTUNG DES INTERDISZIPLINÄRES BLOCKPRAKTIKUMS "ERKRANKUNGEN DES BEWEGUNGSAPPARATES" DURCH STUDIERENDE

R. BUSSE*, A. ALTENSCHMIDT**, J. WOLLENHAUPT**, H. ZEIDLER**¹

Zusammenfassung

Obwohl Beschwerden am Bewegungsapparat zu den häufigsten medizinischen Kontaktsanlässen und Arbeitsunfähigkeitsgründen zählen, sind sie im Medizinstudium unterrepräsentiert. Daher wird an der Medizinischen Hochschule Hannover seit 1994 fakultativ ein vierwöchiges interdisziplinäres Blockpraktikum "Erkrankungen des Bewegungsapparates" von den Abteilungen Rheumatologie (Zentrum Innere Medizin) und Orthopädie (Zentrum Chirurgie) angeboten und mit Förderung der Robert-Bosch-Stiftung begleitend evaluiert. Vorerfahrungen, Erwartungen, Tätigkeiten, Lernerfolg und Beurteilung der 19 Studierenden der ersten drei Durchläufe wurden vor und nach dem Praktikum mittels Fragebogen erfaßt.

Das Praktikum insgesamt sowie der Lernerfolg wurden befriedigend bewertet (je 2,8 [Schulnoten]); die selbst eingeschätzten Kenntnisse verbesserten sich von 4,2 auf 3,2 (int. Rh.) bzw. von 4,5 auf 3,7 (Orth.), die klinischen Fertigkeiten von 3,5 auf 3,1. Bei 20 abgefragten Tätigkeiten erwarteten die Studierenden, insgesamt 146x zu assistieren und 123x selbst tätig zu werden; sie taten es 84x (58%) bzw. 29x (24%). Die Tätigkeiten, die sie mit 15 bis 14x am häufigsten selbst auszuführen erwarteten (komplette Anamnese, Befunddokumentation, Untersuchung des Bewegungsapparates, allgemeine Untersuchung), führten sie nur je ca. 5x durch und assistierten stattdessen häufiger. Die Studierenden profitierten vor allem von speziell für sie angebotenen Veranstaltungen und weniger von routinemäßig stattfindenden Visiten. Der Zeitaufwand pro Tag lag statt der erwarteten 6,0h (incl. 3,6h am Patienten) und 1,7h Eigenstudium bei 7,4h (2,8h) und 1,0h.

Das Praktikum konnte mit Erfolg etabliert werden. Ein Großteil der gesteckten Ziele konnte erreicht werden; jedoch zeigt die Evaluation auch, daß einige Vorgaben mit der zur Verfügung stehenden Zeit und

Betreuungrelation nicht zu erreichen waren und entsprechend angepaßt werden sollten.

Evaluation of an Interdisciplinary Elective "Diseases of the Locomotor System" through Students

Since 1994, the departments of rheumatology and orthopedics of the Hannover Medical School jointly offer a voluntary 4-week elective on diseases of the locomotor system which are underrepresented in medical education even though they are very common in medical practice. The students spend 2 weeks each in both departments where they rotate through wards, out-patients' and operating rooms.

Prior experience, expectations, activities performed, short-term learning progress etc. were evaluated by questionnaire by students and teachers.

The elective in general and the learning progress were rated satisfactory (2.8 on a scale from 1 to 6); self-rated knowledge improved from 4.2 to 3.2 (rheum.) and from 4.5 to 3.7 (orth.), clinical skills from 3.5 to 3.1. Concerning 20 listed activities, the students expected to assist 146x and to perform them themselves 123x; in reality, they did it 84x (58%) and 29x (24%), respectively. The activities they expected to perform themselves most (complete history, documentation of results, examination of the locomotor system and complete physical examination) were the one they assisted more often than expected. Learning progress was greatest in special sessions and least in routine activities like ward rounds. Instead of the expected 6.0h per day (incl. 3.6h direct patient contact) plus 1.7h self-study, students spent 7.4h (2.8h) and 1.0h, resp.

The elective was successfully established. A major portion of the defined learning objectives was reached; evaluation, however, reveals necessary adaptations due to limited time and number of teachers.

Fragestellung

Obwohl Beschwerden am Bewegungsapparat zu den häufigsten Kontaktsanlässen in der ambulanten Medizin zählen (Schach et al. 1989) und einen Großteil der Arbeitsunfähigkeitstage und Frühberentungen bedingen, verwenden nur erschreckend wenige Ärzte Zeit auf die Untersuchung des Bewegungsapparates (Jones et al. 1992), obwohl entsprechende Screening-Untersuchungen beschrieben sind (Doherty et al. 1991). Im Medizinstudium ist der Bewegungsapparat unterrepräsentiert

(Doherty & Dawes 1992). An der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) wurde deswegen seit 1992 in Zusammenarbeit mit der AG Studienreform des AStA das Konzept eines vierwöchigen interdisziplinären Blockpraktikums "Erkrankungen des Bewegungsapparates" von den Abteilungen Rheumatologie im Zentrum Innere Medizin (Leiter: Prof. Dr. H. Zeidler) und Orthopädie im Zentrum Chirurgie (Leiter: Prof. Dr. C.J. Wirth) erarbeitet. Wichtige Anregungen wurden dabei dem Praktikum Innere Medizin an der Universität Ulm entnommen (Gulich et al. 1994). Das

¹ Abteilungen für *Epidemiologie und Sozialmedizin sowie **Rheumatologie der Medizinischen Hochschule Hannover

Blockpraktikum an der MHH wird seit Januar 1994 fakultativ angeboten und mit Förderung der Robert-Bosch-Stiftung begleitend evaluiert.

Struktur und Ziele des Praktikums

Das Praktikum dauert vier Wochen, von denen jeweils zwei Wochen auf die internistische Rheumatologie und die Orthopädie entfallen. Von den höchstens acht teilnehmenden Studierenden im fünften Studienjahr befinden sich damit jeweils höchstens vier in einer Abteilung. Die Verteilung der Studierenden auf Stationen, Ambulanzen und OPs geschieht nach einem Rotationsplan, welcher auch die einzelnen (Pflicht-) Veranstaltungen regelt. So findet am Freitag vor Beginn des Praktikums eine Einführungsveranstaltung, pro Woche ein Tutorial und am letzten Tag eine Abschlußbesprechung mit Evaluation statt.

Während der beiden Praktikumswochen in der internistischen Rheumatologie sind die Studierenden wechselweise im Bereich der rheumatologischen Ambulanzen bzw. der rheumatologischen Stationen eingesetzt. Während der Ambulanztätigkeit soll ein Erstvorstellungs-Patient komplett anamnestiziert und untersucht, ein Diagnoseplan entworfen und eine Verdachtsdiagnose entwickelt werden, wobei der Patient dem zuständigen Ambulanz- und Oberarzt vorgestellt und das weitere Vorgehen mit ihnen abgesprochen wird. Auf der rheumatologischen Station ist die selbständige Aufnahme eines Patienten vorgesehen, wobei der oder die Studierende Anamnese und Befund erhebt und einen Diagnose- und Therapieplan mit dem zuständigen Stationsarzt bespricht. Dieser Patient soll anschließend kontinuierlich betreut werden, was u.a. auch die Begleitung zu diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen beinhaltet. Die eingehenden Befundergebnisse und daraus abzuleitende diagnostische, differentialdiagnostische und therapeutische Überlegungen sollen in einem schriftlichen Progress-Report festgehalten werden.

Der orthopädische Praktikumsenteil gliederte sich anfangs in eine einwöchige Mitarbeit in den Ambulanzen sowie eine einwöchige Teilnahme an Operationen. Inzwischen kann das Ausmaß der OP- und Ambulanztätigkeit von den Studierenden freier gewählt werden. Jeweils nachmittags ist die Mitarbeit beim Stationsdienst sowie die Teilnahme an den entsprechenden Abteilungsbesprechungen und nachmittäglichen Visiten vorgesehen.

Ziel des Blockpraktikums ist das beispielhafte Erlernen und Einüben der Diagnostik, Prognostik und Therapie von rheumatologischen und orthopädischen Erkrankungen des Bewegungsapparates einschließlich der Kenntnis psychosozialer und rehabilitativer Maßnahmen. Dabei wurden während der Entwicklungsphase praktische Tätigkeiten festgelegt. Diese werden zusammen mit einem genauen zeitlichen Ablaufplan, den Seminarthemen, den Namen und Erreichbarkeiten der Betreuenden, Literaturhinweisen etc.

sowohl den Studierenden als auch den Betreuenden vor Kursbeginn im Praktikumsprotokoll bekannt gemacht.

Methodik der Evaluation

Die Evaluation erfolgt stufenweise: Bei den ersten Durchläufen wurden Motivation und Erwartungen der teilnehmenden Studierenden vor Beginn des Blockpraktikums mittels Fragebogen erfragt (Bogen 1). Außerdem wurden sie nach seinem Ende über dessen Organisation, Inhalte, Durchführung und die angebotenen Lernmittel sowie die eigenen Lernfortschritte und das Erreichen der gesetzten Ziele im Sinne einer Selbsteinschätzung befragt (Bogen 2). Desweiteren wurden die Betreuer um ihre Einschätzung der oben genannten Bereiche gebeten (Bogen 3). Hinsichtlich des Frageninhalts sowie der Skalierung aller Bögen wurden die Erfahrungen beim Blockpraktikum "Innere Medizin" in Ulm berücksichtigt. Die folgenden Ergebnisse beziehen sich auf die Evaluation mittels Fragebögen durch die insgesamt 19 Studierenden (und zum Vergleich teilweise auch der Betreuer, von denen insgesamt 38 Bögen vorlagen) während der ersten drei Durchgänge des Praktikums.

Nach dem vierten Durchgang fand erstmals eine Überprüfung der erworbenen Kompetenzen (d.h. Wissen, Fertigkeiten und teilweise auch Haltungen) statt, die in Form einer OSCE (objective structured clinical examination) unter Einschluß einer Kontrollgruppe durchgeführt wurde. Mit dieser Prüfungsform bestehen im Ausland vielfältige Erfahrungen und sie wird auch im Untersuchungskurs an der MHH erprobt (s. gesonderter Beitrag). Über die Ergebnisse des Blockpraktikum-OSCEs werden wir später getrennt berichten.

Wissen und Fertigkeiten vor/ nach Praktikum

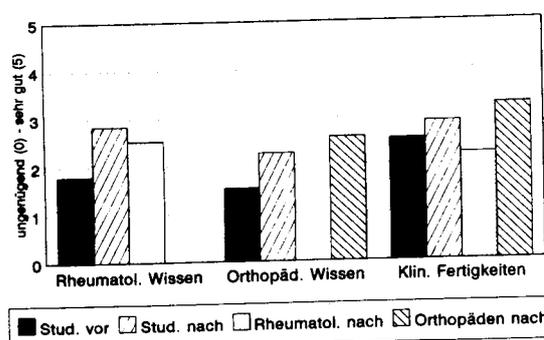


Abb. 1

Ergebnisse

Allgemeine Bewertung und Lernerfolg

Das Praktikum insgesamt sowie der Lernerfolg wurden befriedigend bewertet (nach Schulnoten je 2,8). Die Form als Blockpraktikum wird von 89% der Studierenden und 81% der Ärzte als geeignet empfunden. Die Studierenden gaben an, 56% ihrer (selbst gesteckten) Lernziele erreicht zu haben, wobei für

sie der Nutzen größer als der Aufwand war. Nach ihrer Einschätzung verbesserten sich sowohl ihr Wissen wie als auch ihre Fertigkeiten, und zwar die internistisch-rheumatologischen Kenntnisse 4,2 auf 3,2, die orthopädischen Kenntnisse von 4,5 auf 3,7 und die klinischen Fertigkeiten von 3,5 auf 3,1 (Abb. 1). Interessant ist dabei die Beobachtung, daß die Internisten die Studierenden etwas schlechter als diese selbst, die Orthopäden sie jedoch etwas besser beurteilen.

Durchgeführte Tätigkeiten

Bei 20 abgefragten Tätigkeiten erwarteten die Studierenden, insgesamt 146x zu assistieren und 123x selbst tätig zu werden. Tatsächlich waren sie 84x (58%) assistierend und 29x (24%) selbständig tätig. Die Tätigkeiten, die sie mit 15 bis 14x am häufigsten selbst auszuführen erwarteten (komplette Anamnese, Befunddokumentation, Untersuchung des Bewegungsapparates, allgemeine Untersuchung), führten sie nur je ca. 5x durch und assistierten stattdessen häufiger (Abb. 2). Andere Tätigkeiten fanden insgesamt seltener als von den Studierenden erwartet statt, dazu zählten das Aufstellen von Diagnostik- oder Therapieplänen (Abb. 3). Demgegenüber assistierten die Studierenden etwa so häufig wie erwartet. Deutlich fällt die Angabe über das selbständige (und assistierende) Vorstellen von Patienten durch die Studierenden während der Visiten aus (Abb. 4).

Selbständige und assistierende Tätigkeiten I

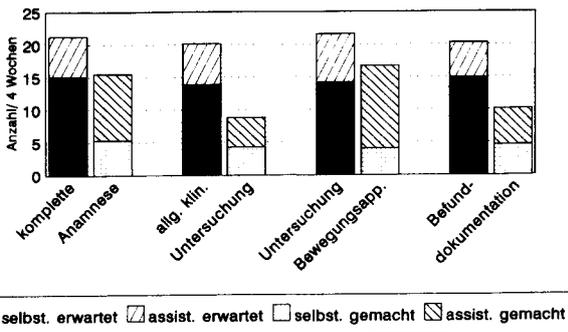


Abb 2

Selbständige und assistierende Tätigkeiten II

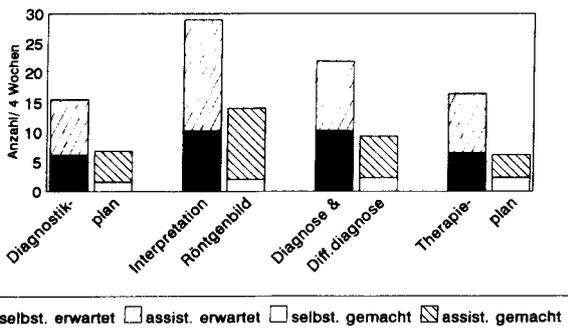


Abb 3

Selbständige und assistierende Tätigkeiten III

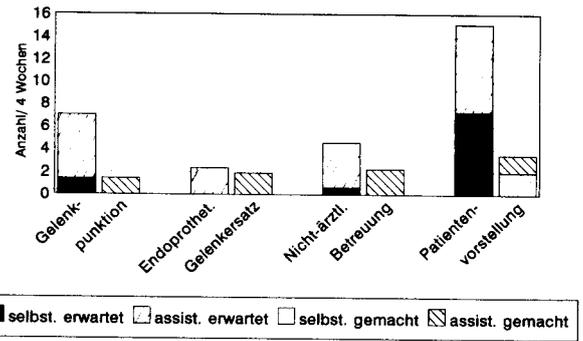


Abb 4

Beurteilung von Aktivitäten

Desweiteren wurden die Studierenden befragt, von welchen der angebotenen bzw. von ihnen erwarteten Aktivitäten sie am meisten profitiert hätten. Dabei ergab sich, daß sie vor allem von speziell für sie angebotenen Veranstaltungen profitierten (Besprechen konkreter Fragen mit Stationsärzten, Erstellen des Progress-Reports, Seminare und Betreuung eigener Patienten) und weniger von routinemäßig stattfindenden Aktivitäten wie Visiten oder Operationen (Abb. 5).

Bewertung der Aktivitäten

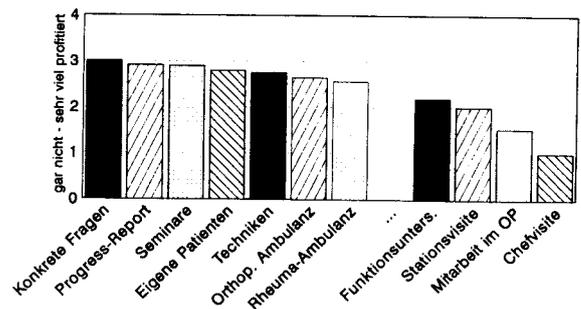


Abb 5

Zeitaufwand

Vor Beginn des Praktikums hatten die Studierenden erwartet, daß ihr Zeitaufwand in der Klinik pro Tag bei 6,0 h würde, wovon sie 3,6 h am Patienten verbringen würden. Außerdem gingen sie von zusätzlichen 1,7 h Eigenstudium aus. Tatsächlich verbrachten sie 7,4 h in der Klinik (davon 2,8 h am Patienten) und 1,0 h mit Selbststudium. Die betreuenden Ärzte gaben an, daß sie wegen des Praktikums einen zeitlichen Mehraufwand von 0,9 h pro Tag hatten.

Schlußfolgerungen

Das Praktikum konnte mit Erfolg etabliert werden. Ein Großteil der gesteckten Ziele konnte erreicht werden; jedoch zeigt die Evaluation auch, daß einige Vorgaben mit der zur Verfügung stehenden Zeit und Betreuungsrelation nicht zu erreichen waren und entsprechend angepaßt werden sollten.

Danksagung: Wir danken allen beteiligten Kolleginnen und Kollegen in den Abteilungen Rheumatologie und Orthopädie sowie der Robert-Bosch-Stiftung für die Unterstützung der Evaluation.

Literatur

DOHERTY M, DACRE J, DIEPPE P, SNAITH M: The 'GALS' locomotor screen. *Ann Rheum Dis* 1992; 51: 1165-1169

DOHERTY M, DAWES P: Guidelines on Undergraduate Curriculum in the UK. *Br J Rheumatol* 1992; 32: 409-412

GULICH M, ADLER G, FETZER, A, HEIMPEL H: Entwicklung ärztlicher Fähigkeiten im "Blockpraktikum Innere Medizin". *Internist* 1994; 35: 664-669

JONES A, REGAN M, LEDINGHAM J, DOHERTY M: Can we alter doctors' awareness of locomotor problems? *Br J Rheumatol* 1991; 30 (suppl 2): 1

SCHACH E, SCHWARTZ FW, KEREK-BODDEN HE (Hrsg): Die EVaS-Studie - Eine Erhebung über die ambulante medizinische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Köln: Deutscher Ärzteverlag, 1989

Dr. med. Reinhard Busse, M.S.P.
Abt. Epidemiologie und Sozialmedizin (OE 5410)
Medizinische Hochschule
D 30623 Hannover

EVALUATION KLINISCHER KOMPETENZ IN DER INNEREN MEDIZIN DER MEDIZINISCHEN HOCHSCHULE HANNOVER

T.O.F. WAGNER, J. BLUME, O. KRÜGER, L. VON DER HEID, R. BUSSE** UND T. WELTE*¹

Zusammenfassung

Fragestellung: Es wurde untersucht, ob mit Hilfe der objective structured clinical evaluation (OSCE) klinische Kompetenz sensitiv (Wissenszuwachs) und objektiv (reproduzierbar, Prüfer-unabhängig) meßbar gemacht werden kann. Klinische Kompetenz wird in diesem Zusammenhang definiert als die Summe aus Fähigkeiten bei der Erhebung der Anamnese, bei der körperlichen Untersuchung, bei der Interpretation von Labor- und anderen apparativen Untersuchungsergebnissen, bei der Diagnostik- und Therapieplanung und beim Patientenmanagement.

Methoden: Die zu evaluierenden Studierenden durchlaufen einen Aufgaben-Parcours, der sich aus insgesamt 19 solcher Elemente zusammensetzt. Die Lösung einer Aufgabe wird anhand vorgegebener Checklisten beurteilt. Die eigenen Ergebnisse werden den Studierenden zusammen mit den Durchschnittswerten aller anderen Studierenden übermittelt.

Ergebnisse: Die Analyse der Evaluation von jeweils 20 Studierenden mit dem gleichen OSCE zeigte einen deutlichen Kompetenzzuwachs der Studierenden mit höherer Semesterzahl (Vergleich erstes und drittes klinisches Semester und PJ). Bei Wiederholung mit anderen Aufgaben nach identischem Muster innerhalb eines Semesters war ein geringer Vorteil zu erkennen.

Schlußfolgerung: Nach unseren ersten Erfahrungen ist OSCE ein geeignetes Testverfahren zur Evaluation von klinischer Kompetenz in der Inneren Medizin. Die Durchführung mit einem relativ kleinen Kollektiv von 80 Studierenden an einem Tag war nur mit erheblichen Aufwand zu realisieren. Eine fast durchweg positive Studierendenresonanz ermutigt uns zu einer Fortsetzung des OSCE-Projektes im Hinblick auf die Etablierung einer objektiven Evaluationsform. Das Verfahren verspricht erstmals auch die Untersuchbarkeit von Reproduzierbarkeit, Objektivität sowie Spezifität und Sensitivität der Evaluationsmethode. OSCE ist anscheinend ein geeignetes Medium, um Schwächen in der ärztlichen Ausbildung aufzudecken. Der erhebliche Vorbereitungs- und Durchführungsaufwand, bei dem der Dozenten-Studierendenquotient nahe bei 1 liegt, erfordert allerdings besondere Anstrengungen.

Summary

Objective: The question whether objective structured clinical evaluation (OSCE) is capable of measuring clinical competence with sufficient sensitivity (with regard to an increase of competence), objectivity, and observer independent reliability was addressed. Clinical competence in this context is being defined as a combination of skills in patient history taking, physical examination, interpretation of laboratory and other results, planning of diagnostic and therapeutic procedures, and in patient management.

Methods: All students to be evaluated had to accomplish a parcours consisting of 19 different clinical stations. The percentage of correct actions taken by the students was calculated as compared to a check list. After the evaluation each student gets his or her own results together with the group mean.

Results: The analysis of a random sample of twenty students in each group of third, fourth and last year students of our medical school with the identical OSCE showed a significant increase of clinical competence with longer training. When repeating the evaluation with similar stations within a few months an advantage for those performing a second evaluation was seen.

Conclusions: According to our preliminary experiences OSCE is a well suited tool to assess clinical competence in internal medicine. The organisation of an OSCE for 80 students in one day, though, was a demanding logistic task. An extremely positive reaction from students and teachers involved will encourage us to continue our efforts in establishing this objective method of evaluation. The procedure promises the chance to evaluate the reproducibility and objectivity as well as the sensitivity and specificity of the evaluation method itself. OSCE seems to be capable not only to detect strength and weakness of individual students' skills but will also provide information as to the shortcomings of the institutional training. The significant effort necessary in logistics and man power to perform these evaluations requiring a teacher student ratio near one will be hard to be overcome in large medical faculties.

¹ Abteilung Pneumologie im Zentrum Innere Medizin und Dermatologie sowie **Abteilung Epidemiologie und Sozialmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover und *Abteilung Pneumologie, Otto-von Guericke-Universität Magdeburg

Einleitung

Im Laufe des Medizinstudiums sollen Studierende klinische Kompetenz erwerben. Dazu gehören neben theoretischem Grundlagen- und Fachwissen auch praktische Fertigkeiten wie z.B. Anamneseerhebung, körperliche Untersuchungstechniken, Umgang mit den Patienten usw. Der Erwerb dieser praktischen Fertigkeiten wird zwar in aller Regel durch die Beobachtung der Studierenden während des Unterrichts am Krankenbett durch die Dozenten kontrolliert, eine objektive Prüfmethode ist aber in Deutschland nicht etabliert. Da Multiple-Choice-Tests klinische Fertigkeiten nicht prüfen, unterbleibt zwangsläufig die Überprüfung während des Studiums und wird nur im Rahmen der ärztlichen Prüfungen durch persönliche Prüfungen erfaßt. Bei diesen "zertifizierenden" Prüfungen liegt aber neben der Problematik, daß persönliche Prüfungen nicht frei von einem erheblichen subjektiven Einfluß sind, das Gewicht nicht und schon gar nicht allein auf der Beurteilung der praktischen Fertigkeiten.

Um diese unbefriedigende Situation zu verbessern, wurde erstmals im Wintersemester 1993/94 eine "objektive structured clinical evaluation" (OSCE) an der Medizinischen Hochschule durchgeführt. Diese schon 1975 von R.M. Harden als "objective structured clinical examination" beschriebene Methode (1-3) versucht eine objektive und praxisbezogene Evaluation klinischer Kompetenz durch verschiedene Konstruktionsprinzipien zu erreichen(4):

1. Die Prüfungsinhalte und deren Schwierigkeitsgrad sind vorab schriftlich fixiert und werden vom Prüfer mittels Checkliste abgefragt.

2. Alle Studierenden treffen unter gleichen Bedingungen auf die gleichen Aufgaben und Prüfer oder gleich instruierte und nach gleichen Checklisten bewertende Prüfer.

3. Die Studierenden müssen ihre ärztlichen Fähigkeiten in klinischen Standardsituationen unter Beweis stellen.

Statt der ursprünglichen Bezeichnung 'examination' ziehen wir 'Evaluation' vor, da nicht die "bestanden/nicht bestanden"-Frage mit dieser Methode beantwortet werden soll, sondern vielmehr Lehrende und Lernende über Stärken und Schwächen eine Rückkopplung erhalten sollen.

Eine erste OSCE im Dezember 1993 mit 20 Studierenden des damaligen fünften Semesters (erstes klinisches Semester) bestätigte die technische Durchführbarkeit und wurde von den Teilnehmern positiv aufgenommen. Daraufhin entschlossen wir uns, eine verbesserte, zweite OSCE im Februar 1994 mit 80 Studierenden aus 3 verschiedenen Ausbildungsabschnitten unter folgenden Fragestellungen durchzuführen:

1. Ist es möglich, eine OSCE mit größeren Studierendenzahlen für alle Beteiligten (Patienten, Studierende und Dozenten) mit akzeptabler Belastung durchzuführen?

2. Ist ein Vergleich der Ergebnisse zur Bestimmung des Entwicklungsstandes der Fertigkeiten in unterschiedlichen Studienabschnitten geeignet?

3. Läßt sich Wissenszuwachs der Studierenden ausreichend sensitiv messen?

4. Hat die wiederholte Teilnahme an einer OSCE einen Einfluß auf die Ergebnisse im Vergleich zu Studierenden, die zum ersten Mal an einer OSCE teilnehmen?

