

## PATIENTENBEZOGENER UNTERRICHT IN FRÜHEN ABSCHNITTEN DES MEDIZINSTUDIUMS ULMER WORKSHOP 7.-8. NOVEMBER 1994

JÜRGEN GATTER, AXEL FETZER, HERMANN HEIMPEL UND DIE TEILNEHMER DES WORKSHOPS

**Zusammenfassung** Die Gestaltung patientenbezogenen Unterrichts in frühen Studienabschnitten war Gegenstand eines Workshops in Ulm vom 7.-8. November 1994. Einleitend wurde über Erfahrungen mit der praktischen Durchführung patientenbezogener Veranstaltungen berichtet, schwerpunktmäßig über Praktika des derzeitigen vorklinischen Studienabschnitts, zur Berufsfelderkundung (BFE) und zur Einführung in die klinische Medizin (EKM). Als weitere Beispiele patientenbezogenen Unterrichts wurden Hausbesuchsprogramme und Seminare zur medizinischen Ethik vorgestellt. Ferner wurde über Kooperationsmöglichkeiten zwischen Vorklinik und Klinik zur Realisierung patientenbezogenen Unterrichts referiert. Verschiedene Arbeitsgruppen entwickelten anschließend Empfehlungen zur Integration von BFE und EKM ins Gesamtcurriculum, entwarfen Konzepte zur Vermittlung ethischer Aspekte und prüften Möglichkeiten zur Evaluation patientenorientierter Veranstaltungen in frühen Phasen des Studiums.

**Summary** A workshop about patient orientated instruction in early phases of the curriculum was held in Ulm, November 7th and 8th, 1994. As an introduction, several speakers reported their practical experiences with courses of the pre-clinical curriculum, focussing on "Praktikum der Berufsfelderkundung (BFE)" (exploration of the profession field) and "Praktikum zur Einführung in die Klinische Medizin (EKM)" (introduction to clinical medicine). Outpatient visiting and courses in medical ethics were presented as further examples of patient-orientated instruction. In addition, possibilities of cooperation between pre-clinical and clinical institutions in the field of patient orientated courses were referred. Various workgroups made recommendations how to integrate the BFE and EKM courses into the general curriculum, suggested concepts how to imply ethical aspects and checked options concerning the evaluation of patient orientated courses in early phases of the curriculum.

Patientenbezogener Unterricht in den ersten Studienjahren, also dem jetzigen vorklinischen Abschnitt, ist eines der zentralen Themen einer Reform des Medizinstudiums<sup>1</sup>. Die bisherige Systematik der Medizinerbildung stellt die Lehre der zugrundeliegenden Naturwissenschaften (Biologie, Chemie, Physik) vor den Erwerb der erforderlichen Kenntnisse über Bau und Funktion des gesunden menschlichen Organismus und diesen wiederum vor die eigentliche Beschäftigung mit dem kranken Menschen. Daß dieser Aufbau problematisch ist, wurde anhand der Kritik an der mangelhaften Kommunikations-, Kooperations- und Lernfähigkeit der Ärzte deutlich. Untersuchungen aus den USA<sup>2</sup>, aber auch anderen europäischen Ländern (Niederlande<sup>3</sup>, Schweiz, Großbritannien) zeigen unter anderem,

- daß die auf den Arztberuf ausgerichtete hohe Motivation der Studienanfänger im Laufe der ersten Studienabschnitte zunehmend abgeschwächt wird;
- daß der Bezug zur subjektiven Erfahrung mit Gesundheit, Krankheit, ärztlicher Hilfe, Tod als Voraussetzung zur Empathie, also dem Einfühlen in die Situation von Patienten, verlorengelht;
- daß die an unseren Universitäten mit hoher Qualität vermittelte medizinische Theorie von den Studenten nicht als Voraussetzung medizinischer Praxis erkannt und nicht in die praktische Anwendung der Problemlösung integriert wird.

Mit der 1989 in Kraft getretenen 7. Novelle zur Approbationsordnung versuchte der Gesetzgeber, verstärkt klinische Bezüge in den vorklinischen Studienabschnitt einzuführen. Die Umsetzung der Initiativen der 7. Novelle ist allerdings in den Fakultäten auf zum Teil erhebliche Schwierigkeiten gestoßen, was sich in der

Vielzahl der Realisationsmodelle an den verschiedenen deutschen Fakultäten widerspiegelt<sup>4</sup>. Probleme ergaben sich nicht nur bei räumlichen und personellen Ressourcen und organisatorischen Fragen, sondern auch bei der Festlegung von Lernzielen und Lerninhalten patientenbezogener Veranstaltungen in frühen Abschnitten des Medizinstudiums sowie bei deren inhaltlicher und didaktischer Verbindung mit dem übrigen Unterrichtsstoff der Vorklinik. Ein am 7. und 8. November 1994 in Ulm von der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung und der Universität Ulm veranstalteter Workshop befaßte sich mit der Erarbeitung von Lösungsstrategien für die oben genannten Probleme. Gegenstand des Workshops waren die mit der 7. Novelle neu eingeführten Veranstaltungen "Praktikum der Berufsfelderkundung" (BFE) und "Praktikum zur Einführung in die Klinische Medizin" (EKM). Teilnehmer waren Studiendekane, für die Ausrichtung der jeweiligen Veranstaltung verantwortliche Hochschullehrer, Studienbeauftragte und Studenten.

Der Workshop fand statt in der Villa Eberhardt, dem Gästehaus der Universität Ulm. Als Gastgeber begrüßte der Kanzler der Universität, Dr. jur. Eberhardt, die Anwesenden. Der Dekan der Medizinischen Fakultät, Prof. Dr. med. G. Adler unterstrich in seiner Begrüßungsrede die Bedeutung wissenschaftlicher Veranstaltungen und des inhaltlichen Austausches auch im Bereich der Hochschullehre.

## Eröffnung

### Allgemeine Gesichtspunkte für und wider Patientenkontakte in den ersten Studienjahren

Prof. Dr. med. H. Heimpel, Ulm

Herr Heimpel, Initiator der Veranstaltung, eröffnete das Programm mit der Frage, ob es überhaupt sinnvoll sei, im derzeitigen Vorklinischen Ausbildungsabschnitt, das heißt direkt zu Beginn des Medizinstudiums, klinische, ärztliche oder patientenbezogene Inhalte durch Lehrveranstaltungen in das Curriculum einzufügen. Diese Frage wird in letzter Zeit kontrovers diskutiert. Die Befürworter einer Implementierung klinischer Bezüge in den Beginn des Studiums halten diese für einen der vordringlichsten Aspekte einer Reform des Medizinstudiums<sup>5,6,7</sup>. Eine Begründung dieses Reformvorhabens findet sich in den oben ausgeführten Erfahrungen, daß die für die Effektivität des Lernprozesses<sup>8,9</sup> und die Entwicklung der Arztrolle so wichtige emotionelle Beziehung<sup>5</sup> in den frühen Abschnitten geprägt wird. Der Referent illustrierte die Realisierbarkeit solcher Reformvorhaben durch die Darstellung der Curricula in Maastricht<sup>10</