Grundlagen

Die inhaltliche Festlegung von Prüfungsgegenständen verlangt eine Definition der Lehrinhalte, wenn aus den Ergebnissen auf Können oder Lernen geschlossen werden soll. Die von uns eingesetzte OSCE soll "klinische Kompetenz" prüfen, die im Verlaufe des gesamten klinischen Studienabschnittes erworben wird. Hierbei geht es weniger um Wissen (Krankheitslehre, Therapieprinzipien), sondern vielmehr darum, das als selbstverständlich vorhanden angenommene oder durch Multiple Choice (MC) geprüfte und evtl. zertifizierte Wissen in der realistischen klinischen Situation anzuwenden. Der Begriff "klinische Kompetenz" schließt in diesem Zusammenhang auch so schwierig zu definierende Elemente wie "Umgang mit dem Patienten", "Schaffen einer Vertrauensbasis", "Etwas erklären können", "Auf den Patienten eingehen" und andere Elemente der Arzt-Patienten-Beziehung mit ein. Da eine solche Kompetenz ohne "Wissen" eine Farce und theatralische Leistung fern ab von ärztlicher Kompetenz wäre, muß die Prüfung von klinischer Kompetenz auch immer die Anwendung von Wissen und Fertigkeiten beinhalten. Insofern ist die OSCE-Situation eine dem Problemorientierten Lernen sehr verwandte und könnte als "Problemorientierte Prüfung" bezeichnet werden. Die Bewältigung eines Problems (anamnestischer, untersuchungstechnischer, diagnostischer, therapeutischer Art) wird entsprechend einer vorgegebenen Check-Liste erfaßt, wodurch eine Verlagerung von der subjektiven Bewertung des vom Studierenden Geleisteten zu einer objektiven Beurteilung angestrebt wird. Neben dieser 'objektiv' beurteilbaren Kategorie von Fähigkeiten bleiben aber noch nur der subjektiven Einschätzung zugängliche Elemente ("freundlich", "herzlich" oder "zugewandt" z.B.), die in der OSCE separat notiert werden und nur zur Information der Studierenden über ihre "Wirkung auf Andere" dienen. Das evaluierte Können gliedert sich demnach in drei Teilleisten:

1. Fertigkeiten: objektive Bewertung von Leistungen mit Hilfe von vorgegebenen Checklisten.

2. Umgang: subjektive Notizen zur Information der Studierenden über die Wahrnehmungen der Dozenten den "Umgang" mit dem Patienten betreffend.

3. Wissen: Inhalt der Feedbackstationen, die im wesentlichen MC-Fragen zur vorausgegangen Station beinhalten.

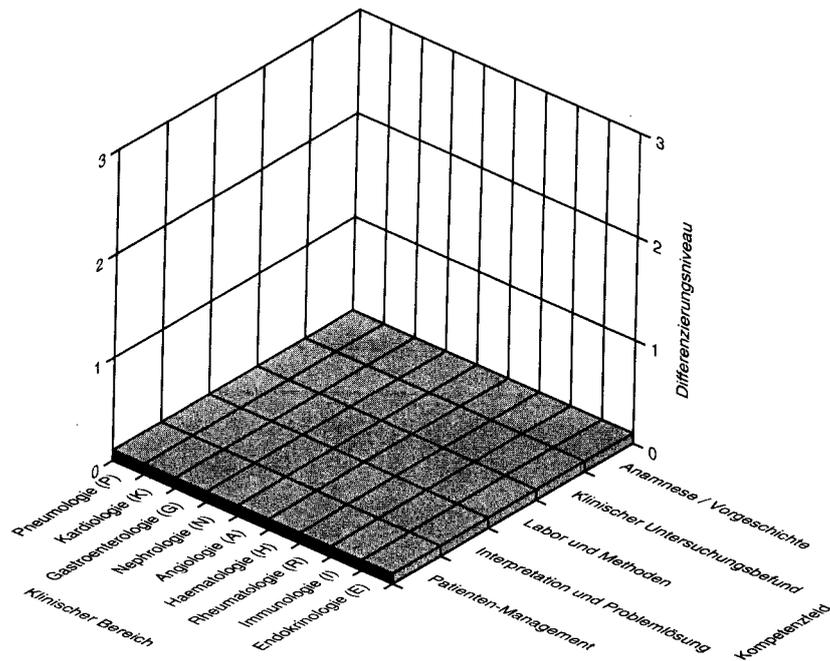


Abb. 1a

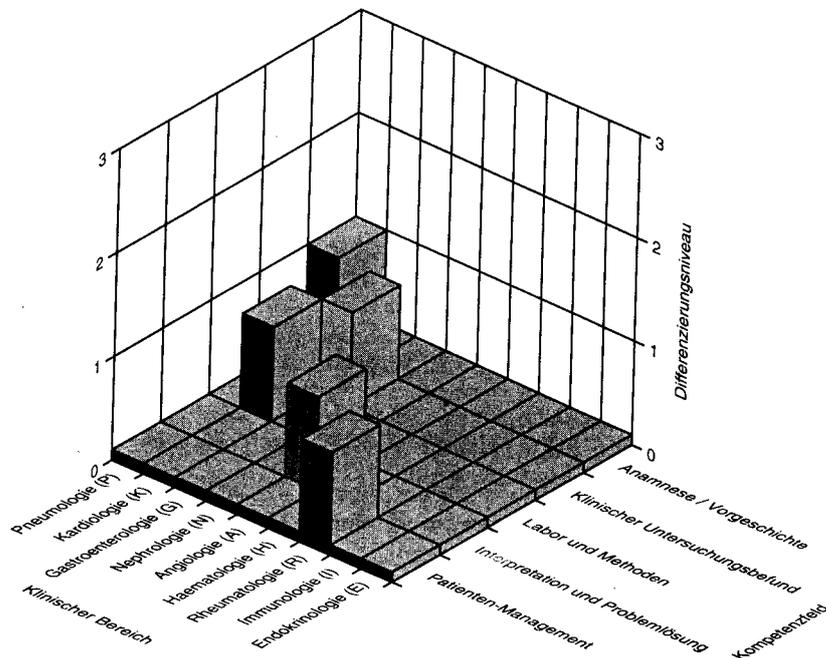


Abb. 1b

Abb. 1a, b, c und d: Entwicklung des Kompetenzraumes

Es wird die Hypothese zugrundelegt, daß "klinische Kompetenz" in Teilbereichen der Inneren Medizin sich zusammensetzt aus den Feldern der Anamneseerhebung, der körperlichen Untersuchung mit allen manuellen und intellektuellen Teilaspekten, der Fähigkeit der Indikationsstellung für weitergehende Methoden (Labor, apparative Diagnostik etc.), der Interpretation von diesen Ergebnissen und der Möglichkeit in konkreten Situationen diagnostische oder therapeutische Lösungswege und Strategien zu entwickeln und aus der Fähigkeit mit dem Patienten umzugehen, ihm Maßnahmen, Ergebnisse und Risiken zu verdeutlichen, was als "Patientenmanagement" zusammengefaßt wird. Diese Felder sind für die einzelnen Bereiche der Inneren Medizin zu Beginn des klinischen Studienabschnittes "nur vorbe-

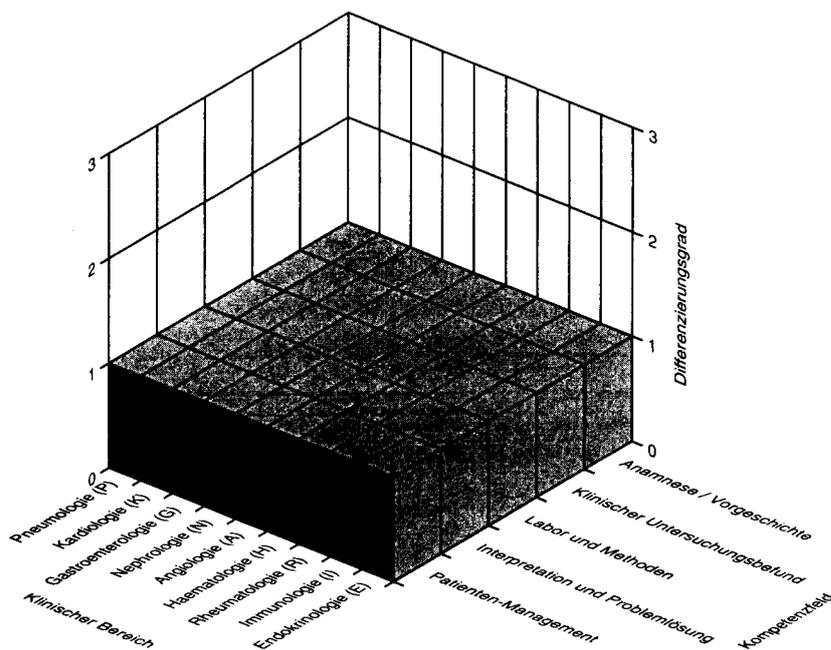


Abb. 1c

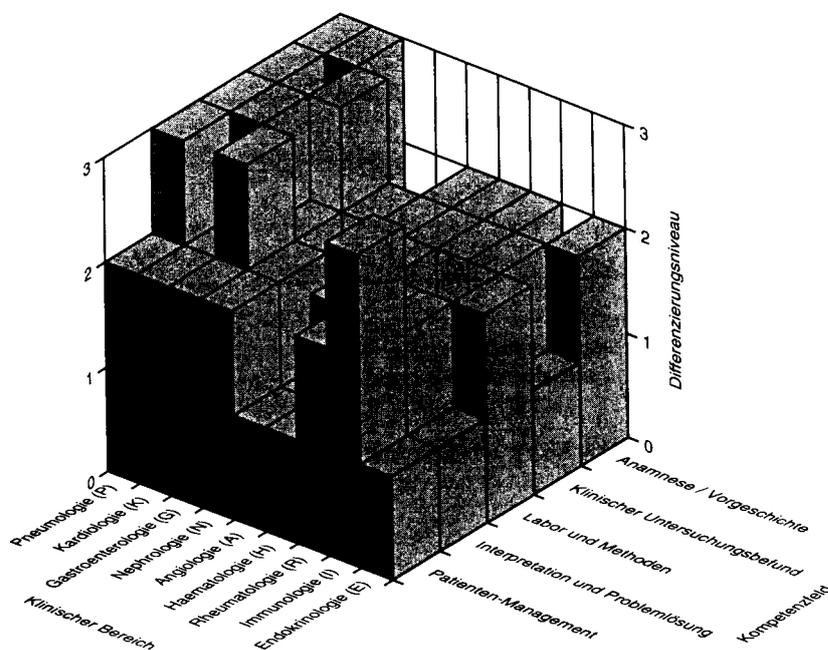


Abb. 1d

reitet" (Abb. 1a, oben links), wobei natürlich nicht die hier schematisch dargestellte Gleichförmigkeit der Basis gegeben ist, sondern neben Stärken auch Schwächen und "Löcher" vorkommen. Mit fortschreitenden Unterricht (Differenzierungsgrad) wird erst in einzelnen Feldern und Teilbereichen der Inneren Medizin Kompetenz erworben (Abb. 1b, oben rechts) und dann auch in allen Bereichen eine "Mindestkompetenz" (Abb. 1c, unten links). Auch hier gibt es natürlich in der Ausbildungsrealität Inhomogenitäten in der Gruppe wie beim Einzelnen (Stärken und Schwächen). Im weiteren Verlauf des Studiums werden diese Inhomogenitäten durch Neigung aber auch durch eine nicht mehr homogen zu bewältigende Anspruchsfülle immer deutlicher (Abb. 1d, unten rechts: fiktiver Kompetenzraum eines pneumologisch besonders interessierten Studenten).

Bei der Definition der Lehr- und Prüfinhalte gehen wir von einer Kompetenzmatrix aus, die im Verlauf des Studiums zu einem dreidimensionalen Kompetenzraum entwickelt wird (Abb. 1a - d). Diese Struktur stellt den Versuch einer schematisierten Beschreibung der Elemente und Entwicklungen dar, aus denen sich klinische Kompetenz zusammensetzt und dient in diesem Zusammenhang nur dazu, die abgefragten und damit evaluierten Elemente zu verdeutlichen und zu gliedern. Neben den Feldern der Anamneseerhebung, der klinischen Untersuchungsfertigkeiten (diese beiden Elemente sind Gegenstand des Untersuchungs- bzw. "Klopf"-kurses) und denen der diagnostischen Methoden (Labor, EKG, Lufu, Röntgen etc.) werden im zweiten klinischen Studienabschnitt zusätzlich Interpretation und Problemlösung gelehrt. Patientenmanagement, -aufklärung und -beratung sind dann zusätzliche Inhalte des Praktischen Jahres. Diese sich entwickelnde Komplexitätsspirale wird sich notwendigerweise auf die großen Felder der internistischen Fachgebiete anwenden lassen¹. So ergibt sich die Notwendigkeit, solchen Kompetenzerwerb für die klinischen Probleme der Pneumologie, der Kardiologie, der Gastroenterologie und Nephrologie, der Angiologie und Haematologie, der Rheumatologie usw. zu ermöglichen. Der Umfang des Stoffes läßt eine allgemeine Strategie der Problembewältigung günstiger erscheinen als ein vollständiges Wissens- und Lehrangebot. Auf jedem dieser Felder von Kompetenz gibt es dann noch eine unterschiedlich hohe Anforderung - unterschiedlich in Hinsicht auf die Komplexität der Zusammenhänge, der Tragweite für den Patienten etc. Auch wenn die Berücksichtigung aller o.g. internistischer Teilgebiete die Gefahr der Überfrachtung des Lehrangebotes vermuten lassen könnte, hat die Evaluation nicht zwangsläufig zur Vorbedingung, daß genau dieses Problem im Unterricht vorgekommen ist. Für die Planung einer Unterrichtsevaluation ist aber von wesentlicher Bedeutung, daß die abgefragten Elemente auch tatsächlich vom Studierenden verlangt werden können - entweder, weil tatsächlich dieses spezielle Thema oder ein entsprechendes Problem als Beispiel Gegenstand des Unterrichts war - oder, da dem Studierenden die Methoden zur Aufgabenbewältigung in allgemeiner Form verfügbar gemacht worden sind. Voraussetzung für eine sinnvolle Evaluation des Lernerfolges ist demnach die vorhergehende Definition der Lehrinhalte und der didaktischen Mittel und Wege.

Methoden

Der von uns im Februar 1994 durchgeführte OSCE umfaßte Aufgabenstationen mit folgender Aufteilung:

1. 4 Anamnese-Stationen mit jeweils 1 Feedbackstation

¹In diesem Zusammenhang sind die "großen Felder" im Sinne der klinischen Bedeutung und der praktischen und didaktischen Relevanz und nicht im Sinne der Größe von Abteilungen oder universitärer Institutionen gemeint.

2. 3 Untersuchungsstationen (inklusive einer Reanimationsstation) mit jeweils 1 Feedbackstation
3. 2 Labor- und Methodenstationen
4. 2 Problemlösungsstationen
5. 1 Patientenmanagementstation

Für die Bearbeitung jeder Station stehen jeweils fünf Minuten zur Verfügung. Auf ein vereinbartes Signal verlassen die Studierenden die jeweilige Aufgabenstation und haben anschließend eine Minute Zeit, um zur nächsten Station zu wechseln und dort die außen an der Tür angebrachte Aufgabe zu studieren, bevor sie auf ein weiteres Signal den Raum zur Bewältigung der Aufgabe betreten.

Anamnese-Station

Die Studierenden haben die Aufgabe, unter einer konkreten Fragestellung die Anamnese eines Patienten bzw. Simulationspatienten zu erheben. Als Beispiel sei hier die Erhebung der Anamnese bei einem Patienten erwähnt, bei dem der Verdacht auf eine HIV-Infektion besteht². Im direkten Anschluß wird in einer Feedbackstation diese Anamnese durch einige Fragen schriftlich überprüft, wobei der Student eigene Schwächen, aber auch Stärken erkennen kann. Zu dieser unmittelbaren Rückkopplung dient die Befragung des Studenten in der nächsten Station, wo z.B. nach Risikofaktoren gefragt wird.

Untersuchungsstation

Ähnlich wie bei den Anamnese-Stationen trifft der Student auf Patienten bzw. simulierte Patienten, die er unter einer bestimmten Fragestellung untersuchen muß³. Auch hier folgt anschließend eine Feedbackstation, die den Studierenden zu ihrer eigenen Einschätzung dienen soll.

Patientenmanagementstation

Bei diesem Aufgabentyp erwarten die Studierenden Fragestellungen aus dem Bereich der Aufklärung und Beratung von Patienten⁴.

Das Abschneiden der Studierenden an Anamnese-, Untersuchungs- und Patientenmanagementstationen wird unmittelbar durch Dozenten auf Checklisten festgehalten, in denen feste Vorgaben für richtige Antworten, Frage- oder Untersuchungsinhalte gemacht sind. Hinzu kommt eine kurze subjektive Beurteilung des Auftretens, welche separat von den "objektiven" Daten analysiert werden.

Labor- und Methodenstation

²Beispiel: "Bei diesem Patienten besteht der Verdacht auf eine HIV-Infektion. Erheben Sie eine gezielte Anamnese. Sie haben 5 Minuten Zeit."

³Beispiel: "Untersuchen Sie den Patienten dieser Station bitte gezielt wie bei Verdacht auf Asthma bronchiale. Erläutern Sie bitte kurz Ihre Untersuchungsschritte. Sie haben 5 Minuten Zeit".

⁴Beispiel: "Die Untersuchung hat ergeben, daß dieser Patient an Diabestes mellitus Typ 2 mit Adipositas leidet. Erklären Sie dem Patienten, warum eine Diabetesdiät mit Reduktionsskost angezeigt ist und was bei ihr beachtet werden muß. Sie haben 5 Minuten Zeit".

Diese umfassen die Auswertung und Interpretation von Röntgenbildern, EKG, Lungenfunktionsprüfungen, Laborwerten, etc.⁵.

Interpretations- und Problemlösungsstation

Diese erfordert vom Studierenden differentialdiagnostische Überlegungen. Beispielsweise sollen weiterführende diagnostische Maßnahmen vorgeschlagen werden⁶.

Die Aufgabenstellungen der zuletzt genannten Stationstypen sind auf vorgefertigten Auswertungsbögen zu bearbeiten.

Durchführung der OSCE

Die OSCE-Durchführung erfolgt in Form eines Rundparcours (vergl. Abb. 2). So kann an allen Stationen mit Ausnahme der Feedbackstationen jeweils ein Student beginnen und anschließend den Parcours durchlaufen, in dem auch eine Pausenstation vorgesehen ist. Zur Evaluation von jeweils 20 Studierenden werden bei diesem Vorgehen acht Patienten bzw. Simulationspatienten und etwa 12 Helfer bzw. Dozenten benötigt.

Wegen des geplanten Vergleichs der klinischen Kompetenz in verschiedenen Studienabschnitten, wurden alle Studierenden mit der gleichen OSCE konfrontiert, die in Schwierigkeitsgrad und Inhalten eher auf die klinische Kompetenz von Studierenden im Praktischen Jahr als von solchen im ersten klinischen Semester eingestellt war.

Ergebnisse

Es werden im Folgenden nur die Ergebnisse der objektiven Bewertung der praktischen Stationen (nicht der Feedbackstationen) dargestellt, wobei auf Grund der kleinen Zahl der evaluierten Studierenden in jeder Gruppe (jeweils $n = 20$) die Aussagekraft nur begrenzt sein kann. Im Verlauf des klinischen Studiums ist ein Zuwachs in praktisch allen Bereichen klinischer Kompetenz nachzuweisen (zusammengefaßte Ergebnisse in Abb. 3). Die überraschende Ausnahme bildet die Untersuchungstechnik im Abschnitt des Praktischen Jahres. Das schlechte Ergebnis der PJ-Studierenden wird zu einem Teil durch das Abschneiden dieser Studierenden bei der Reanimationsstation begründet. Die Notfallmedizin ist in Hannover zuletzt im 7. Semester Gegenstand des Curriculums, und es ist bekannt, daß bei mangelnder Übung es zu einem raschen Verfall der Kenntnisse in diesem speziellen Kompetenzbereich kommt. Aber auch an den anderen Untersuchungsstationen zeigt sich eine gewisse Nachlässigkeit der PJ-Studierenden und eine geringere

Punktzahl als bei den Studierenden im siebten Semester. Der Vergleich der Studierenden, die erstmalig an einer OSCE teilnahmen mit denen, die zum zweiten mal mitmachten, zeigt kein deutlich besseres Abschneiden für die Studierenden mit Übung. Grundsätzlich ist eine neue Prüfungsform für Prüfer und Prüfling gewöhnungsbedürftig. Insbesondere das "Rollenspiel" bedarf einiger Übung, wenn z.B. ein 45-jähriger Dozent eine 32-jährige Patientin bei einer Anamnese-Station darstellt. Der fehlende Unterschied kann zeigen jedoch, daß Studierende sich offensichtlich unproblematisch schon bei der ersten OSCE mit dieser Situation arrangieren können und die Wiederholung nicht notwendig ist, um mit der Situation adäquat umgehen zu können. Es kann hieraus allerdings nicht abgeleitet werden, daß die OSCE per se keinen lehrenden Effekt besitzt, da das Intervall von acht Wochen zwischen erster und zweiter OSCE hierfür möglicherweise zu kurz ist. Das bessere Ergebnis der "Zweitteilnehmer" in der (einen) Managementstation, wo es auf das "mit dem Patienten reden" ankommt, könnte sowohl für eine Gewöhnung an die Situation des Rollenspiels als auch für ein bewußtes Training dieser Fertigkeiten in der Zeit zwischen erster und zweiter OSCE sprechen. Andererseits kann von der OSCE kein wesentlicher Wissenszuwachs vermittelt werden, so daß ein besseres Abschneiden der Zweitteilnehmer in den Stationen der Labor- und anderer Methoden oder der Interpretation und Problemlösung im ersten klinischen Semester nicht zu erwarten ist.

Bei einem Vergleich der Labor- und anderen Methodenstationen und auch bei Interpretation und Problemlösung (Abb. 3) zeigt sich ein ähnliches Verteilungsmuster wie bei den Anamnese-Stationen, allerdings auf noch niedrigerem Niveau. Offensichtlich besteht hier ein deutliches Ausbildungsdefizit auch in den späteren Studienabschnitten.

Die Evaluationsmethode erwies sich als auch für eine Gruppe von 80 Studierenden mit vertretbarem Aufwand durchführbar. Insgesamt scheint OSCE auch bei vorsichtiger Interpretation der Untersuchung an kleinen Studierendenzahlen in der Lage zu sein, neben Zuwachs an klinischer Kompetenz auch Verlust von Fertigkeiten (Reanimationskompetenz) erfassen zu können. Auch sind die Ergebnisse bezüglich des Kompetenzvergleichs unterschiedlicher Ausbildungsabschnitte plausibel. Ob OSCE selbst einen wesentlichen "Lehr"-Effekt hat, läßt sich mit dieser Untersuchung nicht belegen. Teilnehmende Dozenten und Studierende hatten neben ausdrücklich gelobtem "Spaß" bei der Evaluation auch den Eindruck, daß durch diese Art des Feedback auch die Lehr- und Lernmotivation wesentlich gefördert werden müßte.

Diskussion

Die Notwendigkeit von Lernevaluation im Medizinstudium ist unbestritten. Wissen und Können von Medizinstudierenden sollte soweit überprüfbar sein, daß medizinische Kompetenz als Eingangskriterium in den ärztlichen Beruf gefordert, geprüft und bescheinigt

⁵Beispiel: "Beurteilen Sie das Ihnen vorliegende Röntgenbild. Notieren Sie auch evtl. vorliegende pathologische Veränderungen. Formulieren Sie anschließend eine Verdachtsdiagnose. Sie haben 5 Minuten Zeit".

⁶Beispiel: "Sie haben nach Erhebung der Anamnese und Durchführung der körperlichen Untersuchung bei einem Patienten den Verdacht auf eine Lungenembolie. Welche weiteren diagnostischen Maßnahmen halten Sie für sinnvoll? Begründen Sie Ihr Vorgehen. Sie haben 5 Minuten Zeit".

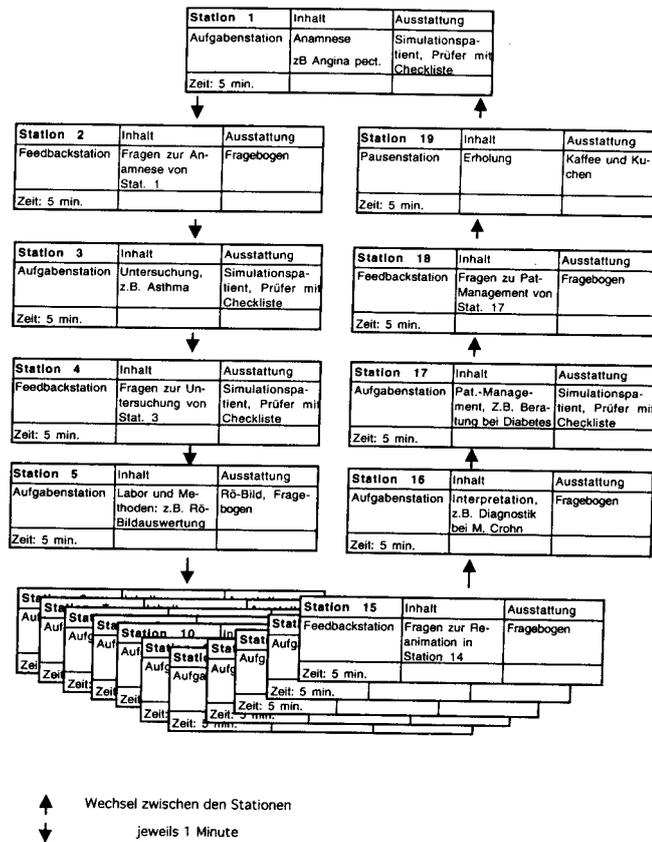


Abb. 2

Schematische Darstellung der Abfolge der verschiedenen OSCE-Stationen in Form eines Rundparcours. Der Übersichtlichkeit halber sind einige Stationen am unteren Bildrand zusammengeschoben. An jeder der Stationen kann einer der Studierenden mit der Evaluation beginnen. Daraus ergibt sich, daß die Kapazität eines solchen OSCE-Parcours gleich der Zahl der gleichzeitig betriebenen Stationen ist (in unserem Fall 20 Stationen und 20 Studenten)

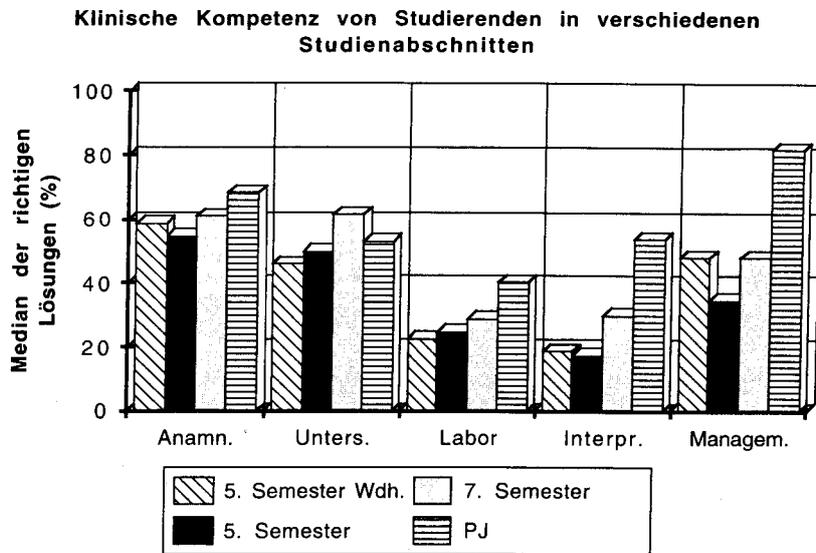


Abb. 3

Zusammenfassung der objektiven Ergebnisse der OSCE in verschiedenen Studienabschnitten (Details s. Text).

werden können. Wissen ist mit Hilfe von z. B. Multiple-Choice-Fragen leicht und objektiv zu überprüfen. Die wichtigere Frage nach der Fähigkeit mit diesem Wissen umzugehen kann mit diesen objektiven Verfahren nicht beantwortet werden (5,6). Daraus haben Studenten, Dozenten und Nichtmediziner eine oft emotionale Diskussion über die Notwendigkeit persönlicher (subjektiver) Prüfungen abgeleitet, die bis heute nicht abgeschlossen ist. Neben der Art der Prüfung ist die zeitliche Struktur der Prüfung von eminenter Bedeutung: soll am Ende eines Abschnittes eine Bestanden-Durchgefallen-Prüfung die Lernbilanz prüfen und bescheinigen (summative Prüfung) oder soll während des Studiums das Ergebnis einer Prüfung dem Studierenden eine Möglichkeit und Notwendigkeit zur Korrektur (formative Prüfung) aufzeigen (7)? Da uns durch die ärztliche Approbationsordnung die Möglichkeiten zur Änderung der Staatsprüfungen derzeit nicht gegeben sind, haben wir uns vorrangig mit der Gestaltung der formativen Prüfung als Korrektiv für Studierende und Lehrende während des Studiums beschäftigt. Im Gegensatz zu einer Bestanden-Durchgefallen-Prüfung bezeichnen wir diese Art von Test als "Evaluation" und wandeln dementsprechend die von Harden als "objective structured clinical examination" publizierte Methode um in 'objective structured clinical evaluation', wobei mit Absicht die vom Erstbeschreiber eingeführte Abkürzung "OSCE" beibehalten wird.

Dem Anspruch der Objektivität bei der Messung von klinischer Kompetenz kommt diese Methode dadurch nach, daß allen Prüflingen die gleiche Aufgabe unter praktisch identischen Bedingungen gestellt wird. Dies ist in Anamnesestationen und Untersuchungsstationen meist nur durch Simulationspatienten zu realisieren, da einem Kranken oft nicht die gleiche Untersuchung durch zwanzig Studierende in zwei Stunden zugemutet werden kann. Bei größeren Studierendengruppen wie z.B. in Hannover sollte ja die Prüfungssituation für die gesamte Gruppe gleich sein können. Hier wird deutlich, daß einem einzelnen Patienten die Untersuchung durch ein komplettes Semester (derzeit ca. 350 Studierende in jedem Semester) natürlich nicht zuzumuten sein kann. Auch läßt sich eine solche Prüfung nicht organisieren, ohne daß die später evaluierten Studierenden von den zuvor evaluierten die genauen Informationen über OSCE-Stationen und Fragen und Aufgaben erhalten. Um mit großen Studierendenzahlen zurecht zu kommen, müssen Hilfsmittel eingesetzt werden. Ein mögliches Hilfsmittel sind gut geschulte und instruierte Simulationspatienten. Auch wenn bei Verdacht auf Mitralstenose ein Patient untersucht werden soll, kann ein Simulationspatient eingesetzt werden, selbst wenn dieser kein auffälliges Auskultationsphänomen zeigt. Es kann der Gang der körperlichen Untersuchung beurteilt werden. Bei der Auskultation kann von Band oder anderen Tonquellen ein entsprechender Auskultationsbefund eingespielt werden. Wichtig ist neben der reproduzierbaren Aufgabe und Situation aber auch die Reproduzierbarkeit der Beurteilung. Hierbei versucht diese Methode durch Vorgabe einer Checkliste dem

Dozenten die Aufgabe zu erleichtern. Hierbei handelt es sich um die Vorgabe einer Liste von notwendig erachteten Schritten, also Fragen bei einer Anamnesestation, Untersuchungsschritte bei einer Untersuchungsstation oder Hinweise und Erklärungen bei einer Aufklärungsstation. Es werden nur die Leistungen in die objektive Liste aufgenommen, die von der Gruppe von Dozenten, welche die OSCE erarbeitet haben, für relevant erachtet wurden. Die subjektive Beurteilung, wie gut die Studierenden mit dem Patienten umgegangen sind, ob sie verständlich, höflich usw. waren, wird zwar ebenfalls in einer separaten Beurteilung vermerkt, kann aber nicht zu den objektiven Leistungen gezählt werden und dient nur zur Information der Studierenden. Jeder Studierende erhält zu seiner eigenen Information seine vollständigen Ergebnisse der objektiven wie der subjektiven Daten zusammen mit den Durchschnittswerten seiner Mitstudierenden. Es werden aus diesen Ergebnissen keine Konsequenzen abgeleitet, obwohl auch die Dozenten die Durchschnittswerte 'ihrer' Studierenden und die Durchschnittswerte aller Studierenden erhalten. Sowohl die Information an die Dozenten wie auch an die Studierenden sollten im günstigen Fall zu persönlichen Maßnahmen der Lehr- oder Lernverbesserung führen. Selbstverständlich ist der Anspruch der OSCE-Stationen dem Lehrangebot anzupassen und die relativ niedrigen Werte bei unserer Untersuchung müssen entweder eine Verbesserung der Lehr- oder der Lerneffizienz oder eine Verminderung der Anforderungen zur Folge haben. Insoweit sollte der Inhalt der OSCE-Stationen iterativ verbessert werden. Da die klinische Situation aber unendlich vielgestaltig ist, kann auch nicht die Notwendigkeit entstehen, immer kompliziertere und seltenere Probleme zum Gegenstand der Evaluation zu machen. Es ist denkbar, daß mit einer relativ begrenzten Zahl von OSCE-Stationen ein recht vollständiges Bild über klinische Kompetenz entsteht. Insofern kann auch den Studierenden aus einem Repertoire von OSCE-Stationen, das sich aus einer Inhaltsstruktur wie der im Kompetenzraum-Diagramm dargestellten ableitet, ein wechselndes und doch vergleichbares OSCE-Programm zu unterschiedlichen Zeiten angeboten werden. Es bleibt allerdings noch zu prüfen, wie reproduzierbar und wie präzise die OSCE "Kompetenz" entsprechend der o.g. Definition mißt.

Was ist also klinische Kompetenz? Dies leitet über zu dem zweiten wesentlichen Element der Evaluation: diese ist strukturiert. Die Elemente der abgefragten und überprüften Fähigkeiten und Fertigkeiten sind in eine Struktur gefügt, aus der sich klinische Kompetenz zusammensetzt. Sind alle Elemente ausreichend bei Studierenden ausgebildet, kann von ausreichender klinischer Kompetenz ausgegangen werden. Die einzelnen Fragen oder Probleme stehen hier als repräsentative Beispiele für bestimmte Fertigkeiten und sind innerhalb dieser Kategorien austauschbar. Wenn wir nun den Komplex "klinische Kompetenz" in seine Elemente zerlegen - also in eine Kompetenzmatrix - können die Inhalte der Matrixfelder beliebig besetzt Matrix

werden. Die Struktur der von uns vorgeschlagenen Matrix orientiert sich an den organisatorischen Gegebenheiten der Inneren Medizin und hier besonders an den Gegebenheiten der Inneren Medizin in Hannover. Andere Matrixmodelle sind ebensogut denkbar sowohl innerhalb der Inneren Medizin als auch außerhalb. Der größte Teil der hier als klinische Kompetenz bezeichneten Inhalte werden auch in anderen klinischen Fächern unterrichtet, so daß mit nur geringen Ergänzungen und Erweiterungen das System sich auf die gesamte Medizin ausweiten läßt. Es ist ja der unumstrittene Vorteil des problemorientierten Lernens, daß die Methode vom Fach unabhängig macht; das gleiche gilt natürlich entsprechend für die problemorientierte Evaluation.

Auch wenn Objektivität und Strukturiertheit der OSCE unübersehbare Vorteile bieten, hat diese Evaluationsmethode einen hervorstechenden Nachteil gegenüber der MC-Prüfung (8-11): die Durchführung ist aufwendig in Bezug auf Zeit, Mitarbeiter und Raum und sie unterscheidet sich in diesen Punkten nicht von der subjektiven mündlichen Prüfung. Für die Durchführung nach unserem Modell benötigen wir etwa eine Dozenten- bzw. Helfer-/Studierendenrelation von 1/1, d. h. für die Evaluation unseres Studienjahres zu einem Zeitpunkt sind derzeit zwischen 350 und 380 Dozenten bzw. Helfer erforderlich. Hinzu kommt eine erhebliche Raumintensität, da ein Parcours mit 20 Stationen etwa 16 Räume mit einer geeigneten Verkehrsfläche benötigt. Für eine Evaluation von 360 Studierenden bedeutet das ein Bedarf von 16 Räumen an mehr als 36 Stunden. Diese wenigen "Minimal"-Berechnungen (ohne Vor- und Nachbereitung, ohne Auswertung etc.) zeigen die Problematik dieser so schönen Methode auf. Die Studierenden, die in Hannover an einer OSCE teilnehmen "mußten", fragen immer wieder nach, wann sie wieder an einer OSCE teilnehmen "dürfen". Es müssen Wege zur Vereinfachung der formativen Evaluation während des Studiums gefunden werden, die auch an mittleren oder großen medizinischen Fakultäten zur unmittelbaren Lehr- und Lernrückkopplung benutzt werden können. Im Vergleich zur mündlichen Prüfung, die neben einer möglicherweise schlechten Reproduzierbarkeit unbedingt an die Prüfung durch kompetente Prüfer (Dozenten) gebunden ist, kann eine OSCE-Station ohne Probleme und ohne Qualitätsverlust von gut instruierten Helfern (z.B. Studierenden) betreut werden. Da OSCE in unseren Händen zur Messung von klinischer Kompetenz ausreichend sensitiv, spezifisch und robust genug zu sein scheint, werden wir in einem nächsten Schritt versuchen, diese Methode bezüglich ihrer prüferunabhängigen Reproduzierbarkeit zu untersuchen, da dies die Voraussetzung für eine Übertragung

auf den größeren Maßstab des gesamten Semesters (350 Studierende) darstellt.

Literatur

1. Harden, R.M., Stevenson, M., Downie, W.W., Wilson, G.M.: "Assessment of clinical competence using objective structured examination" *British Medical Journal* 1975, Vol. 1, 447-451
2. Harden, R.M., Gleeson, F.A.: "Assessment of medical competence using an objective structured clinical examination" (ed.: Association for the Study of Medical Education). ASME Medical Education Booklet No.8, Dundee 1979
3. Harden, R. M.: "What is an OSCE?" *Medical Teacher*, Vol. 10, No. 1, 1988, 19-22
4. Harden, R.M.: "Twelve tips for organizing an Objective Structured Clinical Examination (OSCE)" *Medical Teacher*, Vol. 12, No. 3/4, 1990, 259-264
5. Verma, M., Singh, T.: "Experiences with Objective Structured Clinical Examination (OSCE) as a tool for formative evaluation in pediatrics" *Indian Pediatrics*, Vol. 30, May 1993, 699- 703
6. Levine, H.G., McGuire, C.H. Nattress, L.W.: "The validity of multiple choice achievement tests as measures of competence in medicine". *Am. Educational Research Journal* 1970, 7, 69-82.
7. Lowry, S.: "Assessing students". In: Lowry, S: *Medical Education*. London: BMJ Publishing, 1993, 40-49.
8. Petrusa, E.R., Blackwell, T.A., Rogers, L.P., Saydjari, C., Parcel, S., Guckrau, J.C.: "An objective measure of clinical performance". *Am J Med* 1987, 83, 34-42.
9. Newble, D.I.: "eight years experience with a structured clinical examination". *Med. Educ.* 1988, 22, 200-204.
10. Malik, S.L., Mauchauda, S.K., Deepak, K.K., Sunderam, K.R.: "The attitudes of medical students to the objective structured practical examination": *Med Educ* 1988, 22, 40-46
11. Roberts, J., Norman, G.: "Reliability and learning from the objective structured clinical examination". *Med Educ* 1990, 24, 219-223.

Prof. Dr. T.O.F. Wagner
Abteilung Pneumologie
Medizinische Hochschule Hannover
D 30623 Hannover

STUDIENREFORM UND DIE STRUKTURIERUNG DER ERGEBNISEVALUATION — GRUNDSÄTZLICHE ÜBERLEGUNGEN ZUR PRÜFUNGSREFORM IM ZUSAMMENHANG VON STUDIENREFORM

INGRID STIEGLER, HAAN

Zusammenfassung:

Vorausgesetzt wird, daß Prüfungen mit Auslesefunktion eine starke Rückwirkung auf das Curriculum haben, dieses also in Inhalten, Zielen, den Lehr- und Lernstilen usw. wesentlich bestimmen. Das führt zu der paradoxen Situation, daß Prüfungen als Instrumente der Ergebnisevaluation von Ausbildung(1) in der Regel nur ihre eigene Ergebnisevaluation sind. Curriculare Reformen in der medizinischen Ausbildung könnten scheitern, wenn Prüfungen nicht mitreformiert werden und Prüfungslernziele und die ihnen angemessenen -formen curriculare Ziele nicht repräsentieren. Um als Instrumente der Ergebnisevaluation von Studienreform zu fungieren, sollten sie bestimmte allgemeine Kriterien erfüllen.

Summary:

Due to the strong influence of examinations on the curriculum they determine effectually the contents, aims, teaching- and learning-methods. This leads to the paradox consequence that examinations, originally estimated evaluation of educational results¹, tend to become only their own evaluation. Curriculum reforms in the medical education could fail, if examinations are not reformed in the same way and if examinations, aims and methods do not represent curricula aims. To work as instruments for evaluation of results of educational reforms the examination should fulfill certain general criteria.

I. Voraussetzungen

1971 schreiben Pierre Bourdieu und Jean-Claude Passeron im Zusammenhang soziologischer Studien zum französischen Bildungssystem u.a. folgendes zum Thema Examen: "Es ist nur allzu evident, daß das Bildungswesen, zumindest heute ..., nicht nur in den Vorstellungen, sondern auch im realen Verhalten aller Beteiligten vom Examen beherrscht wird. Man bemerkt häufig die sichtbarsten Wirkungen, die der Primat der Auslesefunktion auf Kosten aller anderen pädagogischen Funktionen und vor allem der Bildungsfunktion hervorbringt. Man hat oft die Furcht vor den totalen, brutalen und zum Teil unberechenbaren Urteilen traditioneller Prüfungen beschrieben, die Funktionsstörungen, die daraus entstehen, daß ein einfaches Kontrollmittel zum alleinigen Prinzip der Themen- und Methodenwahl erhoben wird, sowie der Rythmusstörungen, die aus einer Arbeitsorganisation herrühren, die in ihren regellosesten Formen nur noch dem Terminiindruck des Examens gehorcht. Das Examenssystem ist nicht nur der offenbarste Ausdruck der Werte und impliziten Entscheidungen des Bildungssystems: In dem Maße, wie es die Aufmerksamkeit von Lehrenden und Studierenden bindet, ist es eine wirksame Regulierungsinstanz, die dadurch prägt, daß sie die Arbeit orientiert und sowohl Versagen wie auch Erfolge sanktioniert. Die Ausbildung wird mindestens ebenso stark wie von den Studienprogrammen von dem Gewohnheitsrecht beeinflusst, das in der Rechtsprechung der Examina besteht." (2)

Im Sinne Bourdieus/Passerons haben Examina die wesentliche Funktion, die gute Leistung gegenüber der schlechteren zu differenzieren und Leistungen zu plazieren, Kompetenz von Inkompetenz zu scheiden, also eine leistungsgerechte Auslese vorzunehmen und schließlich die Kompetenz zu zertifizieren und damit Berechtigungen für Studien- oder berufliche Anschlüsse zu verleihen. Paradox ist, daß die Auslese- und Berechtigungsfunktion den wesentlichen Sinn von Bildungsinstitutionen - nämlich Kompetenz auszubilden - dominiert und ihn partiell boykottiert.

Das Bildungssystem selbst rechtfertigt Prüfungen mit einer Verantwortung gegenüber der Gesellschaft, nur geeignete Personen in weiterführende Bildungswege oder berufliche Karrieren zu entlassen. Über Examina behauptet es selbst zudem seine relative Autonomie gegenüber dem Beschäftigungssystem. Vorausgesetzt wird, daß Prüfungen einen hohen prognostischen Wert haben, ihr Qualifikationsnachweis nicht nur bildungssystemimmanent, sondern zugleich für außeruniversitäres berufliches Handeln gilt. Qualifikation ist im schulisch erworbenen Titel bzw. in der Berechtigung gewonnen und muß nicht Tag für Tag erneut unter Beweis gestellt werden.(3)

Prüfungen mit Selektions- und Berechtigungsfunktion sind in modernen demokratischen Gesellschaften aber vor allem aus folgendem Grund unersetzbar: Auf der Basis von Leistungen des einzelnen im Bildungssystem, die durch Examina gemessen werden, wird soziale Differenzierung legitimiert. Nicht direkt vererbtes ökonomisches oder soziales Kapital rechtfertigt die "feinen Unterschiede"(4), sondern das Bestehen oder Nicht-Bestehen von systemhaft organisierten, standardisierten und "objektivierten" Prüfungen steuert die unterschiedlichen Sozialkarrieren scheinbar gerecht. Wie wichtig diese Rechtfertigungsfunktion von Prüfungen für den sozialen Status des einzelnen und die differenzierte Sozialstruktur in einer modernen demokratischen Gesellschaft ist, erahnt man in Zeiten einer krisenhaft erlebten Titelinflationierung und Überfüllung, wie sie augenblicklich in der Medizin gegeben ist. Wenn die Selektivität des Bildungssystems über das Examenssystem oder eine vorhergehende Selbstelimination von potentiellen Studienfachbewerbern versagt, wird die Auslese aus dem Bildungs- in das Beschäftigungssystem verlagert. Dort werden dann zunehmend Kriterien der Auswahl zwischen gleichermaßen Berechtigten relevant, die langfristig in modernen demokratischen Gesellschaften nicht legitimationsfähig sind.

Die Selektions- und die Rechtfertigungsfunktion von Prüfungen für soziale Differenzierung haben ihre Ver-

rechtlichung nach dem Grundsatz der formalen Gleichbehandlung zur Folge. Sie setzt den Gestaltungsmöglichkeiten von Prüfungen durch die einzelne Hochschule bzw. Fakultät enge Grenzen und kann letztlich jede weitgehende Studienreform verhindern, wenn man folgendes bedenkt:

1. Examina schreiben das Curriculum in vielfacher Hinsicht mit: Ziele, Inhalte, Methoden, Lehrstile, Lernumgebung und die Organisation der Ausbildung werden rückwirkend darüber beeinflusst und bestimmt. Sie beurteilen an den Ergebnissen einer Ausbildung insofern das, was sie selbst als deren Inhalt und Form definieren. Sie sind - im Extremfall des bestehenden Prüfungssystems in der medizinischen Ausbildung - ihre eigene Ergebnisevaluation.

2. Examina sozialisieren die Studierenden in vielfältiger Weise. Nicht nur Lernstile und Lernverhalten werden von ihnen kollektiv geprägt und nivelliert. Sie bilden den "heimlichen Lehrplan", in dem man z.B. lernt, daß sich Versagungen, Opfer und Selbst-Disziplin auszahlen oder daß der selbstsichere, mit gekonnter Rhetorik verknüpfte Habitus in mancher mündlichen Prüfung siegt.⁽⁵⁾ Deren diagnostische Relevanz für Führungsfähigkeiten in Chefarztpositionen ist deshalb möglicherweise sehr viel höher, als der prognostische Wert der bestehenden MC-Prüfungen für kompetentes ärztliches Handeln.

Obwohl die Unangemessenheit bestimmter Prüfungsformen und -lernziele für bestimmte Studiengestaltungen und -ziele naheliegt und sie sich als Instrumente der Ergebnisevaluation von reformierter Ausbildung nicht eignen, und obwohl die unerwünschten Sozialisationseffekte der MC-Prüfungen in ihrer gegenwärtigen Gebrauchsform für das spätere ärztliche Handeln bekannt sind, steht die Verrechtlichung einer grundlegenden Prüfungs- und damit wirklich wirksamen Studienreform und deren Ergebnisevaluation in der Medizin im Wege.

II. Vorschläge

Dennoch sind begrenzt Wege der begleitenden Prüfungsreform als notwendiger Bedingung der Möglichkeit und der Qualitätskontrolle einer curricularen Reform denkbar, ohne das Kriterium der formalen Gleichbehandlung zu verletzen.

Dabei hätten die Fakultäten folgendes zu berücksichtigen:

1. Prüfungen haben - neben ihrem primären Gebrauchswert der Verleihung von Berechtigungen für Anschlüsse im Studium und im Beschäftigungssystem - die pädagogisch-didaktische Funktion, Lehrenden und Lernenden eine studienbegleitende Standortbestimmung und eine kontinuierliche Rückmeldung über ihre Leistungen zu geben. Curriculare Veränderungen an einer Fakultät und Entwicklungen des persönlichen Lehr- oder Lernstils können mit sogenannten formativen Prüfungen reflexiv begleitet werden.

Formative Prüfungen, an die keine Berechtigungen für einen Studienfortschritt gebunden sein dürfen, sollten - gerade im Rahmen einer curricularen Reform - kontinuierlich und ohne offizielle Vorbereitungszeit für die Studierenden eingesetzt werden. Nur so evaluieren sie Veränderungen im Curriculum für die Fakultät und den Lernfortschritt des einzelnen im Zusammenhang der

Ausbildung und nicht den Fleiß des Autodidakten. Dies müßte im übrigen auch für berechtigende Prüfungen, die am Ende von bestimmten curricular definierten Lernsequenzen "summativ" eingesetzt werden, gelten - zumindest dann, wenn sie zugleich als Instrumente der Ergebnisevaluation einer Studienreform fungieren sollen.

Ein erster positiver Nebeneffekt formativer Prüfungen - unabhängig vom Profit der Fakultäten für curriculare Qualitätssicherung - ist, daß Studierende lernen, Prüfungen als sinnvoll und hilfreich und Prüfungssituationen als selbstverständlich und nicht als angstbesetzte Ausnahmezustände oder Initiationsrituale zu erleben, deren Sozialisationseffekt auf zukünftige Ärzte nicht zu unterschätzen ist.

Ein weiterer positiver Nebeneffekt häufiger formativer Prüfungen könnte sein, daß Studierende, die immer wieder negative Rückmeldungen durch formative Prüfungen bekommen, sich selbst aus Einsicht eliminieren und nicht durch eine Institution, deren prognostische Validität sie bestreiten, eliminiert werden - oder auch nicht.

Ein dritter positiver Nebeneffekt ist, daß von vielfältig gestalteten formativen Prüfungen ein kreativer Schub auf die Gestaltung einer unerläßlichen, bundeseinheitlichen Abschlußprüfung mit beruflicher Berechtigungsfunktion, aber auch auf Fakultätsprüfungen, von denen ein Studienfortschritt abhängig gemacht wird, ausgehen kann.

2. Auch deshalb sollten formativ eingesetzte Prüfungen folgende Gütekriterien, denen diagnostische Tests genügen müssen, annähernd erfüllen:

- Sie sollten in Bezug auf die Vorbereitung, die Durchführung und die Auswertung objektiv sein. Nur auf der Basis der Objektivität können die Zusatzkriterien der Reliabilität und Validität erfüllt werden.

- Reliabilität heißt, daß eine Prüfung das zuverlässig diagnostiziert, was sie diagnostizieren will.

- Validität heißt, daß eine Prüfung das, was sie zu messen vorgibt, tatsächlich mißt.

3. Gerade im Zusammenhang von Reformcurricula und ihrer Evaluation über formative Prüfungen werden Fragen vor allem der Inhalts- und der prognostischen Validität wichtig. Reformcurricula bauen in der Regel auf neue, komplexe und praxisrelevante Lernziele, die über das Ziel des Erwerbs von Wissen im Sinne der Fähigkeit der Wiedergabe von Fakten, Begriffen, Gesetzen usw. weit hinausgehen. Ihnen geht es im Bereich der Ausbildung kognitiver Fähigkeiten der Studierenden auch um die Dimensionen des Verstehens, Anwendens, Analysierens, Synthetisierens und um die Fähigkeit der Bewertung und Beurteilung des Wissens.⁽⁶⁾ Zum Ziel der Ausbildung verschiedener Dimensionen kognitiver Fähigkeiten tritt das Ziel der Förderung praktischer Fähigkeiten, die selbst wiederum mehrdimensional zu beschreiben und mit kognitiven untrennbar verknüpft sind. Daneben wird der Erwerb von Schlüsselqualifikationen wie Lernfähigkeit, Teamfähigkeit usw. wichtig. An Prüfungslernziele, die sie repräsentierenden Aufgaben und die ihnen entsprechenden Formen wird im Zusammenhang der Ergebnisevaluation von Reformcurricula jedenfalls ein hoher Anspruch gestellt werden müssen. Eine Monokultur von MC-

Prüfungen, die sich auf die Überprüfung der Wiedergabefähigkeit von detailliertem Wissen beschränkt, scheint komplexen und vielfältigen Ausbildungszielen jedenfalls nicht angemessen zu sein.

4. Ein letzter Punkt, der bei der Gestaltung von Prüfungen als Instrumente der Ergebnisevaluation von Reformcurricula zu berücksichtigen ist, ist ihre Praktikabilität, d.h. der zeitliche und organisatorische Aufwand, der für die Vorbereitung, Durchführung und Auswertung zu betreiben ist. Das ist vor allen aus Gründen der Übertragbarkeit in andere Fakultäten und auf einheitliche Prüfungen mit Berechtigungsfunktion wichtig. Reformen finden bisher meist nur in kleinen Feldern statt, haben Modellcharakter, wenige sind beteiligt, aber hochengagiert und bereit, große Kosten in Kauf zu nehmen. Für die Ergebnisevaluation wird teilweise zu viel organisatorischer Aufwand betrieben, der unter anderen Bedingungen nicht mehr möglich ist. Das soll nicht heißen, daß in jedem Fall hohe Investitionen in die inhaltliche Vorbereitung gleich welcher Prüfungsform notwendig sind und deren Qualität bestimmen.

So kann z.B. eine gut vorbereitete und strukturierte mündliche Prüfung, die sich potentieller Fehlerquellen wie des Primacy-, Recency- und Halo-Effekts bewußt ist, für die u.a. ein Katalog von Bewertungskriterien und ein nach Kriterien differenzierter Beobachtungs- und Bewertungsbogen erstellt wird, in der die Fragen vorbereitet, klassifiziert und dokumentiert, sowie Kriterien für Form und Inhalt des Protokolls erstellt werden und die vor allem ihre interaktive Form nicht primär zur Wissensabfrage, sondern zur Überprüfung von Problemlösungsfähigkeit nutzt, ein valides, bedingt reliables und deshalb jedenfalls nur formativ einzusetzendes Instrument der Ergebnisevaluation eines Reformcurriculums und seines möglichen Ziels der Ausbildung und Förderung von Problemlösungsfähigkeit sein.

So ist z.B. die MC-Prüfungsform als solche, d.h. unter anderen als den gegenwärtigen Gebrauchsbedingungen, ein hochreliables und zugleich valides Instrument der Evaluation einer Teildimension kognitiver Fähigkeiten, die zur ärztlichen Kompetenz nun einmal ebenso unerläßlich dazugehört, wie bestimmte praktische Fertigkeiten, Fertigkeiten oder Schlüsselqualifikationen.

III. Schluß

Es gibt eine Reihe alternativer, an deutschen medizinischen Fakultäten bereits erprobter Prüfungsformen, z.B. das Objektiv strukturierte klinische Examen (OSCE)(7), die Dreisprung-Prüfung (Triple-Jump)(8), Modified

Essay Question-Prüfungen(9) oder den in Maastricht entwickelten Progress-Test, die unterschiedliche Fähigkeiten entweder differenziert oder integrativ und mehr oder weniger valide und reliabel messen und deshalb mehr oder weniger für Prüfungen mit Berechtigungsfunktion geeignet sind. Auch neu entwickelte Formen sind denkbar. Wichtig für ihren Einsatz als Evaluationsinstrumente curricularer Reformen ist vor allem folgendes: Prüfungsformen und Prüfungslernziele sollten zusammenpassen und diese wiederum die mit einer Studienreform verbundenen vielfältigen Lernziele repräsentieren. Nur dann läßt es sich mit der Paradoxie, daß Prüfungen als curricularer Gestaltungsfaktor ihre eigene Ergebnisevaluation sind, gut leben.

Literatur

- 1 Friedman, Ch.P. u.a.: Charting the Winds of Change: Evaluation Innovative Curricula. *Academic Medicine* 1/90. 8-14
- 2 Bourdieu, P.; Passeron. J.C.: Die Illusion der Chancengleichheit. Stuttgart 1971. 162
- 3 Bourdieu, P.; Boltanski, L.: Titel und Stelle. Zum Verhältnis von Bildung und Beschäftigung. In: Bourdieu, P. u.a.: Titel und Stelle. Frankfurt a.M. 1981. 89-115
- 4 Bourdieu, P.: Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. Frankfurt a.M. 1988
- 5 Bourdieu, P.; Passeron. J.C.: Prüfung einer Illusion. In: Die Illusion der Chancengleichheit a.a.O. 161-190
- 6 Bloom, B.S.: Taxonomie von Lernzielen im kognitiven Bereich. Weinheim/Basel 1976
- 7 Falck-Ytter, Y.; Stiegler, I.: Beurteilung klinischer Fähigkeiten mit dem OSCE-Verfahren. *Medizinische Ausbildung* 10 (1993). 48-55
- 8 Collin, M.; Ciliska, D.: Revitalizing problemsolving with Triple Jump. *Canadian Nurse* 3/83. 41-44
- 9 Knox, J.D.E.: What is ... a Modified Essay Question? *Medical Teacher* 1/89. 51-55

Dr. Ingrid Stiegler
Kampstr. 112
D 42781 Haan

ÜBERLEGUNGEN ZU EINEM MODELLSTUNDENPLAN

DIETRICH HABECK, MÜNSTER

Zusammenfassung

1994 sollte eine umfassende Reform der ärztlichen Ausbildung beschlossen werden. Deren Verzögerung veranlaßte ein Nachdenken und die Erarbeitung verschiedener Vorschläge und Empfehlungen. - Vorgelegt werden zunächst zehn Anforderungen an ein reformiertes Curriculum. - Das hier vorgeschlagene Medizinstudium umfaßt in den ersten vier Jahren über 20 integrierte Themenblöcke (z.B. Herz-Kreislauf, Sinnesorgane, Schwangerschaft, Alter), die einen Anteil von 25% für die Arzt-Patient-Beziehung (Körperliche Untersuchung, ärztliche Gesprächsführung, Fallstudien) enthalten, und die durch eine Systematik der Grundlagen (z.B. Anatomie, Pathophysiologie, pharmakologische Aspekte) ergänzt werden, außerdem im 6., 7. und 8. Semester klinische Blockpraktika in den größeren Fächern (z.B. Kinderheilkunde oder Psychiatrie). Das 5. Studienjahr ist als Wahlstudienjahr vor allem für Studienaufenthalte im Ausland vorgesehen, das 6. Studienjahr wurde unverändert als Praktisches Jahr übernommen. Die drei Prüfungsabschnitte der Ärztlichen Prüfung finden nach dem 2., 4. und 6. Studienjahr statt.

Reflections on a Model Curriculum

The delay of a comprehensive reform of the medical education which was planned for 1994, caused reflections and the acquirement of several propositions and recommendations. First of all 10 demands for a reformed curriculum were presented. The herewith proposed studies include in the first four years more than twenty integrated topics (i.g. heart - circulation, sense-organs, pregnancy, age) which contain 25% of the doctor-patient-relation (bodily examination, medical conversation etc.), and which are completed by a system of basics such as anatomy, pathophysiology, pharmacology, furthermore, in the 6., 7. and 8. semester by clinical practical courses in the main subjects (i.g. paediatrics or psychiatry). The fifth year is planned for studies and electives in foreign countries, and the 6th year remains unchanged as the practical year. The three examinations take place after the 2., 4., and 6. year of study.

Die Ende 1989 erfolgte 7. Novellierung der Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO) brachte bereits einige wesentliche Änderungen für unsere Mediziner-ausbildung: Einführung einiger neuer Praktika und Seminare, Festschreibung der Gruppengröße bei den praktischen Übungen und Seminaren, Aufwertung der Allgemeinmedizin, einige Änderungen im MC-Prüfungswesen und eine Definition des Ausbildungszieles. Diese Änderungen sollten die große Studienreform bzw. 8. Novellierung der ÄAppO vorbereiten, die jedoch nach Vorlage eines (teilweise heftig kritisierten) Diskussionsentwurfs Ende 1993 entgegen ursprünglicher Planung bisher ausblieb. Dies eröffnete die Chance für eine Besinnung und die Erarbeitung verschiedener Vorschläge und Empfehlungen. „Studienreform im Spannungsfeld zwischen Politik und Empirie“ bildete dann auch das Thema der Herbsttagung unserer Gesellschaft für Medizinische Ausbildung am 10. Dezember 1994 im Frankfurt am Main, in deren Rahmen ich um einen Beitrag zum Punkt „Modellstundenplan“ gebeten worden war. Dieser soll nachstehend kurz dargestellt werden.

Vorangestellt werden in Tabelle 1 einige zum Teil bereits wiederholt geäußerte Anforderungen zum Medizinstudium bzw. an ein Curriculum. So finden sich in der ärztlichen Ausbildung immer noch zu viele Weiterbildungsinhalte (Punkt 1). Neben einer Beschränkung auf die relevanten Strukturen, Funktionen und psychosozialen Aspekte bei Gesunden, könnten Kriterien für die Auswahl gesundheitlicher Störungen deren Häufigkeit, Gefährlichkeit und exemplarischer Charakter sein. - Gegenüber den kognitiven sind die prakti-

schen und persönlichkeitsbildenden Ausbildungsziele weiterhin unterrepräsentiert (Punkt 2). -Eine besondere Herausstellung verdient meine Forderung einer verstärkten Ausrichtung auf das bei uns mitunter sogar noch unbekanntes biopsychosoziale Modell nach G. L. Engel (Punkt 3). Die Punkte 4, 5, und 6 bedürfen in dieser Kurzdarstellung m. E. keiner speziellen Erläuterung.

Nachhaltig hinweisen möchte ich jedoch neben einem Angebot von Wahl-(pflicht-)veranstaltungen auf die Einrichtung von Auslandsstudienaufenthalten (Punkt 7). Für die Studierenden sind es nicht nur die oft besseren Studienbedingungen, sondern auch anderen persönlichen Bereicherungen bis hin zur Bildung von Freundschaften, welche zumindest für münsteraner Kommilitonen Auslandsstudienaufenthalte zunehmend attraktiv gemacht haben.

Möglichkeiten einer Studienzeiterkürzung, denen ich bereit 1989 einen Artikel gewidmet hatte, werden vom Wissenschaftsrat nach wie vor angestrebt und sollten weiterhin in Betracht gezogen werden. - Prüfungswesen und Evaluation gehören bei uns zu den offenbar am meisten unterentwickelten Bereichen des Medizinstudiums. Ihnen gelten die Punkte 9 und 10 in Tabelle 1.

Die eigenen Vorstellungen zu einer möglichen Gestaltung eines Curriculums sind in Tabelle 2 zusammengestellt. Dabei handelt es sich ganz überwiegend um einen Rahmenplan mit nur wenig detaillierten Ausformulierungen. Ein ganz wesentlicher Ansatz in der hier vorgelegten Fassung ist das Freibleiben des 9. und 10. Studiensemesters bzw. 5. Studienjahres von

Tab. 1: Anforderungen an ein Curriculum für die ärztliche Ausbildung

1. Vermittlung einer für alle künftigen Ärzte relevanten Ausbildung über den gesunden und gesundheitlich gestörten Menschen unter Verzicht auf Weiterbildungsinhalte.
2. Untereinander ausgewogenes Verhältnis der kognitiven, praktischen und persönlichkeitsbildenden Ausbildungsinhalte.
3. Verstärkte Ausrichtung eines patientenorientierten Curriculums auf das von G. L. Engels propagierte biopsychosoziale Modell anstelle des noch weithin dominierenden biomedizinischen Modells.
4. Adäquate Anwendung und Nutzung der verschiedenen Ausbildungsmethoden, Kleingruppenaktivitäten und Lernstrategien.
5. Förderung der Studienmotivation durch aktive Einbindung der Studierenden in den Lernprozess (z.B. als studentische Tutoren), Übertragung von Teilverantwortlichkeiten, Bestätigungen, Belohnungen und andere Maßnahmen.
6. Unterstützung von Selbstlernaktivitäten etwa durch Mediotheken und computerunterstützte Selbstlernprogramme.
7. Angebote von Wahl-(pflicht-)veranstaltungen und Auslandsstudienaufenthalten.
8. Möglichkeiten einer evtl. Studienzeiterkürzung (Wissenschaftsrat).
9. Wiederholte studienbegleitende Rückmeldungen durch Erfolgskontrollen zur laufenden Evaluation der eigenen Lernfortschritte und des Curriculums.
10. Orientierung der Prüfungsmethoden und -inhalte an den künftigen ärztlichen Aufgaben und Tätigkeiten.

Pflichtveranstaltungen. Dieser Freiraum soll die Möglichkeit eines Wahlstudienjahres im Ausland und/oder den Besuch von Wahlveranstaltungen in der Heimatuniversität (vielleicht auch einmal in anderen deutschen Fakultäten) eröffnen.

Übernommen wurde aus dem Diskussionsentwurf zur Änderung der ÄAppO (in der Fassung vom 21. 12. 1993) eine Reduzierung der Ärztlichen Prüfungen auf nur drei Prüfungsabschnitte. Allerdings sollte der Erste Abschnitt spätestens nach vier, evtl. sogar entsprechend dem Vorschlag von Schimmelpfennig et al. bereits nach drei Semestern durchgeführt werden. Abgesehen von anderen Auswirkungen könnten dadurch die für das Studium geeigneten Kommilitonen eher eine Bestätigung erfahren und ungeeignete frühzeitig ihre berufliche Planung ändern.

Innerhalb des Studienablaufs wird von einer einheitlichen Semesterdauer von 14 Wochen ausgegangen. Im einzelnen umfassen die verschiedenen Semester in Anlehnung an den im Berliner Klinikum Virchow entwickelten Reformstudiengang gegenstandsbezogene integrierte Themenblöcke in Form des problemorientierten Lernens und parallel dazu eine systematische Vermittlung der jeweiligen Grundlagen. Außerdem sollten in den integrierten Themenblöcken jeweils 25% der Zeit für die „Arzt-Patient-Beziehung“ vorgehalten werden. Diese Kleingruppen-Veranstaltungen dienen vor allem dem Üben der jeweiligen körperlichen Untersuchungsmethoden und der ärztlichen Gesprächsführung, außerdem der Durchführung von Fallstudien (Renschler).

Schwerpunkt des 6., 7. und 8. Semesters sind Blockpraktika in den größeren klinischen Fächern, außerdem ein integriertes allgemeinärztliches und klinisches Seminar am Ende des klinischen Studiums. Die in Tabelle 2 aufgeführten Wochen weisen nur den zeitlichen Anteil der Veranstaltungen aus, nicht die Struktur des Semesterablaufs, so daß sinnvolle Verschachtelungen durchaus möglich sind. Besonders hingewiesen sei außerdem auf die Orientierungseinheit und Einführung in medizinische Grundbegriffe und Terminologie zum Studienbeginn und auf zwei Veranstaltungen zur Einführung in Naturheilverfahren und Homöopathie. Angesichts des zunehmenden Interesses und der wachsenden Resonanz dieses Bereiches in der Öffentlichkeit und auch bei verschiedenen Ärzten ist es m. E. notwendig, die künftigen Ärztinnen und Ärzte mit den wichtigsten Prinzipien dieser Verfahren und kritischen Argumenten dazu vertraut zu machen.

Ohne Veränderungen kann schließlich die derzeitige Gestaltung des 6. Studienjahres bzw. Praktischen Jahres in ein künftiges Curriculum übernommen werden. Anschließend sollte nach erfolgreich bestandenem Dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung dann jedoch die volle ärztliche Approbation erteilt werden. Wenn seinerzeit zu geringe praktische Erfahrungen und Fertigkeiten die offizielle Begründung für die Einführung des „Arztes im Praktikum“ bildete, so muß erwartet werden, daß diese Mängel durch eine umfassende Reform des Medizinstudiums endlich beseitigt werden. Andernfalls würde es eine Bankrotterklärung unserer Fähigkeit zu Reformen bedeuten.

Tab. 2: Mögliche Gestaltung eines Curriculums mit thematisch integrierten Themenblöcken und einem Wahlstudienjahr

		<i>Vorlesungszeit</i>	<i>Vorlesungsfreie Zeiten</i>
1. Sem.	Orientierungseinheit	1 Woche	
	Medizinische Grundbegriffe und Terminologie	1 Woche	
	Themenblöcke: - Herz-Kreislauf, Flüssigkeitshaushalt	6 Wochen	
	- Atmung	2 Wochen	
	darin 25% Arzt-Patient-Beziehung		
	Systematik der Grundlagen (Biologie, Anatomie, Pathologie; Physik, Physiologie, Pathophysiologie; Chemie, Biochemie, Pathobiochemie; pharmakologische Aspekte)	3 Wochen	evtl. Repetitorien: Biologie, Physik, Chemie
	Erste Hilfe (1)	1 Woche	
2. Sem.	Medizinische Berufsfelder und Gesundheitswesen	1 Woche	
	Themenblöcke: - Ernährung, Verdauung, Stoffwechsel, Hormone	6 Wochen	
	- Elektrolyte, Niere	3 Wochen	
	- Blut	1 Woche	evtl. Repetitorien: Biologie, Physik, Chemie
	darin 25% Arzt-Patient-Beziehung		
	Systematik der Grundlagen	3 Wochen	
3. Sem.	Medizinisches Informationswesen (Zugang, Umgang, Bewertung)	1 Woche	
	Themenblöcke: - Bewegung	4 Wochen	
	- Geschlechtsorgane, Sexualität	3 Wochen	
	- Haut	2 Wochen	
	darin 25% Arzt-Patient-Beziehung		
	Systematik der Grundlagen	3 Wochen	
	Erste Hilfe (2)	1 Woche	1. Famulatur
4. Sem.	Einführung in die Allgemeinmedizin	1 Woche	
	Themenblöcke: - Nervensystem	4 Wochen	
	- Sinnesorgane	4 Wochen	
	- Psyche und Erleben (1)	2 Wochen	
	darin 25% Arzt-Patient-Beziehung		
	Systematik der Grundlagen	3 Wochen	2. Famulatur
Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung			
5. Sem.	Einführung in Naturheilverfahren und Homöopathie (1)	1 Woche	
	Themenblöcke: - Psyche und Erleben (2)	2 Wochen	
	- Schmerz und Behinderung	3 Wochen	
	- Entzündung, Neoplasien, Abwehr	8 Wochen	3. Famulatur
	darin 25% Arzt-Patient-Beziehung		
6. Sem.	Themenblöcke: - Schwangerschaft, Geburt, Neugeborenes	4 Wochen	
	- Säugling, Kleinkind	2 Wochen	
	darin 25% Arzt-Patient-Beziehung		
	Blockpraktika: - Innere Medizin	4 Wochen	
	- Kinderheilkunde	4 Wochen	4. Famulatur
7. Sem.	Einführung in Naturheilverfahren und Homöopathie (2)	1 Woche	
	Themenblöcke: - Schulkind und Adoleszenz	2 Wochen	
	- Lebensmittel	1 Wochen	
	- Alter, Multimorbidität	3 Wochen	
	darin 25% Arzt-Patient-Beziehung		
	Blockpraktika: - Chirurgie	4 Wochen	
	- Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3 Wochen	evtl. Sprachkurs
8. Sem.	Themenblöcke: - Berufs- und Zivilisationskrankheiten, Rechtsmedizin	3 Wochen	
	Blockpraktika: - Psychiatrie und Psychosomatische Medizin	4 Wochen	
	- Neurologie	3 Wochen	
	Integriertes allgemeinärztliches und klinisches Seminar	3 Wochen	
	Erste Hilfe (3)	1 Woche	evtl. Sprachkurs
Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung			
9.+10. Sem.	Wahlstudienjahr im Ausland und/oder Wahlveranstaltungen in der Heimatuniversität	1 Jahr	
6. Jahr	Praktische Ausbildung in Krankenanstalten (PJ): Innere Medizin, Chirurgie und klinisch-praktisches Wahlfach	1 Jahr	

Dritter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung mit anschließender Approbation

Literatur:

Engel, G. L.: Die Notwendigkeit eines neuen medizinischen Modells: Eine Herausforderung der Biomedizin. In: H. Keupp (Hrsg.): Normalität und Abweichung. Fortsetzung einer notwendigen Kontroverse. Urban u. Schwarzenberg. München - Wien - Baltimore 1979

Habeck, D.: Erster Entwurf für ein Medizinstudium mit fünfjährigem Curriculum und 5500 Unterrichtsstunden. Medizinische Ausbildung 6 (1989) 37-45.

Reformstudiengang Medizin am Klinikum Rudolf Virchow der Freien Universität Berlin. Bericht zum Stand der Entwicklung, Juli 1994. Eigendruck

Renschler, H. E.: Definition der Fallmethode aus ihrer geschichtlichen Entwicklung in den Medizinschulen Europas. Schweiz. Rundschau Med (Praxis) 76 (1987) 981-996

Prof. Dr. med. Dietrich Habeck
Schelmenstiege 23
D 48161 Münster

ERWARTUNGEN UND EINSTELLUNGEN VON MEDIZINSTUDENTEN ZUR PSYCHIATRIEAUSBILDUNG

H. GÜNDEL⁽¹⁾, A. LADAS⁽²⁾, TH. WEFELMEYER⁽³⁾, R. TÖLLE^{(3)*}

Zusammenfassung

Die Erwartungen und Einstellungen von Medizinstudenten zum psychiatrischen Unterricht sowie deren Bewertung der Unterrichtsveranstaltungen wurden über einen Zeitraum von insgesamt drei Semestern aufgezeichnet. Es entsteht so ein differenziertes Bild über Interessen, Wünsche und Einstellungen der Studierenden bezüglich des psychiatrischen Unterrichtes im zeitlichen Verlauf.

Summary

The expectations and attitudes of medical students in regard to their instruction in psychiatry as well as their evaluation of their courses were recorded over a period of three semesters. A differentiated picture thus developed in the course of time of students' interests desires and attitudes in regard to studies in psychiatry.

1 Einleitung

Von den sechziger Jahren an wurde konsequenter als zuvor über Möglichkeiten und Grenzen der psychiatrischen Lehre reflektiert. So fordert SCHULTE (1967), daß sich der Interessenschwerpunkt im Studentenunterricht vom "Morbus" allein lösen und mehr auf die Person des Patienten mit den spezifischen Möglichkeiten der Kompensation und Dekompensation richten solle ("Synoptisches Bemühen"). In diesem Rahmen tritt er für eine Verlagerung des Studentenunterrichtes ans Krankenbett ("bedside teaching") und für Gemeinschaftsvorlesungen mit Fachvertretern somatischer Fächer ein. FINZEN (1970) berichtet über die Ergebnisse eines im Sommersemester 1967 und 1968 erstmals durchgeführten Fragebogeninterviews bei Medizinstudenten. FINZEN und TÖLLE (1979) stellen die damaligen Erfahrungen mit der Aus- und Weiterbildung an der Tübinger Universitäts-Nervenklinik (Tübinger Modell, seit 1964) zur Diskussion. Erst vor kurzem wurden die Ergebnisse einer aktuellen Befragung von Medizinstudenten zu Erwartungen und Einschätzungen bezüglich des Psychiatrieunterrichtes veröffentlicht (MÜBIG-BRODT und DILLING 1994). KISKER (1972) organisiert das Studentenpraktikum als "Mitlauftraining in poliklinischen und extramuralen sozialpsychiatrischen Aktivitäten". HELMCHEN (1974) beschreibt die Wünsche vieler - zumindest besonders interessierter - Studenten nach Kleingruppenunterricht mit Exploration der Patienten durch die Studenten selbst, kasuistischer Lehrstoffvermittlung und ausführlicher Diskussion der jeweiligen Inhalte. Als die drei konstituierenden Elemente des Psychiatrieunterrichtes sieht er den Eigenerwerb von Grundwissen, die aktive Patientenerfahrung im Praktikum und eine möglichst zuvor in der Vorlesung vermittelte Problemsystematik.

In den angloamerikanischen Ländern steht die eher praktisch-kasuistische Vermittlung von medizinischem wie auch psychiatrischem Fachwissen mittels "ward-

work" und "case-taking" im Vordergrund (z. B. LEWIS 1966). Viele Studenten schätzen den direkten Patientenkontakt am höchsten (GRAHAM 1968, WERKMAN et al. 1973), zudem besteht eine positive Korrelation zwischen der Qualität des Unterrichtes und dem Anteil der Studenten, die sich später einmal für das Fachgebiet der Psychiatrie entscheiden (NIELSEN 1980).

Durch die Approbationsordnung für Ärzte von 1970 wurden die psychosozialen Fächer innerhalb der medizinischen Lehre aufgewertet. Vielerorts wurde im Bereich der psychiatrischen Lehre versucht, den direkten Patientenkontakt mittels Kleingruppenunterricht und stationsgebundenen Blockpraktika zu fördern, was jedoch angesichts der über lange Zeit ansteigenden Studentenzahlen nicht immer optimal umgesetzt werden konnte.

1.1 Aufbau des Psychiatrischen Unterrichtes in Münster

Nach der Vorlesung "Einführung in die Psychiatrie" (eine Unterrichtsstunde/Woche) im 1. klin. Semester findet der psychiatrische Kleingruppenunterricht an der Universität Münster im wesentlichen im 2. und 4. klin. Semester statt.

Der "Psychiatrische Untersuchungskurs" des 2. klin. Semesters ist auf fünf Termine in meist mehrwöchigen Abständen verteilt und dauert jeweils zwei Stunden. Die Teilnehmerzahl liegt zwischen sechs und acht Studenten. Hier entsteht für die meisten Studenten der erste Kontakt mit psychiatrischen Patienten. Die Schwerpunkte dieses Untersuchungskurses liegen in der Überwindung der Scheu, mit psychisch Kranken zu sprechen, im ersten Einüben des Umgangs mit den Patienten und des Gesprächs über Befinden, Lebenssituation und Biographie.

* ⁽¹⁾ Neurologische Klinik der Städtischen Kliniken Dortmund ⁽²⁾ Institut für Ausbildungsforschung und Studienangelegenheiten der WWU Münster ⁽³⁾ Klinik und Poliklinik für Psychiatrie der WWU Münster

Nach der sogenannten Hauptvorlesung "Psychiatrische Klinik" (vier Unterrichtsstunden/Woche, ohne Teilnahmeverpflichtung) im 3. klin. Semester kommen die Medizinstudenten im 4. klin. Semester zum "Psychiatrischen Praktikum", das zweigeteilt ist: einerseits ein zweiwöchiges Blockpraktikum (ganztätig) in einem auswärtigen psychiatrischen Krankenhaus, andererseits vier Doppelstunden Praktikum in der Psychiatrischen Universitätsklinik. Hier wird in kleinen Gruppen an die Erfahrungen des Untersuchungskurses (ein Jahr zuvor) angeknüpft, es werden Erfahrungen des Blockpraktikums aufgegriffen und insbesondere Patienten untersucht. Die Studenten können in diesem Rahmen lernen, selbst das Untersuchungsgespräch zu führen und eine strukturierte psychiatrische Anamnese mit psychischem Befund zu erheben.

2 Methodik

2.1 Fragestellung

In der vorliegenden Arbeit sollen Einschätzungen, Einstellungen und Erwartungen der Studierenden zur Situation der psychiatrischen Lehre über einen dreisemestrigen Beobachtungszeitraum hinweg wiedergegeben werden. Es geht zunächst um die Erfassung von Einstellungen und Erwartungen der Münsteraner Medizinstudenten im 2. und 4. klin. Semester bezüglich des Psychiatrieunterrichtes. Sodann sollen mögliche Veränderungen dieser Einstellungen und Erwartungen in dem genannten Zeitraum, also im Ablauf des Studiums, und im Zuge zunehmender persönlicher Erfahrungen erfaßt werden. Spezifischere Aspekte (z. B. die Beziehung zwischen Patient und explorierendem Studenten im Kleingruppenunterricht) sind Gegenstand einer weiteren Untersuchung.

2.2 Erhebungsbogen

Es wurde ein Fragebogen verwendet, in welchem (je nach Befragungszeitpunkt) 15 - 16 Einzelfragen zu Vorerfahrungen, Erwartungen und Einstellungen der Studierenden zur Psychiatrie und zum psychiatrischen Unterricht zu beantworten waren. Bis auf wenige Ausnahmen handelt es sich um geschlossene, durch Ankreuzen zu beantwortende Fragen. Die Bearbeitungszeit liegt bei ca. fünf Minuten. Im einzelnen werden die Fragen (und die vorgegebenen Antworten) bei der Beschreibung der Ergebnisse (s. u.) wiedergegeben. Die Studenten beantworteten diesen Fragebogen im Rahmen des Untersuchungskurses (2. klin. Sem.) und des Psychiatrischen Praktikums (4. klin. Sem.). Der Fragebogen wurde jeweils zu Beginn der ersten Unterrichtsstunde und am Ende der letzten Unterrichtsstunde des Semesters ausgefüllt.

2.3 Teilnehmerauswahl und Auswertungsverfahren

Von den 178 Medizinstudenten, die im WS 1991/92 in ihrem 2. klin. Semester standen und den Untersuchungskurs begannen, erreichten wir 114 Studenten. Das restliche Drittel konnte nicht erfaßt werden, da diese Studenten den Untersuchungskurs in einem auswärtigen Krankenhaus absolvierten. Am Ende dieses Semesters waren es noch 96 Studenten (84,2%), die den Untersuchungs-

bogen vollständig und regelrecht ausfüllten. Der fehlende Anteil erklärt sich dadurch, daß die Studenten des 2. klin. Semesters im Rahmen des zentral organisierten "Klinischen Untersuchungskurses" einzelne Unterrichtsstunden zum Ende des 2. klin. Semesters ersatzlos ausfallen lassen können, was im 4. klin. Semester nicht möglich ist. Ein Jahr später (im WS 1992/93) standen diese Studenten in ihrem 4. klin. Semester und begannen das Psychiatrische Praktikum. Von insgesamt 180 Studenten füllten zu Semesterbeginn 134 (74,4%) den Fragebogen aus. Die übrigen waren in der jeweils ersten Kursstunde nicht anwesend. Am Semesterende konnten nur 129 Studenten wiederbefragt werden.

Von 62 Studierenden existiert ein kompletter Datensatz über alle vier Befragungszeitpunkte, die diesbezüglichen Daten sind in den Tabellen (im Ergebnisteil) zum Vergleich aufgeführt und als "Verlaufsgruppe" gekennzeichnet. Auf diesem Datensatz beruht auch die Signifikanzprüfung der anhand der größeren, aber inhomogenen Gruppen gewonnenen Aussagen mittels des Friedman-Testes (für mehr als zwei verbundene Stichproben, d. h. hier Befragungstermine) und/oder Wilcoxon-Testes für paarweise Vergleiche. An einigen, besonders gekennzeichneten Stellen wurden auch in der Gesamtgruppe (anhand der innerhalb eines Semesters größeren Anzahl derselben Befragten) statistische Signifikanzberechnungen mittels des Symmetrie-Tests nach McNEMAR oder BOWKER durchgeführt (s. u.).

3 Ergebnisse

3.1 Vorkenntnisse, Interesse, Engagement

3.1.1 Erwerb von Vorkenntnissen

Tab. 1a,b Frequenz des Vorlesungsbesuchs (die Fragen wurden jeweils im folgenden Semester gestellt)

a. Gesamtheit der Befragten:		
Einführungsvorlesung (1. klin. Sem.) WS 1991/92 (n=114)		
Vorlesungsbesuch:	n	%
regelmäßig (>2/3)	18	15,8
unregelmäßig (1/3 - 2/3)	37	32,5
selten (< 1/3)	35	30,7
nie	24	21,0
"Psychiatrische Klinik" (3. klin. Sem.) WS 1992/93 (n=134)		
regelmäßig (> 2/3)	27	20,2
unregelmäßig (1/3 - 2/3)	50	37,3
selten (< 1/3)	41	30,6
nie	16	11,9
b. Verlaufsgruppe (N=62):		
Einführungsvorlesung (1. klin. Sem.) WS 1991/92		
Vorlesungsbesuch:	n	%
regelmäßig (> 2/3)	12	19,4
unregelmäßig (1/3 - 2/3)	21	33,9
selten (< 1/3)	17	27,3
nie	12	19,4
"Psychiatrische Klinik" (3. klin. Sem.) WS 1992/93		
regelmäßig (> 2/3)	15	24,2
unregelmäßig (1/3 - 2/3)	19	30,6
selten (< 1/3)	19	30,6
nie	9	14,6

Der regelmäßige Besuch der "Hauptvorlesung" im 3. klin. Semester ist offensichtlich nur unwesentlich höher als derjenige der Einführungsvorlesung im 1. klin. Semester, es besteht kein signifikanter Unterschied: Knapp 20%, also zwischen 24 und 30 Studenten pro Semester, geben an, über zwei Drittel der jeweiligen Vorlesung besucht zu haben. Weiterhin hat ungefähr jeder zweite Studierende mehr als ein Drittel der Vorlesungen besucht.

Immerhin gaben 33% aller Studierenden an, daß sie im 2. klin. Semester schon Vorlesungen in (meist medizinischer) Psychologie und/oder Psychosomatik gehört haben. (Für diese Frage wurde keine Tabelle erstellt). Hier drückt sich möglicherweise auch ein noch ungerichtetes Interesse vieler Studierender an diesem Themenkomplex innerhalb der Medizin aus, das sich im Zuge eines stärker zielgerichteten Studierens gegen Ende des klinischen Studiums (wie hier im 4. klin. Semester) wieder abschwächt.

Zudem haben ca. zehn Prozent aller befragten Medizinstudenten das vor dem Physikikum obligate Krankenpflegepraktikum auf einer psychiatrischen Station absolviert. Angesichts der vielfältigen Wahlmöglichkeiten erscheint diese Zahl hoch. Es wäre interessant, hier noch mehr über die zugrundeliegende Motivation zu erfahren. Famulaturen in der Psychiatrie waren allerdings ausgesprochen selten: Von den (klinischen) Zweitsemestern hatten vier (3,5%), von den Viertsemestern sieben (5,2%) diese Ausbildungsgelegenheit genutzt.

Eine weitere Frage betraf die vorausgehende bzw. kursbegleitende Lektüre. Die wichtigsten Daten sind in Tabelle 2a für die Gesamtheit der Befragten, in Tabelle 2b für die 62 Studierenden festgehalten, die an allen vier Befragungen teilnahmen.

Tab. 2a,b Kenntnisse über Buchlektüre vor und während des Kurses

a. Gesamtheit der Befragten:				
2. klin. Semester:	Beginn		Ende	
Buchlektüre:	n	%	n	%
durchgearbeitet	5	4,4	2	2,1
diagonal überlesen	4	3,5	4	4,2
einzelnes	36	31,6	24	25,0
gar nicht	69	58,0	66	68,7
total	114		96	
4. klin. Semester:				
durchgearbeitet	15	11,2	20	15,5
diagonal überlesen	16	11,9	22	17,1
einzelnes	68	50,8	73	56,6
gar nicht	35	26,1	14	10,8
total	134		129	
b. Verlaufsgruppe:				
2. klin. Semester:	Beginn		Ende	
Buchlektüre:	n	%	n	%
durchgearbeitet	2	3,2	1	1,6
diagonal überlesen	2	3,2	2	3,2
einzelnes	18	29,0	17	27,4
gar nicht	40	64,6	42	67,8
total	62		62	
4. klin. Semester:				
durchgearbeitet	5	8,1	14	22,6
diagonal überlesen	8	12,9	10	16,1
einzelnes	29	46,8	29	46,8
gar nicht	20	32,2	9	14,5
total	62		62	

Bei den in Tabelle 2a wiedergegebenen Angaben ist zu bedenken, daß die Anzahl der Befragten während des Semesters kleiner wurde und im übernächsten Semester eine Reihe von Studenten erfaßt und befragt wurden, die bei der Erstuntersuchung nicht erreichbar waren.

Daher sind die Zahlen, auch wenn sie einen Verlauf darzustellen scheinen, nur bedingt vergleichbar. Ein

kompletter Datensatz liegt, wie bereits erwähnt, bei 62 Studierenden vor. Die Zahlenangaben in Tabellen 2a und 2b beziehen sich auf einen unterschiedlichen Zeitraum: einmal auf die Zeit bis zu Beginn des jeweiligen Semesters, zum anderen auf die daran anschließende Zeitspanne des laufenden Semesters. Da die Anzahl der "Leser" somit nicht im zeitlichen Verlauf summiert, sondern für beide Zeiträume getrennt betrachtet wird, kann diese während des laufenden Semesters in den einzelnen Kategorien auch kleiner sein als im Zeitraum bis zu Semesterbeginn. Tendentiell steigt die Beschäftigung der Studierenden (Gesamt-N) mit einem Lehrbuch der Psychiatrie mit zunehmender praktischer (Kurs-)Erfahrung und mit dem Näherkommen des zweiten Staatsexamens (Tabelle 2a). Immerhin haben sich bis zum Ende des 4. klin. Semesters ca. 90% der Studierenden mit einem Fachlehrbuch beschäftigt. Zwischen Beginn und Ende des 2. klin. Semesters ergibt sich keine signifikante Veränderung des Leseverhaltens (Symmetrie-Test nach BOWKER für verbundene Stichproben; $n=91$). Der entsprechende Vergleich bis Ende des 4. klin. Semesters zeigt, daß signifikant mehr gelesen wird ($p < 0,05$; $n=124$). Auch in der Verlaufsgruppe ($n=62$) ergibt sich dabei eine statistisch signifikante Zunahme der Lektüre im Verlauf des 4. klinischen Semesters ($p < 0,001$).

Zusammenfassend ist festzustellen, daß sich die Studierenden sehr wenig durch Lektüre auf die praktischen Unterrichtsveranstaltungen vorbereitet haben. Zwar nimmt der Anteil derer, die etwas gelesen haben, im Untersuchungszeitraum (vom 2. bis 4. klin. Semester) zu. Allerdings sind die Zahlen klein und es bleibt unklar, wieviel tatsächlich ("diagonal überlesen", "einzelnes") an Vorbereitungszeit investiert wurde.

Nicht nur nach Lehrbuchlektüre, sondern auch nach der Lektüre eines (oft zur kurzfristigen Examensvorbereitung genutzten) Skriptes wurde gefragt. Diese Ergebnisse sind schwer zu interpretieren (Tabellen 3a,b).

Tab. 3a,b Lektüre eines sog. "Skriptes" vor und während des Kurses

a. Gesamtheit der Befragten:				
2. klin. Semester:	Beginn		Ende	
Skript:	n	%	n	%
durchgearbeitet	8	7,0	2	2,0
diagonal überlesen	8	7,0	6	6,3
einzelnes	12	10,6	11	11,5
gar nicht	86	75,4	77	80,2
total	114		96	
4. klin. Semester:				
durchgearbeitet	7	5,2	5	3,9
diagonal überlesen	10	7,5	18	14,0
einzelnes	26	19,4	38	29,4
gar nicht	91	67,9	68	52,7
total	134		129	
b. Verlaufsgruppe:				
2. klin. Semester:	Beginn		Ende	
Skript:	n	%	n	%
durchgearbeitet	4	6,4	1	1,6
diagonal überlesen	6	9,7	5	8,1
einzelnes	7	11,3	5	8,1
gar nicht	45	72,6	51	82,2
total	62		62	
4. klin. Semester:				
durchgearbeitet	5	8,1	1	1,6
diagonal überlesen	1	1,6	6	9,7
einzelnes	12	19,3	19	30,6
gar nicht	44	71,0	36	58,1
total	62		62	

Im deutlichen Gegensatz zur Lehrbuchlektüre steht das geringe Interesse an einem knappen Prüfungsskript. Anzunehmen ist, daß ein Teil der Studierenden erst in der unmittelbaren Vorbereitungsphase des 2. Staatsexamens zu einem "Skript" greift und hier nicht miterfaßt ist. Es könnte allerdings auch mit den vereinzelt geäußerten Erfahrungen zusammenhängen, daß sich die Grundzüge von Psychiatrie und Psychotherapie nicht so einfach aus einem stichwortartig zusammengefügt Skript erlernen lassen, ein dafür notwendiges Grundverständnis eine ausführlichere Lektüre erfordert. Dies spricht dafür, daß doch die Mehrheit der Studierenden - zumindest subjektiv - ein tieferes Interesse für das Fachgebiet der Psychiatrie verspürt und den dort vorkommenden Erkrankungen etwas mehr auf den Grund gehen möchte.

3.1.2 Interesse

Tab. 4a,b Interesse an einer psychiatrischen Famulatur

a. Gesamtheit der Befragten:				
2. klin. Semester:	Beginn (n=114)		Ende (n=96)	
psych. Famulatur:	n	%	n	%
ja	70	61,4	72	75,0
4. klin. Semester:	Beginn (n=134)		Ende (n=129)	
ja	77	57,5	55	42,6
b. Verlaufsgruppe (n=62):				
2. klin. Semester:	Beginn		Ende	
psych. Famulatur:	n	%	n	%
ja	40	64,5	44	71,0
4. klin. Semester:	Beginn		Ende	
ja	38	61,3	24	38,7

Die Studierenden wurden auch nach ihrem Interesse an einer psychiatrischen Famulatur befragt.

Positiv äußerten sich:

- zu Beginn des 2. klinischen Semesters: 61,4 %
- am Ende des 2. klinischen Semesters: 75,0 %
- zu Beginn des 4. klinischen Semesters: 57,5 %
- am Ende des 4. klinischen Semesters: 42,6 %

Wie viele Studenten veränderten hier im Verlauf des Semesters, also möglicherweise unter dem Einfluß der Unterrichtsveranstaltung, ihre Meinung? Im 2. klin. Semester waren es 44 Studenten, die vor dem Untersuchungskurs kein Interesse äußerten, nach Abschluß des Kurses nur noch 20 Studenten. Von den 62 Studenten mit komplettem Datensatz gewannen vier Studierende im Laufe des Semesters Interesse an einer psychiatrischen Famulatur.

Ein Jahr später, im 4. klin. Semester, waren die Veränderungen anders (s. o.): Nach dem Praktikum waren deutlich weniger an einer Famulatur interessiert als vorher. Ehe nun geschlossen wird, daß das Psychiatrische Praktikum das Interesse an der Psychiatrie vermindert habe, ist zu bedenken, daß die Studierenden in die-

sem Semester soeben ein zweiwöchiges Praktikum in einem psychiatrischen Krankenhaus absolviert hatten, also eine Verfahrens-weise (Verlaufsform) der praktischen Ausbildung, die einer Famulatur ähnlich ist.

Um die Motive für Famulaturwünsche zu erfahren, wurde bei der Befragung im 4. klin. Semester die Möglichkeit gegeben, die Antwort schriftlich in freier Form zu begründen, wovon 84 Studenten Gebrauch machten.

Die häufigsten Begründungen für fehlendes Interesse (n=32) an einer psychiatrischen Famulatur waren "keine Zeit" (andere Famulaturen, Dissertationen, Ferienarbeit usw.) bzw. "kein Interesse, andere Interessenschwerpunkte" (jeweils n=9). Sieben Studenten gaben an, durch das ergänzende zweiwöchige psychiatrische Stationspraktikum "ausreichend" Einblick in das psychiatrische Fachgebiet erhalten zu haben, sich jetzt wieder anderen Dingen zuwenden zu wollen. Nur zwei Studierende kritisierten dieses Stationspraktikum scharf ("Man mußte soviel Kaffee trinken"; "meistens unfähige Ärzte"). Weitere zwei Studenten bemängelten am wöchentlichen "Psychiatrischen Praktikum" selbst, daß "mehr über als mit den Patienten geredet werde". Drei Studierende gaben an, den "Abstand" zu psychiatrischen Patienten nicht einhalten zu können, deswegen auf entsprechende Erfahrungen verzichten zu wollen.

Zur Begründung eines aktuellen Interesses (n=38) an einer Famulatur nannten 25 Studierende die im Rahmen des Praktikums (bei zehn Studierenden ganz ausdrücklich während des ergänzenden Stationspraktikums) gewonnene Erfahrung, daß Psychiatrie "ganz einfach interessant" sei (und verzichteten auf eine nähere Begründung). Vier weitere Studierende begründeten ihr Interesse damit, daß "der Mensch selbst" mehr als in anderen Fächern im Mittelpunkt stehe. Fünf Studierende sahen weitergehende psychiatrische Erfahrungen als unverzichtbar für eine spätere allgemeinärztliche Tätigkeit. Ein Student hatte seinen Famulaturwunsch ganz aufgegeben, nachdem ihm bei Nachfrage in einer psychiatrischen Klinik gesagt worden sei, "drei Wochen" brächten "überhaupt nichts" ("Mehr Zeit habe ich aber nicht - na dann."). Drei Studierende gaben ein besonderes Interesse an Kinder- und Jugendpsychiatrie an.

Zusammengefaßt lassen sich vor allem zwei Ursachen für den Interessenrückgang im 4. klin. Semester vermuten: Zum einen die Notwendigkeit, ganz gezielt eigene Interessenschwerpunkte und Arbeitsziele (z. B. Dissertation, Examensvorbereitung) zu setzen, anderes aus arbeitsökonomischen Gründen zu streichen. Zweitens spielen aber sicher auch die im Rahmen des famulaturähnlichen "ergänzenden Stationspraktikums" im 4. klin. Semester bereits gewonnenen Erfahrungen mit dem psychiatrischen Fachgebiet eine Rolle (s. o.).

3.1.3 Engagement

Die Studierenden wurden nach der praktischen Durchführung des Untersuchungskurses und des Psychiatrischen Praktikums befragt. Besonders wichtig schien es:

Wer soll den zum Unterricht gebetenen Patienten befragen? Der Dozent (mit der Möglichkeit, daß die Studierenden am Schluß noch Fragen stellen) oder ein Student (bzw. mehrere) von vornherein?

Die Ergebnisse sind den Tabellen 5a und 5b zu entnehmen.

Tab. 5a,b Wer soll im Untersuchungskurs (2. klin. Sem.) und im Psychiatrischen Praktikum (4. klin. Sem.) das Gespräch mit dem Patienten führen?

a. Gesamtheit der Befragten:				
2. klin. Semester:	Beginn		Ende	
Gesprächsführung mit:	n	%	n	%
Kursleiter	53	46,5	8	8,3
Student	61	53,5	88	91,7
total	114		96	
4. klin. Semester:				
Kursleiter	39	29,1	22	17,1
Student	95	70,9	107	82,9
total	134		129	
b. Verlaufsguppe:				
2. klin. Semester:	Beginn		Ende	
Gesprächsführung mit:	n	%	n	%
Kursleiter	24	38,7	2	3,2
Student	38	61,3	60	96,8
total	62		62	
4. klin. Semester:				
Kursleiter	10	16,1	10	16,1
Student	52	83,9	52	83,9
total	62		62	

Zusammenfassend ergibt sich: Zu Beginn des Untersuchungskurses, also vor dem ersten Kennenlernen eines Patienten, sprechen sich bereits mehr als die Hälfte der Studierenden dafür aus, daß nicht der Kursleiter, sondern ein Student das Gespräch mit dem Patienten führt. Dieser Anteil steigt im Laufe des Untersuchungskurses auf nahezu 100% an, mit anderen Worten: Fast alle Studenten meinen nun, daß ein Student das Untersuchungsgespräch mit dem Patienten führen solle. Diese Zunahme innerhalb des 2. klin. Semesters ist signifikant ($p < 0,05$) sowohl in der Gesamt- ($n=91$) als in der Verlaufsguppe ($n=62$). Ein Jahr später sind nicht mehr ganz so viele Studenten dieser Meinung. Das könnte vielleicht damit erklärt werden, daß die Unsicherheit im Umgang mit psychisch Kranken aufgrund des nun ca. 8 - 9 Monate zurückliegenden Untersuchungskurses wieder gewachsen ist, betreffs der Vorerfahrungen aber nicht mehr das Ausgangsniveau zu Beginn des 2. klin. Semesters erreicht. Im Laufe des Psychiatrischen Praktikums wird der Anteil der in diesem Sinne aktiven Studenten kaum größer; es ergibt sich keine signifikante Veränderung in der Gesamt- oder Verlaufsguppe.

Wie ist dieser im Vergleich zum 2. klin. Semester fehlende Anstieg zu erklären? Vielleicht dadurch, daß nur im Untersuchungskurs des 2. klin. Semesters die Ge-

sprächsführung von zwei Studenten gemeinsam ausgehen kann?

In unseren praktischen Übungen, d. h. im Untersuchungskurs und im Psychiatrischen Praktikum, ist es üblich, daß ein Student (im Untersuchungskurs des 2. klin. Semesters auch zwei) das Gespräch mit dem Patienten führt, nicht der Arzt. Es zeigt sich, daß sich schon in der ersten Stunde immer wieder Studierende dazu bereit finden, wenn z. T. auch mit Bedenken und Zögern.

Auch nach ihrem "Mut" zur aktiven Teilnahme wurden die Studierenden befragt.

Tab. 6a,b Würden Sie sich zutrauen, einem psychisch kranken Menschen im Studentenkurs hinsichtlich seiner Erkrankung zu befragen?

a. Gesamtheit der Befragten:				
2. klin. Semester:	Beginn		Ende	
Patientenbefragung:	n	%	n	%
spontan ja	56	49,1	86	89,6
nach Aufforderung	36	31,6	9	9,4
nein	22	19,3	1	1,0
total	114		96	
4. klin. Semester:				
spontan ja	106	79,1	121	93,8
nach Aufforderung	20	14,9	7	5,4
nein	8	6,0	1	0,8
total	134		129	
b. Verlaufsguppe:				
2. klin. Semester:	Beginn		Ende	
Patientenbefragung:	n	%	n	%
spontan ja	33	53,2	56	90,3
nach Aufforderung	19	30,7	5	8,1
nein	10	16,1	1	1,6
total	62		62	
4. klin. Semester:				
spontan ja	54	87,1	60	96,8
nach Aufforderung	7	11,3	1	1,6
nein	1	1,6	1	1,6
total	62		62	

Insgesamt zeigt sich, daß der Anteil der „aktiv-mutigen“ Studierenden (wenn auch z. T. mit Unsicherheit) während des Untersuchungskurses erheblich ansteigt (auf 89,6% bzw. 90,4%). Nach einem Jahr, zu Beginn des Praktikums, sind es etwas weniger, und wieder ist während des praktischen Unterrichtes in diesem Semester ein Anstieg zu verzeichnen, der ebenso wie im Vorjahr sowohl in der Gesamt- als auch in der Verlaufsguppe signifikant ($p < 0,05$ bzw. $p < 0,001$) ist. Auch zwischen den Antworten innerhalb des 4. klin. Semesters sowie zu Beginn des 2. klin. und zum Ende des 4. klin. Semesters besteht ein signifikanter Unterschied. Diejenigen, die sich gar nichts zutrauen, machen zu Beginn des Untersuchungskurses noch fast ein Fünftel aus, später (im Psychiatrischen Praktikum) ist es in der befragten Gruppe nur ein einziger. Dies spricht für einen erfolgreichen Abbau von - vor allem im 2. klin. Semester - bestehenden Unsicherheiten und Berührungängsten.

3.2 Unterrichtswünsche und -ziele

Mit der folgenden Frage sollten Wünsche und Zielvorstellungen der Studierenden im Hinblick auf die im Unterricht vermittelten Inhalte deutlich werden: Wünschen sich die Studierenden primär eine Vertiefung der schon in der Vorlesung erfolgten Wissensvermittlung oder geht es ihnen mehr um das Erlernen der Fertigkeit, ein Gespräch mit einem psychisch Kranken zu führen und dabei eine psychiatrische Anamnese mit psychischem Befund zu erheben? Oder geht es den Studierenden vor allem darum, psychisch kranke Menschen besser verstehen zu lernen und sich ihnen gegenüber angemessener und sicherer verhalten zu können?

Die Ergebnisse sind in den Tabellen 7a und 7b aufgeführt.

Tab. 7a,b Was soll im psychiatrischen Untersuchungskurs bzw. im psychiatrischen Praktikum hauptsächlich vermittelt werden?

a. Gesamtheit der Befragten:				
2. klin. Semester:	Beginn		Ende	
Ziele psych. Kurse:	n	%	n	%
Wissen	12	10,6	8	8,3
Gesprächsführung	33	28,9	34	35,4
Verständnis	69	60,5	54	56,3
total	114		96	
4. klin. Semester:				
Wissen	27	20,2	19	14,7
Gesprächsführung	59	44,0	62	48,1
Verständnis	48	35,8	48	37,2
total	134		129	
b. Verlaufsgruppe:				
2. klin. Semester:	Beginn		Ende	
Ziele psych. Kurse:	n	%	n	%
Wissen	2	3,2	5	8,1
Gesprächsführung	20	32,3	21	33,9
Verständnis	40	64,5	36	58,0
total	62		62	
4. klin. Semester:				
Wissen	13	21,0	13	21,0
Gesprächsführung	27	43,5	24	38,7
Verständnis	22	35,5	25	40,3
total	62		62	

Bezüglich der Zielvorstellungen der Studierenden im Rahmen des psychiatrischen Unterrichtes lassen sich im zeitlichen Verlauf tendentiell Verschiebungen feststellen, die für 62 Befragten im Laufe des 2. bzw. 4. klin. Semesters jedoch keine statistische Signifikanz aufweisen. Die Befragungsergebnisse zu Beginn des 2. klin. Semesters und zum Ende des 4. klin. Semesters sind jedoch signifikant unterschiedlich ($p < 0,05$).

Im einzelnen: Wissensvermittlung im Sinne von "rein theoretischer Kenntnis" steht nicht an erster Stelle, sie wird zu Beginn nur von ca. 12% als bevorzugtes Kursziel angegeben; dieser Anteil nimmt während des Unter-

suchungskurses noch ab. Ein Jahr später (zu Beginn des psychiatrischen Praktikums) nennen deutlich mehr Studierende dieses Unterrichtsziel, was im Verlauf wieder abnimmt. Das Gespräch mit dem Patienten will bevorzugt am Anfang des Untersuchungskurses ein knappes Drittel mit stetig zunehmender Tendenz, am Ende des 4. klin. Semesters wünscht dies fast die Hälfte aller Studierenden.

Das Verstehen des Patienten sehen anfangs fast 2/3 der Studierenden als Hauptunterrichtsziel an, dann aber wollen dies immer weniger. Hieraus darf nicht gefolgert werden, daß das Verstehen nun weniger geschätzt würde, sondern: Wenn die Studenten im Untersuchungskurs erfahren haben, daß es durchaus möglich ist, einen psychisch Kranken trotz der initialen Berührungängste und mancher Besonderheiten des Krankheitsbildes zu verstehen, kann es nicht verwundern, daß sie bei der nächsten Befragung ein anderes Ziel als Hauptanliegen angeben, nämlich zunächst die Gesprächsführung, im 4. klin. Semester schließlich aber auch mit leichter Zunahme die Wissensvermittlung.

Diese Verschiebung hat also damit zu tun, daß eine erste Annäherung und ein erster Kontakt zu psychisch kranken Patienten ein Jahr zuvor schon zu einem gewissen Grundverständnis bzw. zu der Ausformung einer persönlichen Herangehensweise an psychisch kranke Patienten geführt hat und auf diesem Hintergrund konkretere Lernziele (insbesondere der erste klinische Umgang mit psychisch Kranken) wichtiger werden.

Inwieweit wurden die in Tabellen 7a,b genannten Ziele erreicht?

Die Antworten, die die Studierenden nach dem Praktikum im 4. klin. Semester gaben, sind in den Tabellen 8a und 8b aufgeführt.

Tab. 8a,b Wieweit sind Ihrer Meinung nach die Unterrichtsziele erreicht worden?

a. Gesamtheit der Befragten (n=129):						
Unterrichtsziele:	eher mehr		mittel		eher weniger	
	n	%	n	%	n	%
Wissen	50	38,8	66	51,2	13	10,0
Gesprächsführung	10	7,8	62	48,0	57	44,2
Verständnis	55	42,6	55	42,6	19	14,8
b. Verlaufsgruppe (n=62):						
Unterrichtsziele:	eher mehr		mittel		eher weniger	
	n	%	n	%	n	%
Wissen	5	8,1	28	45,1	29	46,8
Gesprächsführung	25	40,3	27	43,6	10	16,1
Verständnis	24	38,7	31	50,0	7	11,3

Wenn die Studierenden nach dem Psychiatrischen Praktikum des 4. klin. Semesters die Wissensvermittlung nicht besonders gefördert sehen, so ist dieses Ergebnis keineswegs negativ zu werten, denn es war von vorn-

herein die Absicht, Wissensvermittlung in den Vorlesungen vorzunehmen, in den praktischen Unterrichtsveranstaltungen aber hauptsächlich andere Ziele zu verfolgen.

Hierzu gehört auch die Vermittlung der Fertigkeit, eine psychiatrische Anamnese mit psychischem Befund zu erheben. Immerhin 90% der Studenten sehen ihre Fähigkeiten diesbezüglich gefördert. Besseres Verstehen der Patienten ist nach Ansicht der Unterrichtenden das Hauptziel sowohl des Psychiatrischen Untersuchungskurses als auch des Psychiatrischen Praktikums. Schließlich glauben rund 85% der Studenten, dem Verstehen des Patienten nähergekommen zu sein und haben die Kurse dabei als hilfreich erlebt.

Im Vergleich mit den Tabellen 7a und 7b zeigt sich, daß die vor Beginn der Kurse von den Studenten als besonders wichtig erachteten Lernziele "Gesprächsführung" und "besseres Verstehen, besserer Zugang zum Patienten" nach dem Ende der Kurse von fast 90% der Studierenden als zumindest zufriedenstellend erreicht angesehen werden.

3.3 Zu den Krankheitsbildern

Tab. 9 Welches psychiatrische Krankheitsbild halten Sie für besonders wichtig und möchten es im Rahmen des psychiatrischen Kleingruppenunterrichtes kennenlernen?

Krankheitsbild:	2. klin. Sem.		4. klin. Sem.	
	Beginn n=114 %	Ende n=96 %	Beginn n=134 %	Ende n=129 %
Neurosen	3,5	6,3	9,0	10,1
Suchterkrankungen	14,9	12,5	14,2	8,5
affektive Psychosen	13,2	17,7	20,9	18,6
Schizophrenien	16,7	22,9	14,9	30,1
Demenzen	0,0	3,1	2,2	0,0
Psychosomatosen	25,4	8,3	18,7	14,0
geistige Behinderung	1,8	0,0	1,5	0,8
weiß nicht	19,3	20,8	17,1	14,0
anderes	5,3	8,3	1,5	3,9

Es erscheint bemerkenswert, daß neurotische Krankheitsbilder im Bewußtsein der Studierenden vor Beginn des Psychiatrischen Praktikums nur eine sehr untergeordnete Rolle spielen, im Verlauf der beiden Kurse jedoch stark, in der Tendenz ebenso wie affektive Psychosen und Schizophrenien, an Gewicht und Interesse gewinnen. Demenzen und geistige Behinderung scheinen wenig Interesse hervorzurufen, psychosomatische Erkrankungen (in engerem Sinne) und - weniger stark ausgeprägt - Suchterkrankungen verlieren im Laufe der Kurse an Gewicht. Vergleicht man die zu den vier verschiedenen Zeitpunkten gegebenen Antworten untereinander, so ergibt sich jedoch im zeitlichen Verlauf keinerlei signifikante Verschiebung.

Interessant wäre eine nähere Untersuchung der Gründe der Veränderungen innerhalb der Antwortgruppen. Anzunehmen ist, daß die überwiegende Auswahl der

"Unterrichtspatienten" aus den drei erstgenannten Krankheitsgruppen sich in den vorliegenden Daten widerspiegelt, wohingegen z. B. (im engeren Sinne) psychosomatische Patienten ebenso wie Suchtpatienten eher seltener vorgestellt werden.

3.4 Rückblickende Beurteilung des Unterrichtsumfangs

Tab. 10a,b Wie beurteilen Sie den zeitlichen Umfang des psychiatrischen Kleingruppenunterrichtes in diesem Semester?

a. Gesamtheit der Befragten:				
Kursbeurteilung:	nach Untersuchungskurs (n=96)		nach Praktikum (n=129)	
	n	%	n	%
zu viele Sitzungen	0	0,0	2	1,6
ausreichend	55	57,3	91	70,5
zu wenig Sitzungen	41	42,7	36	27,9
b. Verlaufsgruppe (n=62):				
Kursbeurteilung:	nach Untersuchungskurs		nach Praktikum	
	n	%	n	%
zu viele Sitzungen	0	0,0	1	1,6
ausreichend	41	66,1	46	74,2
zu wenig Sitzungen	21	33,9	15	24,2

Es ist hervorzuheben, daß trotz vielerorts und wiederholt geklagter Überfrachtung des Medizinstudiums mit Einzelfächern und Lehrinhalten nur ein Bruchteil der Studenten das Kursangebot als unnötig intensiv und aufwendig empfindet. 40% (WS 91/92) bzw. 30% (WS 92/93) der Studierenden bewerten das Kursangebot sogar als quantitativ zu gering. (Zwischen den Angaben des 2. und 4. klin. Semesters besteht kein statistisch signifikanter Unterschied; n=62). Allerdings ist zu bedenken, daß die Antwort "ausreichend" naheliegt. Denn welcher kritische Student würde zu behaupten wagen, es habe bereits zu viele Stunden des praktischen Unterrichtes gegeben? So unverständlich möchte wohl keiner antworten. Andererseits wagen die Studenten auch kaum zu sagen, die Unterrichtszeit sei zu knapp bemessen; denn dann würden sie Gefahr laufen, zu noch mehr Unterricht verpflichtet zu werden. Daher sind die Zahlen behutsam zu interpretieren. Um so mehr ist nach der "Bewegung" im Laufe der Untersuchungszeit zu fragen. Am Ende des 4. klin. Semesters sind es im Vergleich zum Ende des 2. klin. Semesters deutlich mehr Studierende, die "ausreichend" antworten und entsprechend deutlich weniger, die das Unterrichtspensum für zu knapp halten. Auch hier dürften sich weniger die inzwischen gewonnene Erfahrung und Wissensvermehrung widerspiegeln als vielmehr die Befürchtung vor zu vielen sogenannten Pflichtveranstaltungen.

3.5 Rückblickende Beurteilung der eigenen aktiven Beteiligung

Nicht nur nach der Unterrichtsquantität wurde gefragt, sondern auch nach der aktiven Beteiligung am Unterricht.

Tab. 11a,b Wie oft haben Sie während des psychiatrischen Kurses selbst das Untersuchungsgespräch mit dem Patienten geführt?

a. Gesamtheit der Befragten:				
Gespräch durchgeführt:	nach Untersuchungskurs (n=96)		nach Praktikum (n=129)	
	n	%	n	%
nie	6	6,2	25	19,4
einmal	65	67,7	67	51,9
zweimal	21	21,9	25	19,4
> zweimal	4	4,2	12	9,3

b. Verlaufsgruppe (n=62):				
Gespräch durchgeführt:	nach Untersuchungskurs		nach Praktikum	
	n	%	n	%
nie	4	6,5	11	17,7
einmal	42	66,1	29	46,8
zweimal	14	74,2	16	25,8
> zweimal	2	3,2	6	9,7

Die Befragungsergebnisse zeigen, daß die Absicht der Unterrichtenden, jeden Studenten aktiv zu beteiligen, gut in die Tat umgesetzt werden konnte. Mehr als 90% haben mindestens einmal im Untersuchungskurs (2. klin. Sem.) ein Patientengespräch geführt. Im Psychiatrischen Praktikum (4. klin. Sem.) betrug die aktive Teilnahme an mindestens einem direkten Patientengespräch rund 80%. Das hat folgende Gründe: Erfast wurden nur die vier Doppelstunden praktischen psychiatrischen Unterrichts in der Universitätsklinik, nicht aber die Tätigkeit der Studenten während des Blockpraktikums, wo sie in aller Regel unmittelbar in Kontakt mit psychisch Kranken kommen. Wenn in den genannten vier Doppelstunden des Psychiatrischen Praktikums nicht jeder Student direkt an der Gesprächsführung beteiligt ist, dann auch, weil im Psychiatrischen Untersuchungskurs des 4. klin. Semesters stets ein Studierender das jeweilige Patientengespräch führt. Im Psychiatrischen Untersuchungskurs des 2. klin. Semesters hingegen wird das Gespräch mit dem Patienten - je nach Wunsch der Kursgruppe - auch von zwei Studierenden zusammen (zur besseren Überwindung der anfänglichen Unsicherheit) geführt. In der Regel werden 30% bis 50% der Patientengespräche von zwei Studenten gemeinsam bestritten.

Was äußern die Studierenden über die Sicherheit im Umgang mit psychisch Kranken?

Tab. 12a,b Trauen Sie sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt zu, eine psychiatrische Anamnese mit psychischem Befund zu erheben?

a. Gesamtheit der Befragten:				
Anamnese erheben:	nach Untersuchungskurs (n=96)		nach Praktikum (n=129)	
	n	%	n	%
ja	11	11,5	22	17,0
bedingt	59	61,5	89	69,0
nein	26	27,0	18	14,0

b. Verlaufsgruppe (n=62):				
Anamnese erheben:	nach Untersuchungskurs		nach Praktikum	
	n	%	n	%
ja	7	11,3	10	16,1
bedingt	40	64,5	43	69,4
nein	15	24,2	9	14,5

Festzuhalten ist, daß sich immerhin über 85% der Studierenden nach Absolvieren der beiden psychiatrischen Untersuchungskurse eine psychiatrische Untersuchung zumindest in ihren Grundzügen zutrauen. Ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Einschätzungen am Ende des 2. und 4. klin. Semesters besteht nicht (n=62), obwohl während des 4. klin. Semesters ja erst der Psychiatrische Untersuchungskurs, sozusagen das "Herzstück" des psychiatrischen Unterrichtes, stattfindet. Dieser intensive Unterricht scheint hier keinen einschneidenden Einfluß zu haben. Zudem ist positiv zu bewerten, daß die meisten Studierenden (ca. 2/3) nicht schlichtweg bejahen, sondern eine gewisse Einschränkung bedingt machen; hier ist zu erkennen, daß sowohl mehr "Mut" im Umgang mit psychisch Kranken als auch eine kritische Einschätzung der eigenen Fähigkeiten entstanden ist.

Natürlich stellt sich die Frage, warum sich 14% der Studierenden in der abschließenden Befragung eine solche Untersuchung nicht zutrauen und wie dieser Anteil in Zukunft weiter reduziert werden kann.

3.5 Berufswünsche

Schließlich wurde erfragt, ob im Untersuchungszeitraum die angestrebte Fachrichtung sich verändert hat (Tabelle 13).

Tab. 13 Welche Fachrichtung wollen Sie nach Abschluß des Medizinstudiums voraussichtlich einschlagen?

Fachrichtung:	2. klin. Semester		4. klin. Semester	
	Beginn n=114 %	Ende n=96 %	Beginn n=134 %	Ende n=129 %
Allgemeinmed.	7,0	9,4	9,0	10,1
Innere Med.	12,3	10,4	18,7	17,1
Chirurgie	13,2	13,5	11,9	9,3
Neurologie	2,6	2,1	3,0	3,9
Psychiatrie	0,0	0,0	2,2	3,1
weiß nicht	41,2	43,8	27,6	22,5
anderes	23,7	20,8	27,6	34,0

Es ergab sich, daß anfangs gut 40%, am Ende nur noch gut 20% der Studierenden nicht sagen konnten, welche Wahl sie voraussichtlich treffen würden. Die meisten haben also, wenn auch gewiß oft nur vorläufig, ein bestimmtes Fachgebiet genannt. Dabei divergieren die Antworten breit. Zahlreiche Fächer wurden genannt, viele aber so selten, daß diese unter der Kategorie "anderes" zusammengefaßt wurden, die aber in der Summe ein Viertel bis ein Drittel der Befragten ausmacht, und zwar mit deutlich ansteigender Tendenz. Auf die großen Fächer (Innere Medizin, Chirurgie, Allgemeinmedizin und Neurologie/ Psychiatrie) verteilt sich knapp die Hälfte der Studierenden. Auffallend ist die Zunahme des Wunsches Innere Medizin und die Abnahme des Chirurgie-Wunsches. Allgemeinmediziner wollen kaum 10% werden. Den Wunsch nach Psychiatrie hat im 2. klin. Semester (Untersuchungskurs) noch kein Student geäußert, im 4. klin. Semester sind es nur drei bzw. vier Studenten (Tabelle 13).

4 Folgerungen

Zunächst sind methodische Mängel zu bedenken. Diese sind weitgehend in dem offenen, am normalen Semesterablauf orientierten Untersuchungsdesign begründet, es sind vor allem die wechselnde Anzahl der antwortenden Studierenden zu den einzelnen Befragungszeitpunkten und die damit verbundene nicht durchgehende Beantwortung aller vier Fragebögen durch einen Studierenden zu nennen. Da jedoch von insgesamt 62 Studierenden ein vollständiger Datensatz vorliegt, können die Befragungsergebnisse für den behandelten Fragenkomplex mit dem jeweiligen deutlich größeren Gesamt-N verglichen werden, wobei sich in der Tendenz bis auf wenige, oben beschriebene Ausnahmen übereinstimmende Ergebnisse fanden. Diese können als spezifische Einstellungen für alle Studenten eines Semesters angesehen werden. Auch die Signifikanzberechnungen wurden überwiegend auf der Grundlage dieser Gruppe (n=62) durchgeführt.

Da die Befragung sich teilweise an einer von FINZEN 1967 und 1968 an der Tübinger Universitätsklinik durchgeführten Untersuchung orientierte, können die Ergebnisse auch im Vergleich zu Einstellungen in den genannten Jahren diskutiert werden. FINZEN (1970) sprach nach Auswertung der damaligen Befragungsergebnisse von dem "Paradoxon", daß die Studierenden zwar angeben, sie seien bereit und in der Lage, mehr Zeit in unser Fach zu investieren, daß sie aber das vorhandene Angebot (insbesondere Hauptvorlesung) nicht wahrnehmen. Er vermutete damals, daß angesichts der in Tübingen erst im 5. klin. Semester stattfindenden psychiatrischen Lehrveranstaltungen das Interesse an der Psychiatrie zu spät geweckt werde und daß bei Verlegung der Hauptlehrveranstaltungen (Vorlesungen, Pflichtkurse) in frühere Semester die Beteiligung und das Engagement wachsen würde. Diese Vermutung hat sich nach unseren Ergebnissen aber nicht bestätigt: Auch angesichts der schon im 1. klin. Semester mit der Einführungsvorlesung beginnenden psychiatrischen Lehrveranstaltungen liegt z. B. der Anteil der regelmäßigen Vorlesungsbesucher mit knapp 16% (Einführungsvor-

lesung im 1. klin. Sem.) sowie 20% (Hauptvorlesung im 3. klin. Sem.) gegenüber den für 1967 festgestellten 11% nur unwesentlich höher. In Anbetracht des ebenso nur wenig betriebenen Eigenstudiums (Tabellen 2a,b und 3a,b) fehlen somit einem Großteil der Studierenden zwei der drei von HELMCHEN (1974) beschriebenen "Konstituierenden Elemente" des Psychiatrieunterrichtes (Eigenerwerb von Grundwissen, vorlesungsvermittelte Problem-systematik, aktive Patientenerfahrung). Über geeignete organisatorische didaktische und evaluative Maßnahmen zur Verbesserung dieser Grundlagen sollte nachgedacht werden.

Trotz eher geringer Vorlesungsteilnahme gaben jetzt ca. 43% (2. klin. Sem.) bzw. ca. 28% (4. klin. Sem.) an, daß sie den Umfang des psychiatrischen Kleingruppenunterrichtes als unzureichend empfinden, während dies 1967/68 rund 60% der Studierenden vertreten hatten. Eine nähere Aufschlüsselung zeigt, daß sogar von den 21% der Studierenden, die im 2. klin. Semester (11,9% im 4. klin. Semester) nie eine Vorlesung besucht haben, am Ende des Semesters 47% (4. klin.: ca. 27%) angeben, die Zahl der Kursstunden sei zu gering gewesen. Es bleibt also eine Diskrepanz zwischen dem Wunsch nach einem intensiveren psychiatrischen Lehrangebot und einem demgegenüber aber geringen regelmäßigen Vorlesungsbesuch. Anzunehmen ist, daß die Studierenden prinzipiell Kleingruppenunterricht gegenüber Vorlesungsbesuchen bevorzugen, was ja auch in der aktuellen Fassung der Approbationsordnung für Ärzte (bzw. der im SS 1995 verabschiedeten Studienordnung der Medizinischen Fakultät der WWU) zum Ausdruck kommt. Eine weitere Untersuchung dieser komplexen Zusammenhänge erscheint sinnvoll.

Es fällt weiter auf, daß ca. 20% aller Studierenden im "Psychiatrischen Praktikum" (fünf Doppelstunden) des 4. klin. Semesters überhaupt nicht an der Gesprächsführung mit einem Patienten beteiligt sind, wohingegen das im "Psychiatrischen Untersuchungskurs" des 2. klin. Semesters (Gesprächsführung durch zwei Studenten möglich) nur für rund 6% der Studierenden zutrifft (Tabellen 6a,b, 11a,b, 12a,b). Es konnte festgestellt werden, daß von den 19,4% der Studierenden (n=25), die im 4. klin. Semester nie ein Patientengespräch geführt haben, am Ende des 4. klin. Semesters sich 24% eine psychiatrische Anamneseerhebung nicht zutrauen. Von den 51,9% der Studierenden (n=67), die im 4. klin. Semester einmal ein Patientengespräch durchgeführt haben, trauen sich hingegen am Ende des Semesters nur 11,9% eine psychiatrische Anamneseerhebung nicht zu. Dieses Ergebnis deutet ebenfalls auf den Wert einer "aktiven Unterrichtserfahrung" hin. Es wäre also zu überlegen, mit welchen Maßnahmen noch mehr Studierende im 4. klin. Semester im Rahmen des "Psychiatrischen Praktikums" aktiv an den Untersuchungsgesprächen beteiligt werden und damit gezielter und unmittelbarer ihre Scheu vor Anamneseerhebung und erster Formulierung eines psychischen Befundes ablegen können.

5 Literatur

- Finzen A.:** Ergebnisse einer Umfrage bei Tübinger Medizinstudenten über ihre Einstellung zur Psychiatrie und zum psychiatrischen Unterricht. *Nervenarzt* 41 (1970) 299 - 300
- Finzen A., Tölle R.:** Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung in der Nervenheilkunde. *Medizinische Klinik* 65 (1979) 689 - 693
- Helmchen H.:** Ausbildung in Psychiatrie, psychosomatischer Medizin und Psychotherapie. *Nervenarzt* 45 (1974) 428 - 435
- Kisker K.P.:** Ausbildung in Psychiatrie. Kritisches und Vorschläge. *Nervenarzt* 43 (1972) 512 - 519
- Müßigbrodt H., Dilling H.:** Studentenunterricht im Fach Psychiatrie: Erwartungen und Einschätzungen. *Medizinische Ausbildung* 11 (1994) 61 - 69
- Nielsen A.C.:** Choosing Psychiatry: The Importance of Psychiatric Education in Medical School. *Am J Psychiatry* 137 (1980) 428 - 431
- Schulte W.:** Unterricht der Psychiatrie in Deutschland. *Nervenarzt* 38 (1967) 390 - 394
- Werkman S.L., Landau S., Wakefield H.:** Medical Students View Clinical Psychiatry. *Am J Psychiatry* 130 (1973) 562 - 565

Dr. H. Gündel
Neurologische Klinik der Städtischen
Kliniken Dortmund
Beurhausstr. 40
D 44137 Dortmund

TAGUNGSBERICHTE

RESÜMEE ZUM KÖLNER SYMPOSIUM „QUALITÄT DER LEHRE“ AM 11. UND 12. FEBRUAR 1995

G. VOIGT, MÜNSTER

Wer auf dem Symposium zur Qualität der Lehre in Köln war, mußte sich wundern. Da fordert die Ministerin die Anwesenden zu Reformen auf, die das Medizinstudium umstrukturieren sollen, mit denen dem Anspruch der Apparatedizin genauso Rechnung getragen wird, wie dem Anspruch der ganzheitlichen Medizin. Sie fordert das Plenum auf, Modelle zu entwickeln, in denen mehrere Projekte gleichzeitig Anwendung finden. Der Symposiumsteilnehmer kann erkennen, daß es den politischen Vertretern mit der Reform des Medizinstudiums durchaus ernst ist.

Um so mehr verwundert es, wenn man nach dem Ereignis Bilanz zieht. Der Lehrbericht von Tino Bargel aus Konstanz hat die Defizite beim Namen genannt. Sehr ausführlich will man meinen, die Notwendigkeit der Umstrukturierung ist dadurch eindeutig bewiesen. Er fordert die Grundsanierung, die nur durch eine große Koalition von Lehrenden, Studierenden und Politikern zustande gebracht werden kann.

Solch eine große Koalition schien in Köln aber anwesend zu sein. Der Reformwille ist konsistent, die Frage die sich dem interessierten Symposiumsteilnehmer stellt, ist: Warum wird dann nicht reformiert?

Durch den Vortrag von Frau Hermann aus dem MWF wird diese Frage zumindest zum Teil beantwortet. Am Anfang ihres Vortrages erwähnt sie die organisatorischen Maßnahmen, die solch eine Studienumstrukturierung erforderlich machen. Da werden Praxisnähe, Verzahnung von Klinik und Vorklinik, fächerübergreifender Unterricht, Kleingruppenunterricht, aktive Lehrformen, intensive Betreuung durch die Lehrenden, regelmäßige Evaluationen und patientennahe Lehre gefordert. Wenn aber die klassischen Fächer aufgelöst werden, so Frau Hermann, gibt es keine Verantwortlichen mehr, die für die Durchführung der Lehre zuständig sind, denn die von allen geforderten Studiendekanate können leider nicht von Ministerium finanziert werden. Hier soll innerhalb der Fakultäten "durch Prioritätensetzung", die Finanzierung der Studiendekanate eingespart werden.

An dieser Stelle kommt der aufmerksame Symposiumsteilnehmer ins Zweifeln. Alle geforderten Reformen erhöhen den Koordinierungsbedarf derart, daß eine solche Lehre

ohne eine zentrale Instanz gar nicht mehr zu bewältigen ist. Diese Arbeit muß von Studiendekanaten, oder wie die Erfahrung Münster mit dem von Prof. Habeck gegründeten IfAS zeigt, von einem eigens dafür eingerichteten Ausbildungsforschungsinstitut erledigt werden. Wie ehrlich kann denn ein Reformbestreben sein, wenn denjenigen, die sich durch die Reform ohnehin umstellen müssen, quasi gezwungenermaßen auch noch Mittel gekürzt werden, um die Reform überhaupt möglich zu machen?

Die Antwort liegt auf der Hand - die Fakultäten brauchen Geld - und zwar spezifisch ausgewiesen für die Lehre und deren Reform. Nur so können wir hoffen, daß fakultätsintern eine Reform auch zugelassen wird!

Denn Ansätze sind genügend da. Ob man nach München schaut, nach Tübingen, Berlin, Köln, Gießen oder Münster, es gibt gute Ideen, ausgearbeitete Konzepte und neue Curricula - nur Geld gibt es nicht! Selbst der Reformstudiengang Medizin des Klinikums Rudolf Virchow der FU Berlin muß um seinen Fortbestand bangen, niemand weiß, ob das Projekt weiter finanziert wird, oder ob es sang und klanglos verschwindet, bevor noch die seit langem geforderte Experimentierklausel zum tragen kommt.

So macht der Besuch des Symposiums einerseits Hoffnung, weil sich so viele fruchtbare Ansätze zeigen, andererseits scheint die Akzeptanz dieser Ansätze fakultätsintern an einen Verzicht auf bisherige Mittelzuwendungen gebunden, ein Umstand der die Einführung der Reformen sicherlich verzögert, wenn nicht gar gänzlich verhindert.

Der von Üexküll geforderte Paradigmenwechsel stellt sich in der Tat als eine dringende Notwendigkeit heraus. Die Maschenbreite des Forschungsnetzes der Medizin zu reduzieren setzt voraus, daß fakultätsintern die Maschenbreite der (Reform-)Toleranz ebenfalls reduziert wird - und dies scheint unter den gegebenen finanziellen Umständen ein wesentlich schwierigeres Unterfangen zu sein, als neue Modelle zu entwickeln.

cand. phil. Gaby Voigt
Schmeddingstr. 191
D 48161 Münster

**SYMPOSIUM AM 31.3.1995 IN BERLIN - REFORMSTUDIENGANG MEDIZIN
"BEGINN EINES NEUEN WEGES"**

WALTRAUD GEORG, WALTER BURGER

Am 31.3.95 fand im Universitätsklinikum Rudolf Virchow ein Symposium der "Arbeitsgruppe Reformstudiengang Medizin" unter dem Titel: „Reformstudiengang Medizin, Beginn eines neuen Weges“ statt. Im Sinne des problemorientierten Lernens, das zentrales Element des Reformcurriculums ist, wurde als Motto ein Zitat von Carl Rogers vorangestellt: „Ich bin zu der Überzeugung gelangt, daß die einzige Form des Lernens, die das Verhalten signifikant beeinflussen kann, das Lernen durch Selbst-Entdecken und Selbst-Aneignung ist“!

Die Veranstaltung wurde von mehr als 100 Teilnehmern aus dem In- und Ausland besucht. Der Zeitpunkt des Symposiums war bewußt gewählt. So war der 31.3.1995, bedingt durch die Neuordnung der Hochschulmedizin in Berlin, der letzte Tag der Zugehörigkeit des Klinikums Rudolf Virchow zur Freien Universität Berlin (FU). Daher konnte der Dekan des Klinikums Professor Dieter Scheffner die Materialien zum nunmehr vollständig vorliegenden und umsetzungsfähigen Reformcurriculum sowohl an den Präsidenten der FU, Herrn Professor J. W. Gerlach, als auch an den Vize-Präsidenten der Humboldt-Universität zu Berlin (HU), Herrn Professor H.-W. Presber, überreichen. Es war also gleichzeitig ein Abschiedsgeschenk an die FU, die die Entwicklung des Curriculums bisher gefördert hat als auch eine „Morgengabe“ an die HU, der das Virchow-Klinikum seit dem 1.4.1995 als Medizinische Fakultät angehört.

Gleichzeitig war diese Übergabe auch eine der letzten Amtshandlungen des scheidenden Dekans, der als Leiter der "Arbeitsgruppe Reformstudiengang" die Entwicklungsarbeit am Reformcurriculum über viele Jahre entscheidend mitprägte.

In den Grußworten am Beginn der Veranstaltung wurde der Modellcharakter des Reformstudiengangs hervorgehoben. So sprach Berlins Ärztekammerpräsident Dr. E. Huber von einem Fanal, den dieser Studiengang setze, und Gesundheitssenator Luther lobte die überzeugende Studienstruktur mit ihren klar formulierten Lernzielen.

In einem einleitenden Referat stellte Professor Scheffner Einzelheiten der Studienstruktur und der Inhalte dar. Danach berichtete Professor Charles Engel (University College London Medical School) über internationale Trends in der medizinischen Ausbildung für das 21. Jahrhundert. In seinem Beitrag betonte er die führende Rolle, die der Reformstudiengang Berlin für die europäische Medizinerbildung des 21. Jahrhunderts haben könnte. Die Notwendigkeit zu Reformen sei bereits an vielen Hochschulen erkannt worden, die Zielsetzung einer modernen, an den Erfordernissen des nächsten Jahrhunderts orientierten Ausbildung aber noch immer umstritten. Als Herausforderungen an die künftigen Mediziner

nannte er die immensen wissenschaftlichen und technologischen Fortschritte in der Medizin, mit der Veränderung der Therapiemöglichkeiten, den Wandel im Erkrankungsspektrum hin zu chronischen Erkrankungen sowie die starken Umwälzungen im sozialen und ökologischen Bereich. Auch stellten sich neue Aufgaben durch das Auftreten von schweren Infektionskrankheiten wie z. B. die HIV-Infektion. Die Erwartungen der Patienten an die Medizin hätten sich verändert, sie wollten besser über ihre Erkrankungen aufgeklärt und an Entscheidungsprozessen mitbeteiligt werden. Die zukünftigen Ärztinnen und Ärzte müßten daher lernen, die Grenzen der Medizin zu erkennen und ihre Kommunikationskompetenzen erweitern.

Herr Professor R. Bloch (Direktor des Instituts für Ausbildungsforschung in Bern/Schweiz) berichtete über Prüfungssysteme in verschiedenen Ländern. Im Unterschied zu Reformuniversitäten des Auslands, in denen die Prüfungsformen den veränderten Anforderungen angepaßt worden seien, würden in der Schweiz und in Deutschland weiterhin veraltete Prüfungen praktiziert. Durch die „Stufenprüfungen“, bei denen wie bei einer Rakete Studieninhalte stückweise abgeworfen werden „bis man frei im Raume schwebt“, werde verhindert, daß die Studienabsolventen, die zur Bewältigung der komplexen ärztlichen Tätigkeit notwendigen Wissensinhalte noch verfügbar hätten. Es werde, so Bloch, in Deutschland auch keiner mehr behaupten, daß die angewandten Prüfungen noch das zur Ausübung der ärztlichen Tätigkeit notwendige Rüstzeug erfassen. Gelernt werde vor allem für die Prüfungen, aber nicht für die spätere Tätigkeit. Mit seinem Referat machte er deutlich, wie dringlich Aktivitäten zu einer grundlegenden Revision des Prüfungs(un)wesens sind.

Am Nachmittag hatten die Teilnehmer Gelegenheit, mit erfahrenen Moderatoren in Kleingruppenarbeit die Methode des problemorientierten Lernens in Form eines „Schnupperkurses“ zu erproben.

Mit der Überreichung des Reformcurriculums an den Präsidenten, bzw. Vize-Präsidenten der beteiligten Universitäten ist ein weiterer Schritt in Richtung auf die Realisierung des Reformstudiengangs getan worden. Die "Arbeitsgruppe Reformstudiengang" bereitet nun unter den neuen Bedingungen und in Erwartung der Schaffung der notwendigen gesetzlichen Grundlage die Umsetzung des Curriculums vor.

Waltraud Georg
Walter Burger
Arbeitsgruppe Reformstudiengang Medizin
Virchow-Klinikum
Spandauer Damm 130
D 14050 Berlin

BUCHBESPRECHUNG

J. MALZAHN, MAINZ

Eberhard Göbel, Sven Remstedt (Hrsg.): Leitfaden zur Studienreform in Human- und Zahnmedizin. Mit einem Überblick über Studienreformprojekte und Studienreformvorschläge. Mabuse Verlag, Frankfurt am Main. 2. völlig überarbeitete und erweiterte Auflage. 184 Seiten, 24,80 DM, ISBN 3-929106-02-7.

Mitte der 90er Jahre wird es, wenn man die Zeichen der Zeit richtig zu deuten weiß, nach 25 Jahren wieder eine Gesamtreform des Medizinstudiums in der Bundesrepublik Deutschland geben. Es geht dabei um die Frage, wie die ÄrztInnen für das Jahr 2.000 ausgebildet werden sollen. Neue Wege zu beschreiten, bedeutet für alle an diesem Prozeß beteiligten Personen (Medizinstudierende und Lehrende gleichermaßen) immer auch eingefahrene Gleise zu verlassen und über den eigenen Tellerrand schauen zu können. Neues schafft Unruhe und auch Verunsicherung. Der Leitfaden zur Studienreform für Human- und Zahnmedizin soll helfen, sich in dieser Zeit des Umbruchs informieren und orientieren zu können.

Die Autoren haben im ersten Teil zusammengestellt, was es an erprobten und geplanten Studienreformprojekten (von studentischen Anamnesegruppen, Orientierungseinheiten für StudienanfängerInnen, Ethik in der Medizin über Hausbesuchsprogramme in der Allgemeinmedizin, einzelne Praktikverbesserungen in der medizinischen Ausbildung bis hin zur Medizinischen Fakultät der Privatuniversität Witten-Herdecke) gibt.

Gero Bühler, engagierter Medizinstudent und Studienreformer aus Leipzig, beschreibt aus seiner Sicht das Medizinstudium in der DDR und skizziert seine Wendeerlebnisse seit 1989 an der Leipziger Medizinischen Fakultät.

Harald Strippel, Zahnarzt und engagierter Studienreformer in der Zahnmedizin, beschreibt seinerseits die Studienreformenentwicklungen in der zahnmedizinischen Ausbildung. Seine Analysen und Berichte verdeutlichen, daß es parallele Entwicklungen in den Bereichen Human- und Zahnmedizin gibt.

Im Teil 3 haben die Herausgeber die neuesten Reformvorschläge des Bundesministeriums für Gesundheit und der Gesundheitsbeamten der Bundesländer sowie die Vorschläge des kleinen und feinen Wissenschaftsrates, Beratergremium der jeweiligen Bundesregierung, und natürlich das Vorhaben des Reformstudienganges "Berliner Modell" stichwortartig zusammengefaßt. Darüber hinaus findet der Leser eine "Kleine Geschichte der Approbationsordnung für Ärzte" von 1970 bis 1994, mit einer stichwortartigen Charakterisierung der seither erfolgten sieben Novellierungen.

Ein umfangreicher Anhang enthält Hinweise über die wichtigsten Treffen und Tagungen von AusbildungsreformerInnen im Medizinbereich, gibt einen Überblick über einschlägige Publikationen, Archive und Literaturdatenbanken zur Ausbildung von ÄrztInnen. Lesetips und eine Rubrik "Wen muß mensch kennen?" schaffen die Voraussetzungen zum selbstständigen Weitermachen.

Ein Überblick über die Aufbaustudiengänge "Public Health/Gesundheitswissenschaften" von der Berliner Medizinerin Rosemarie Stein rundet diesen informativen Leitfaden durch das Labyrinth der Reform des Medizinstudiums in der Bundesrepublik Deutschland ab - kurzum ein "Ariadnefaden" für StudienreformerInnen.

cand. med. Jürgen Malzahn
Uhlandstr. 5,
D 55118 Mainz

Bitte die ausgefüllte Umfrage-Seite an folgende Adresse senden:

Redaktion „Medizinische Ausbildung“
Prof. Dr. D. Habeck
Schlemenstige 23

48161 Münster



AMEE

Trends in Medical Education

Zaragoza, Spain

6 - 9 September 1995



AMEE

Association for Medical
Education in Europe

Come to Zaragoza and

- listen to and discuss papers covering a wide range of topics related to changes in undergraduate, postgraduate and continuing medical education
- look at two themes in more depth
 - **assessment** including some important trends
 - **new technologies in medical education** including use of computers and simulation
- view an informative exhibition of posters and resources in medical education
- join a task-force to finalise recommendations on medical education and prepare a plan for action
- attend workshops or master class sessions on topics of current interest
- talk and exchange views with colleagues
- enjoy a few days in an interesting part of Spain



World Health
Organization
Regional Office for Europe



SEDEM
Spanish Society for
Medical Education



University of Zaragoza
Faculty of Medicine

AMEE Secretariat
Centre for Medical Education
Ninewells Hospital and Medical
School
Dundee DD1 9SY, Scotland
United Kingdom

Tel: 44 1382 660111 Ext. 3144
Fax: 44 1382 645748

Provisional Programme

Wednesday 6 September

- Optional pre-conference Tour
- 1400-1800 Registration desk open.
Set up exhibitions and posters
- 2000 Closing of SEDEM conference*
Opening of AMEE conference,
University of Zaragoza.
Musical performance
- 2100 Reception

Thursday 7 September

- 0800 Registration desk open
- 0900 **Session 1 - Plenary**
Theme: New Technologies in Medical
Education
Keynote speakers:
Professor I Hart, Canada
Professor J Grant, England
Student (speaker to be confirmed)
- 1100 Coffee
- 1130 **Session 2 - Short communications**
- 1300 Lunch
- 1430 **Session 3 - Plenary**
Introduction to posters and demonstrations
by exhibitors
- 1515 View exhibits and meet with presenters -
first group of exhibits
- 1600 View exhibits and meet with presenters -
second group of exhibits
(The exhibition will remain open throughout
the conference.)
- 1700 Meeting of students, task-forces and other
special interest groups
- 2000 Social evening with meal and
entertainment. An opportunity to sample
some local culture. (Optional)

Friday 8 September

- 0900 **Session 4 - Plenary**
Theme: Issues in Assessment (1)
Keynote speakers:
Professor G Salvatore, Italy
Professor F Gleeson, Ireland
Dr A La Duca, USA
- 1100 Coffee
- 1130 **Session 5 - Short Communications**
- 1300 Lunch
- 1430 **Session 6**
Task-forces, workshops and master
class sessions
Short communications.
- 1615 **General Assembly**
- 2000 Conference Dinner with entertainment

Saturday 9 September

- 0900 **Session 7 - Short Communications**
- 1030 Coffee
- 1100 **Session 8 - Plenary**
Theme: Issues in Assessment (2)
Keynote speakers:
Professor J A Bernad, Spain
Dr G Buckley, Scotland
Additional Speaker (to be confirmed)
- 1245 Preliminary reports from task-forces
- 1315 Close of AMEE conference
- 1500 Tour of Zaragoza

*The AMEE meeting will be preceded on 5 and 6 September by a meeting of the Spanish Society for Medical Education (SEDEM).

BILD(UNG) UND MEDIZIN

Zum Titelbild:

WOLFGANG ROSENTHAL (1884 - 1971) - WERDEGANG UND WIRKEN ALS HOCHSCHULLEHRER MIT RANG EINER /SCHULENBILDUNG¹

JOACHIM GABKA, BERLIN UND GÜNTHER WAGNER, JENA/BERLIN

Zusammenfassung:

Rosenthal (1884 -1971) gehörte wie auch Victor Veau (Paris) in die Phalanx der Chirurgen, die die Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie begründet und entwickelt haben. Sein Werdegang erforderte schon in jungen Jahren diszipliniertes Leben (Leipziger Thomanerchor, Gesangssolist). Er vollbrachte kreative Leistungen (Operationstechniken, Einbeziehung der Plastischen Chirurgie in die Mund-, Kiefer- Gesichtschirurgie) und nutzte erfolgreich die Kooperation mit Nachbardisziplinen für die Komplexbehandlung der Spaltträger - Patienten. R. verfügte über große Ausstrahlung in der Lehre durch seine praxisrelevante Inhaltsgestaltung, didaktische Begabung und berufsethisch fundierte Gesinnung trotz Repressalien in der Nazizeit als Halbjude. Nach 1945 war er Direktor der Klinik in Thallwitz, ab 1950 Ordinarius/ Direktor der "Kieferklinik" an der Charité (Humboldt-Universität Berlin). Große Verdienste erwarb er sich in der Nachwuchsförderung und im Zustandekommen des Einheitsstandes der Zahnärzte.

Résumé:

Rosenthal (1884-1971) appartient comme Victor Veau (Paris) à la phalange des chirurgiens qui ont créé et développé la chirurgie maxillo-faciale. Sa carrière exigeait déjà dès son plus jeune âge une vie disciplinée (soliste du chœur de l'église St. Thomas à Leipzig). Rosenthal accomplit des oeuvres créatives (techniques chirurgicales, intégration de la chirurgie plastique dans la chirurgie maxillo-faciale). Il tira profit avec succès de la coopération avec des discipline voisines pour le traitement complexe des patients avec fente palatine. Un grand rayonnement se dégageait de l'enseignement de Rosenthal. Son enseignement était soutenu par sa pratique clinique, son don didactique et son esprit fondé sur une éthique professionnelle malgré les représailles à l'époque des Nazis en raison de ses origines juives. Après 1945, il était directeur de la clinique de Thallwitz et depuis 1950 titulaire de chair et directeur de la „Kieferklinik“ à la Charité (Université Humboldt de Berlin). Ses grands mérites étaient reconnus dans la formation des jeunes générations et dans la réalisation de l'unité professionnelle des dentistes.

Summary

Like Victor Veau (Paris) also Rosenthal (1884-1971) belongs to the phalanx of surgeons, who founded and developed oral and maxillo-facial surgery. At young age his career demanded already a disciplined way of life (choral solist in the St. Thomas choir in Leipzig). He achieved creative works (surgical techniques, integration of plastic surgery into oral and maxillo-facial surgery) and used successfully the cooperation with neighbouring disciplines for the complex treatment of

patients with cleft lip and palate. Rosenthal was of great charisma due to his practice-oriented teaching, didactic aptitude and ethical attitude in spite of having been treated badly as a half Jewish person during the period of National Socialism. After 1945 he was director of the clinic of Thallwitz and from 1950 on he was professor in ordinary and director of the „Kieferklinik“ at the Charité (Humboldt University of Berlin). He gained great merits by promoting the raising generation and by realizing the professional unification of the dentists.

In die Phalanx der um die Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie verdienten Mediziner gehört neben Georg Axhausen (Berlin), Martin Wassmund (Berlin), Victor Veau (Paris) u.a. ohne Zweifel auch Wolfgang Rosenthal.

mit Lilienfeld) eine neue Röntgenröhre, die eine Verbesserung der Röntgenbildqualität im Dienste der Chirurgie ermöglichte (1).

Rosenthal, der nach Beendigung seines Studiums 1910 als Assistent am Leipziger Chirurgisch-Poliklinischen Institut tätig war und hier rasch zum Leiter der Röntgenabteilung avancierte, begann seine Laufbahn frühzeitig mit kreativen Leistungen und daraus resultierenden Veröffentlichungen. So entwickelte er (gemeinsam

Am 1. August 1914 - zu Beginn des 1. Weltkrieges - mußte Rosenthal als Vertreter seines Leiters Professor Heinicke die Leipziger Chirurgische Universitätspoliklinik übernehmen, die alsbald in ein Reservelazarett umgewandelt wurde. Infolge der Nachbarschaft zur „Zahnklinik“ entwickelte sich in kurzer Zeit das allgemeinchirurgische Lazarett in ein "Kieferlazarett" mit

¹ A loccation du XXXIVe Congrès Français de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale sous la présidence du Professeur Dr. Michel Donazzan du 13 - 15 Septembre à Lille (France)

wiederherstellender, plastischer Chirurgie (2,3). Auf diese Weise wurde Rosenthals Interesse an Kiefer- und Gesichtschirurgie geweckt. Dies wurde noch durch einen Lehrauftrag für Kiefer- und Gesichtskrankheiten und seine Vorlesungen für Zahnärzte verstärkt. In dieser Tätigkeitseinheit von Lehre und Praxis gewann er Sicherheit und auch Einsichten über den unbefriedigenden Stand des jungen Faches der Kiefer- und Gesichtschirurgie. Offenbar beflügelte ihn der Gedanke oder die Ahnung, hier Tore aufstoßen und Neuland erschließen zu können. Jedenfalls war er eifrig bemüht, die schweren durch Schuß- und Granatsplitterwunden entstandenen Gesichts- und Kieferläsionen seiner Patienten zu versorgen und ästhetisch zu gestalten. Das belegen auch seine Publikationen, z. B. "Zahnärztliche und chirurgische Hilfe bei Kriegsverletzungen der Kiefer" (1915) und "Verschluss traumatischer Gaumendefekte durch Weichteile des Gesichts" (1916).

1917 habilitierte er sich für Chirurgie, blieb jedoch nach Beendigung des Krieges und Rückkehr seines "Chefs" der plastischen und Kiefer-Chirurgie treu. Er eröffnete eine Praxis und dehnte seine Tätigkeit auf die angeborenen Deformierungen aus; er wurde in kurzer Zeit ein bekannter Operateur von Patienten mit Lippen-, Kiefer-Gaumenspalten und anderen angeborenen sowie erworbenen Gesichtsdeformierungen.

Zum besseren Verständnis des Wirkens von Rosenthal und der Einordnung seiner speziellen Leistungen sei ein historischer Abriß über die Spaltträgerbehandlung in Deutschland gegeben, wobei in vier Phasen gegliedert werden kann (nach Wagner u.a.):

Erst mit Lorenz Heister, der 1780 in einem chirurgischen Lehrbuch den damaligen Erkenntnisstand der Spaltchirurgie darlegt, wird die 1. "vorwissenschaftliche Phase" abgelöst. Den überlieferten Berichten zufolge konnten bis ins 18. Jahrhundert die Lippenspalten nur mittels Anfrischung bzw. Verwundung und der Anlage von Karlsbader Nadeln verschlossen werden. Eine Behandlung doppelseitiger, durchgehender Spalten wurde vielfach versucht, doch ohne befriedigende Resultate; über dies mußte bedacht werden, daß viele Patienten das erste Lebensjahr nicht überlebten.

In der von Heister eingeleiteten 2. Phase wurde außer einem sicheren Verschuß der Lippenspalte auch der Verschuß der Gaumen- und Segelspalte angestrebt. Erst Ferdinand von Graefe (1787 - 1840) führte 1816 in Berlin die erste erfolgreiche Gaumenplastik durch. Die Ergebnisse der Gaumen- und Velumverschlüsse waren jedoch für die Sprechfähigkeit z.T. ungenügend, da der Gaumen oft narbig-starr und der Nasenboden nicht verschlossen war. So gab ein Teil der Chirurgen den operativen Verschuß zu Gunsten einer Versorgung mittels Obturatoren auf (1,3).

Mit Bernhardt von Langenbeck (1810 - 1887), der erstmals eine subperiostale Verschiebung der Gewebe des harten Gaumens als Brückenlappenplastik angab, und mit dem Orthopäden und Mißbildungsoperateur Julius Wolff (1836 - 1902) begann am Ende des 19. Jahrhunderts die 3. Phase der Spaltchirurgie. Die Übernahme der Narkose und Operation am hängenden Kopf

bei systematischer Blutstillung gestatteten Wolff ein ruhigeres, erfolgreicherer Operieren. Diese Technik ermöglichte auch die Naht der nasalen Schleimhaut der gespaltenen Gaumensegel.

Mit der Entwicklung der plastischen Kieferchirurgie im 1. Weltkrieg erhielt die Spaltchirurgie neue Impulse. So fordert Rosenthal schon 1917 in seiner Habilitationsschrift:

"Der Ehrgeiz des Chirurgen muß vielmehr dahin gehen, einen vollkommenen, das heißt luftdichten Abschluß des Gaumens gegen die Nase zu erreichen. Bleibt nur die kleinste Fistel zurück, die nach der Nase führt, so wird dadurch eine Entzündung unterhalten, und die Sprache bleibt leicht näselnd."

In dieser Periode wurden die grundlegenden Operationsmethoden entwickelt, die heute noch Rüstzeug der Spaltchirurgen sind. Dazu zählen vor allem die Stiel- und Brückenlappenbildungen, die je nach Temperament oder Ermessen Modifikationen aufwiesen (Axhausen, Gillies, Kazanjian, Pichier u.a.), die Pharyngoplastik von Schönborn-Rosenthal (speziell als sprachverbessernde Operation), die Inauguration der außerordentlich wichtigen Nasenbodenbildung von V. Veau und die Burian'schen Techniken.

Rosenthal leitete mit der Verwirklichung seiner Forderungen nach interdisziplinärer Behandlung und Fürsorge der Spaltträger durch hierfür geschulte Chirurgen, Zahnärzte, Logopäden und Phoniater einschließlich der HNO-Ärzte und Kieferorthopäden die 4. Phase in der Spaltträgerbehandlung ein. Weil Rosenthal eine optimale Behandlung von Kiefer- und Gesichtskranken nicht ohne Kenntnis der Zahnheilkunde für möglich hielt, studierte der schon über 40jährige noch Zahnheilkunde und unterzog sich den notwendigen Prüfungen (1933). Mit Lindemann und Axhausen (ebenfalls doppelt approbiert) entwickelte Rosenthal das neue Fachgebiet der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie in Deutschland (5). Rosenthals Forderung nach Operationen der Spaltträger in bestimmten Abständen und bei interdisziplinärer Zusammenarbeit setzte sich damals noch nicht überall durch. Erst die weitere Entwicklung gab Rosenthal recht. Einen Auftrieb ergab die Kooperation mit dem Franzosen Victor Veau, der 1930/34 zwei international anerkannte Bücher über Spaltchirurgie (Methoden und Ergebnisse) veröffentlichte. Da der Europa bereisende Amerikaner Dorrance anlässlich seines Besuchs in Leipzig von Veau geschwärmt hatte, nahm Rosenthal die Gelegenheit wahr, sich in Paris mit Veau zu treffen. Durch Rosenthals gute Sprachkenntnisse verstanden sie sich auf Anhieb, so daß die beiden ca. ein halbes Jahr zusammenarbeiteten. Von Veau übernahm Rosenthal die Verfahrensweise der Nasenbodennaht. Umgekehrt wandte Veau seit dieser Zeit die von Rosenthal inaugurierte "Innenrotation der Wangen" an, die besonders bei breiten Lippenspalten Dehiszenzen auf ein Minimum begrenzt. Außerdem wurden Rosenthals Anregungen zur Komplexbehandlung von Veau aufgegriffen.

Die exakten Operationsmethoden und -beschreibungen dieses französischen Chirurgen wurden Maßstab für die

Spaltchirurgie. Rosenthal modifizierte die Technik von Veau; er wußte in der Behandlungsstrategie zu differenzieren und eigene Wege zu gehen. So unterließ er den gleichzeitigen Verschuß von Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalte, da dies das Wachstum des Oberkiefers stark beeinträchtigt. Er verschloß vielmehr primär die Lippenspalte, die Kiefer-Gaumenspalte dagegen erst im 3. bis 4. Lebensjahr. Er hielt die Stiellappenplastik von Veau für die beste Methode im Kleinstkindesalter. Bei Erwachsenen bevorzugte er die von ihm mit entwickelte kombinierte Uranopharyngo-Plastik.

Da Rosenthal als Behandlungsziel bei den Spaltträgern eine deutliche Umgangssprache bei normal ausgebildetem Oberkiefer anstrebte, entwickelte er zusammen mit Kieferorthopäden, Prothetikern und Logopäden eine zielgerichtete interdisziplinäre Zusammenarbeit auf der Grundlage eines gemeinsamen Behandlungsplanes und genauer Befundung für die wissenschaftliche Auswertung.

Rosenthal besuchte nicht nur selbst bedeutende Chirurgen seiner Zeit; es kamen auch viele, die von ihm lernen wollten, unter anderem die berühmten Chirurgie-Professoren Johann von Ertl (Ungarn) und Dorrance (USA). Rosenthals Charme und Charisma vereint mit gutem Aussehen trugen zu vielen Freundschaften mit international bekannten Spaltchirurgen bei.

Von Anfang an hat Rosenthal eine komplette Statistik seiner Spaltpatienten geführt, die später von Gabka ausgewertet wurde. Von der ersten Untersuchung an bis zu den Wiederholungsuntersuchungen, die z. T. bis zu 20 Jahren nach der Operation stattfanden, wurde "Buch geführt".

Da die meisten Spaltpatienten im Säuglings- bzw. Kleinkindalter waren, bezog Rosenthal das Elternhaus aktiv in die Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen ein. Nur bei warmherziger Integrierung des kleinen Patienten in seine häusliche Umwelt konnte nach Rosenthals Ansicht eine optimale Heilung auch in psychischer Hinsicht erfolgen (vgl. 1,3).

Rosenthal forderte 1931, Spezialkliniken zur komplexen Spaltträgerbehandlung zu schaffen. Bis 1933 veröffentlichte Rosenthal 29 spezielle Arbeiten zur Kiefer- und Gesichtschirurgie. Das 1930 mit Sonntag herausgegebene "Lehrbuch der Mund- und Kieferchirurgie" erregte Aufmerksamkeit, da erstmals über die Spaltträger-Problematik ausführliche Darlegungen für Aus- und Weiterbildung publiziert wurden.

Nach diesem Exkurs in die Geschichte der Spaltchirurgie soll nunmehr das "Curriculum vitae" dieses bedeutungsvollen Mediziners skizziert werden, in dem auch die Musik durchgängig einen hohen Stellenwert hatte.

1. Elternhaus, Thomanerchor, Studium

Am 8. September 1884 wurde Wolfgang Rosenthal in Berlin-Friedrichshagen (nahe dem Müggelsee) geboren. Sein Vater Max Rosenthal war Leiter der dortigen

Schule. Rosenthal wuchs in einer musikliebenden Familie auf. Der Vater spielte Geige und Bratsche, seine Mutter, eine Baronin von Zeuner, war eine gute Pianistin. Es lag auf der Hand, daß die musische Familie das Leben Rosenthals prägte. 1892 wurde der Vater als Prorektor an das Lehrerseminar nach Delitzsch bei Leipzig versetzt. Die Besuche des Gewandhauses und die samstäglichen Motetten des Thomanerchores in Leipzig blieben nicht ohne Auswirkungen: Die beiden Schwestern studierten Musik am "Mendelssohn-Konservatorium". Wolfgang Rosenthal wurde 1896 Mitglied des Thomanerchores. Nicht nur die Musik bestimmte die Eltern, ihren Sohn in die "Eliteschule" bzw. in das Internat des Thomanerchores zu geben, sondern auch ein leichter Sprachfehler, bei Aufregungen begann er zu stottern, so daß die Trennung des Sohnes vom Elternhaus auch als "therapeutische Maßnahme" gesehen werden kann. Der von Johann Sebastian Bach an der Thomaskirche gegründete Chor zählte schon damals zu den besten Chören im deutschsprachigen Raum. Um dort aufgenommen zu werden, mußte man gute Schulzensuren, eine ausgeprägte musische Veranlagung und die Gabe einer schönen Stimme haben sowie ein Instrument spielen können. Wolfgang Rosenthal wurde als Quintaner Alumnus des Thomanerchores und zog in das Internat, in dem außer 60 Sängern die Familie des Rektors und 3 Inspektoren wohnten, die sich abwechselnd um das Wohl der Thomaner kümmerten (vgl. 3).

Die 8jährige Zeit im Thomanerchor förderte die Disziplin des kunstsinnigen jungen Menschen, die er ein Leben lang behielt. Wie Wolfgang Rosenthal in seinen Lebenserinnerungen schreibt, hat mit dem Einzug in das Internat für ihn ein streng geregeltes Leben begonnen, mit hohen Anforderungen - auch hinsichtlich der Fähigkeit, die Zeit zu planen und zu nutzen.

So hatten die Thomaner neben den Motetten jeden Sonntagvormittag in der Thomas- und Nikolaikirche Kirchenmusik auszuführen. Neben den schulischen Aufgaben wurden an die Jungen sehr hohe Ansprüche gestellt (vgl. 2).

Wolfgang Rosenthal lernte in dieser Zeit damals berühmte Komponisten und Dirigenten kennen, denn der Chor mußte auch bei größeren Konzerten im Gewandhaus auftreten. So sang er z.B. unter Richard Strauß; er gewann ein besonderes Verhältnis zu Arthur Nikisch (Leiter des Gewandhausorchesters); und es entwickelte sich auch die lebenslange Freundschaft mit Karl Sträube, einem der berühmtesten Thomanerkantoren. Rosenthal schreibt über diese Zeit (3)

"Eine merkwürdige Wirkung hatte auf mich die jahrelang nebeneinander laufende Beschäftigung mit unserem Lehrpensum an der Schule und der Musik. Ich wurde ein Mensch, der von Jugend an auf zwei Gleisen lief, auf dem der Musik und der Wissenschaft, ohne daß mich dies in irgendeiner Weise störte."

So nimmt es nicht wunder, daß Rosenthal, der schon als Primaner mehrfach Solorollen, besonders in Oratorien, übernommen hatte, den Gedanken hegte, nach dem

Abitur Opersänger zu werden. Nach eingehenden Aussprachen mit den Eltern entschloß er sich jedoch, im Herbst 1900 das juristische Studium an der Universität München aufzunehmen, das er aber nach einem Semester für immer abbrach. In seiner Lebens- bzw. Berufsplanung verunsichert, folgte er der Anregung seiner Mutter, Verwandte in Südafrika zu besuchen. Einer ihrer Brüder hatte sich in Südafrika niedergelassen. Dort hatte er es nach vielen Mühen zu einer florierenden Farm gebracht. Diese "Bildungsreise" mit Verwandtenbesuch wurde für Rosenthal zum Anstoß seiner zweiten Lebensaufgabe, der Medizin:

Ein Arbeiter seines Onkels wurde von einem Strauß so attackiert, daß Rosenthal von einem "offenen Bauch mit herausquellenden Därmen" schrieb. Als Assistent half er dem Arzt bei der Operation und machte erstmalig Bekanntschaft mit der Chirurgie, mit jenem Gebiet auf dem er sich später entfalten sollte. Schon auf der Heimreise - er hatte fast ein Jahr in Südafrika verbracht - war es Rosenthal klar, daß er das Studium der Medizin aufnehmen wollte.

Nach Leipzig heimgekehrt, immatrikulierte er sich dort und legte 1910 das medizinische Staatsexamen ab. Rosenthal hatte zahlreiche prominente Lehrer, doch soll hier nur der Chirurg Payr exemplarisch genannt werden, der durch seine Gelenkoperationen die deutsche Chirurgenwelt in Erstaunen versetzt hatte.

2. Assistentenzeit, Erfahrungen/Erfolge, Habilitation

Neben dem Studium nahm Rosenthal Gesangsunterricht. Er trat selbst in seiner Assistentenzeit an der Leipziger Chirurgischen Poliklinik unter Perthes und Heinicke nicht selten als Gesangssolist auf.

Durch Veröffentlichungen grundlegender medizinischer Fragen u.a. "Untersuchungen über Röntgenröhren mit beliebig verstellbarem Vakuum", wobei er durch einen Röntgenshaden einige Endglieder seiner linken Hand verlor, aber auch durch seine Erfolge als Solist des Thomanerchores wurde er zur anerkannten, oft bewunderten Persönlichkeit.

Intensivere Studien bei Kammersänger Scheidemantel in Weimar ließen seine Berufswahl problematisch werden. Sein Chef, Professor Heinicke, der mit einer Sängerin verheiratet war, unterstützte Rosenthal in seiner Karriere als Gesangssolist, so daß sich sein Wunsch verstärkte, Sänger zu werden. In relativ kurzer Zeit vor dem 1. Weltkrieg war er ein so bekannter Oratoriensänger und Solist von Opern geworden, daß er zum 1. September 1914 ein Angebot der Münchner Staatsoper erhielt und die Medizin aufgeben wollte.

Als jedoch der 1. Weltkrieg 1914 ausbrach, war sich Rosenthal seiner Verantwortung als Mediziner bewußt und übernahm die ihm angetragene kommissarische Leitung der Leipziger Chirurgischen Poliklinik, die wie bereits oben erwähnt, in ein Kriegslazarett umgewandelt wurde. Ergänzend zu seiner Tätigkeit in diesem

Zeitraum ist zu erwähnen, daß er ähnlich wie Jean Jacques Joseph (1865 - 1934) in Berlin eine Hinwendung auf die plastische Chirurgie des Gesichts entwickelte und dabei die maxillo-fasziale Chirurgie mit den Rekonstruktionen verband. 1917 habilitierte er sich auf dem Gebiet mit dem Thema "Erfahrungen auf dem Gebiete der Uranoplastik". Mit der Rückkehr von Professor Heinicke bei Kriegsende wurde Rosenthal in seine ursprüngliche Position versetzt. Nach Ernennung zum Privatdozenten nahm er seine Arbeit im Leipziger St. Georg Krankenhaus auf, wo man sein Wissen und Können bei Kriegsversehrten zu schätzen wußte. Gleichzeitig eröffnete Rosenthal eine Praxis in Leipzig, die bald eine frequentierte Anlaufstelle zur Versorgung von Lippen-Kiefer-Gaumenspalten wurde. Diese zweithäufigste menschliche Mißbildung wurde in den folgenden Jahren zur Hauptaufgabe Wolfgang Rosenthals, zumal es ihm 1924 gelungen war, eine sprachverbessernde Operation zu entwickeln. Mit der Publikation dieser Schönborn-Rosenthal'schen Pharyngoplastik ist er als 40jähriger in der Fachwelt international bekannt geworden. Das belegen u.a. auch seine Gastvorlesungen über Gaumendefekte in Zürich, München, Hamburg (1927).

Trotz dieser medizinischen Erfolge kam die Musik nicht zu kurz, begünstigt durch die Ehe mit der Direktorin des Leipziger Konservatoriums. In den 20er Jahren gründete er das bekannte Rosenthal-Quartett, mit dem er viele in- und ausländische Tourneen machte.

3. Nazizeit, II. Weltkrieg

1932 erhielt er den Ruf als Extraordinarius für das neu geschaffene Fach Mund- und Kieferchirurgie an die Hamburger Universität (1). Die Berufungsverhandlungen zogen sich längere Zeit hin - solange bis Rosenthal "klar sah": Am 30. Januar 1933 erfolgte die Machtübernahme durch die Nationalsozialisten, eine Tatsache, die Rosenthal lange vorher befürchtet hatte. Obwohl er seine Lehrtätigkeit in Hamburg aufnahm, löste er seine Praxis in Leipzig nicht auf, er vergrößerte sie sogar durch Konzentration auf Behandlungen für Lippen-Kiefer-Gaumenspalten. Als Halbjude mußte er mit Repressalien rechnen. Die Medizinische Fakultät in Boston (USA) und in Lyon boten ihm 1935 einen Lehrstuhl an; er lehnte ab. 1937 wurde ihm die Lehrbefugnis für sämtliche Universitäten des Deutschen Reiches entzogen. Inzwischen hatte er jedoch die Zeit in Hamburg genutzt, das „Zentralblatt für Zahn- und Kieferheilkunde" gegründet und sich einen wichtigen Platz in der Kieferchirurgie gesichert.

Trotz des Entzuges der Lehrbefugnis wagten es die Nazis nicht, Rosenthals Praxis anzurühren, war doch inzwischen Leipzig zu einem der Zentren zur Versorgung von angeborenen Mißbildungen, speziell von Lippen-Kiefer-Gaumenspalten geworden. Durch die Einbeziehung von Mißgebildeten in die Nürnberger Gesetze - diese forderten eine Sterilisation bei schweren Spaltbildungen des Gesichts - wurde Rosenthal persönlich auf das Tiefste getroffen. Auf dem Chirurgenkongreß 1938, zu dem auch Victor Veau anreiste, kam es zur Resolution von Sauerbruch, Axhausen und Rosent-

hal, Spaltträger nicht zu sterilisieren - eine Forderung, die vielerorts Gehör fand. Leider kam es trotzdem zu vielen Sterilisationen.

Neue Überlegungen bahnten sich mit dem zunehmenden Bombenkrieg an. 1943 war Rosenthal auf den Bayreuther Festspielen. Nach einer Aufführung der "Walküre" bat ihn der Festspielarzt, in der Nacht den Bayreuther Ärzten behilflich zu sein, die in einem Lazarettzug transportierten Schwerverletzten des Hamburger Angriffs zu versorgen. Dieser erste große, mit Phosphorbrandbomben geführte Angriff auf eine deutsche Großstadt hatte ca. 20.000 Zivilpersonen getötet bzw. verletzt. Rosenthal hat oft über seinen Schock in dieser Nacht berichtet. Er befürchtete, daß auch Leipzig in dieser Weise angegriffen würde. So beschloß er, allein um seine Spaltkinder zu schützen, möglichst umgehend ein Asyl außerhalb Leipzigs zu finden. Diese Gelegenheit ergab sich relativ schnell.

Seine Tochter Hedda, die sein sängerisches Talent "geerbt" hatte, fand an der Hofoper in Gera ihr erstes Engagement. Anlässlich der ersten Premiere Hedda Rosenthals erneuerte Rosenthal seine Bekanntschaft mit dem kunstsinnigen und sangesbegeisterten Fürsten Heinrich XXIV. von Reuss, in dessen Diensten auch ein Freund Rosenthals, ein ehemaliger Thomaner stand. Fürst Reuss hatte Sorge um sein Schloß Thallwitz bei Leipzig, das die Flugzeugwerke Junkers zu einem Konstruktionsbüro umbauen wollten. Rosenthal dagegen suchte ein Asyl für seine behinderten Kinder.

So kam es zwischen Rosenthal und dem Fürsten Reuss zum Abschluß eines Vertrages, in dem Rosenthal die Nutzungsrechte für das Schloß und die umliegenden Ländereien übertragen wurden. Rosenthal konnte bereits am 9. September 1943 einige Wochen nach dem Angriff auf Hamburg in Thallwitz einziehen und dort erstmals einen Spaltträger operieren.

4. Thallwitz und Ordinarius in Berlin

Die Umwandlung des aus dem 16. Jahrhundert stammenden Jagdschlusses in ein Krankenhaus erwies sich als schwierig. Schrittweise gelang es Rosenthal. Während des Zusammenbruchs 1945 kam Fürst Reuss ums Leben. Rosenthal konnte aber das Schloß mit Ländereien 1947 an die Sozialversicherungsanstalt Sachsen abgeben, so daß er seine ganze Kraft für die medizinische Tätigkeit frei hatte. In den folgenden Jahren erweiterte sich der Patientenkreis. Dazu trug in großem Maße auch das Organisationstalent seines Oberarztes Haym bei. 1952 präsentierte sich eine stattliche "Kieferchirurgisch-Orthopädische Heilstätte" - später umbenannt in "Wolfgang-Rosenthal-Klinik". Die Klinik hatte damals 70 Betten (davon 36 Betten in der Kinderstation). Ein inzwischen modern eingerichteter Operationssaal, kieferorthopädische und zahnärztliche Behandlungsmöglichkeiten sowie Voraussetzungen für logopädische Diagnostik und Therapie waren bereits geschaffen - Zeichen, mit welchem Engagement Rosenthal an diese Lebensaufgabe herangegangen war. Trotz mehrerer Berufungsangebote (an die Universitäten Marburg, Mainz, Münster, Westberlin, Jena, Halle)

blieb er der Klinik in Thallwitz treu, bis ihm 1950 Professor Georg Axhausen (1877 - 1960) antrug, die Kieferklinik der Charité als Ordinarius und Direktor in seiner Nachfolge zu übernehmen (2).

Am 5. Mai 1950 nahm Rosenthal die Berufung unter der Bedingung an, daß er die Thallwitzer Klinik weiterführen dürfe. So begann eine Renaissance seiner Hochschullehrer-Tätigkeit. 1951 übernahm er zusätzlich das ärztliche Direktorium des zahnärztlichen Instituts der Berliner Universität. Am 10. Juli 1951 wurde er Prodekan der Medizinischen Fakultät; danach erfolgte die Wahl des fast Siebzigjährigen zum Dekan der Medizinischen Fakultät der Humboldt-Universität.

5. Engagement in Aus- und Weiterbildung auch im fortgeschrittenen Alter

Seine Freude am Unterrichten und die Begeisterung für sein Spezialgebiet sowie die mit viel Humor gewürzten Vorlesungen machten ihn zu einem der beliebtesten Lehrer der Charité.

Rosenthal hatte ein sehr gutes Verhältnis zu seinen Studenten und Schülern. Von Anbeginn seiner wissenschaftlichen Arbeit bzw. Lehrtätigkeit richtete er sein Augenmerk darauf, eine klare Zielorientierung über die Anforderungen zu vermitteln und den Studenten Eigenverantwortung zu übertragen bzw. Spielraum für eigene Entscheidungen einzuräumen. Es wird vielfach bestätigt, daß Rosenthal die Lehre und Ausbildung effektiv und modern gestaltet hat. Dazu trugen seine auf dem neuesten Erkenntnisstand befindlichen Lehrinhalte und seine Bemühungen um enge Verbindung von Theorie und Praxis bei (vgl. 4). Prinzipiell bezog Rosenthal bei relevanten Sachverhalten aus seinem reichen Erfahrungsschatz lehrreiche Praxisbeispiele in die Vorlesungsgestaltung ein. Das geschah oft problematisiert. Dabei hatten die Studenten Gelegenheit, sich an der Problemlösung bzw. Erkenntnisfindung aktiv zu beteiligen.

Rosenthal pflegte mit vielen ehemaligen Studenten einen engen Kontakt. Er ließ sich über ihre Arbeit, Behandlungsmethoden und Ergebnisse informieren. Einer seiner "Schüler", der inzwischen verstorbene Direktor der Abteilung für Kiefer-/Gesichtschirurgie an der Jenaer Universität, Professor Harry Heiner, berichtet (vgl. 1) von dem sozialen Gewissen Rosenthals. Das zeigte sich besonders in seinem Verhalten gegenüber mittellosen Patienten und Eltern von Spaltträgern, die er später nach erfolgreicher Behandlung in von ihm mitgestaltete Konzerte unentgeltlich einlud.

Die große Verehrung, die Rosenthal von Patienten, Studenten, Mitarbeitern entgegengebracht wurde, beruhte im Vorleben seines Könnens und seiner Einstellung bzw. in seinen von Verantwortung getragenen Leistungen - gemäß dem berufsethischen Leitmotiv

"AEGROTI SALUS - SUPREMA LEX!"

Neben der Weiterbildung des wissenschaftlichen Nachwuchses setzte sich dieser berühmte Chirurg ebenfalls für die Fortbildung der niedergelassenen Zahnärzte und

Dentisten ein. An der Beseitigung des Dualismus zwischen Zahnärzten und Dentisten und der Schaffung eines einheitlichen Zahnarztstandes war er maßgeblich beteiligt. Die Ausbildung der Dentisten zu Zahnärzten war eng verbunden mit der zahnärztlichen Studienreform, die er stark beeinflusste. Er forderte eine breite allgemeinmedizinische Grundausbildung, damit die Stomatologie zu einem gleichberechtigten Fachgebiet in der Medizinischen Fakultät würde (1).

Für die Fortbildung der Zahnärzte gab Rosenthal 1951 die Zeitschrift "Deutsche Stomatologie" heraus. 1952 bewirkte er die Gründung der "Medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde" an der Humboldt-Universität Berlin, als deren Vorsitzender er gewählt wurde. Er wurde 1951 u.a. Ehrenmitglied der American Cleft Palate Association.

1951 konnte Rosenthal sein Lehrbuch "Spezielle Kiefer- und Gesichtschirurgie" herausgeben. Die Veröffentlichung war Ende der dreißiger Jahre von den Nazis verhindert worden. Ebenfalls erschien 1953 sein Lehrbuch "Zahnkrankheiten und Zahnpflege". Beide Lehrbücher, von der Fachwelt erwartet, waren schnell vergriffen; es kam zu Neuauflagen. So konnte Rosenthal seine Erkenntnisse über moderne Rehabilitation von Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalträgern weithin verbreiten und die medizinische Aus- und Weiterbildung bereichern.

Rosenthal war als Wissenschaftler, Arzt und Mensch ein Humanist der Tat. Rosenthals Werk und Ideen leben weiter durch seine Schüler und Patienten. Auf einem internationalen Kongreß sagte der 67jährige Rosenthal (1951):

"... Wir haben gesehen, daß der Kieferkrüppel erstens operiert werden muß, um ein brauchbarer Mensch zu werden. Er bedarf zweitens späterhin häufig noch zahnärztlicher und kieferorthopädischer Hilfe, endlich braucht er Sprecherziehung. Es war mein Bestreben, auf diesem kleinen, aber dankbaren Gebiet der Heilkunde Abhilfe zu schaffen; und letztendlich braucht der Patient eine Gesellschaft, die in ihm zwar einen behinderten, aber einen vollwertigen Menschen sieht."

Nach seiner Emeritierung am 1. September 1957 widmete sich Rosenthal nur noch seiner Thallwitzer Klinik. Die letzte Operation führte er mit 79 Jahren im Januar 1963 durch. Bis zu seinem Tode hat er sich oft an Ort und Stelle vom Stand der Thallwitzer Klinik überzeugt. Seine auftretenden Altersleiden (Diabetes, Schwerhörigkeit, Entwicklung eines beiderseitigen grauen Stars) ertrug er tapfer und mit Humor. Im hohen Alter erlebte er beglückt die Folgen einer gut gelungenen Operation an seinen Augen, so daß er Weihnachten 1970 wieder die Lichter des Weihnachtsbaumes erkennen konnte. Rosenthal starb am 10. Juni 1971 an den Folgen einer Oberschenkelfraktur.

6. Epilog

Fragt man nach Rosenthals ungewöhnlichen Ausbildungserfolgen, so liegt das gewiß in der Leistungsdynamik seiner klinischen Tätigkeit und dem taktvollen Umgang mit Studenten und Mitarbeitern. Dank seiner wissenschaftlich gründlichen Arbeitsweise war es Rosenthal vergönnt, Wege zur "Bereicherung dieses Faches" zu finden, indem er Probleme aufgriff, die Lösungen mit Anstrengung und Umsicht ermöglichten. Seine zielstrebige, besonnene und ausdauernde Art, ans Werk zu gehen, übertrug sich auf den Kern seiner Mitarbeiter, die sich nie behindert, eingeengt oder reglementiert fühlten, sondern gezielte Förderung mit Freiräumen für Eigenverantwortung und Selbständigkeit erfuhren. So erwachsen aus der "Rosenthal-Schule" Professoren, Chefärzte sowie ebenfalls renommierte niedergelassene Ärzte, die sich im Geiste ihres Lehrers dem Fach eng verbunden fühlten, Großes leisteten und neue Lichter setzten!

Hauptwirkungsorte einiger Schüler sind/waren:

Thallwitz (Mühler), Leipzig (Mahn), Mainz (Herfert), Minden (Haym), Berlin (Hoffmann-Axtheim, Gabka, Winiker-Blank), Hannover (Heidsieck), München (Schlegel), Kassel (Lerche), Jena (Heiner), Herborn/Hessen (Koch).

Literatur

- (1) Augner, Peter-M.:
Wolfgang Rosenthal.- Bd. 93/ Biographien hervorragender Naturwissenschaftler, Techniker, Mediziner. BG Teubner Verlagsgesellschaft Leipzig 1991, 79 S. (ISBN 3-322-00816-9)
- (2) Gabka, Joachim-
On the Occasion of the Centenary of the Birth of Wolfgang Rosenthal- In: Journal of Maxillo-Facial Surgery, 13 (1985), 1-50 (G. Thieme Verlag Stuttgart/ New York)
- (3) Rosenthal, Wolfgang:
Aus meinen Lebenstagen (Persönliche Biographie/Lebenserinnerungen), 1967/69 aufgezeichnet, Unikat/Privatbesitz: Prof. Gabka, Berlin, 187 S. und 15 S. Epilog
- (4) Wagner, Günther; Wagner, Thomas-
Empirische Befunde zur Vorlesungsgestaltung in klinischen Disziplinen. In: Medizinische Ausbildung (Münster) 7 (1990) 173 - 183
- (5) Winau, Rolf, Vaubel, Ekkehard:
Chirurgen in Berlin (100 Porträts). Verlag de Gruyter Berlin, New York 1983, 106 S.

Professor Dr. Dr. med. Joachim Gabka (em.)
Mohrunger Allee 2
D 14055 Berlin

Dr. Günther Wagner (ehem. Lehrbeauftragter Hochschuldidaktik 'Arbeitskreis Medizindidaktik'
Universität Jena)
Breite Str. 38
D 12167 Berlin

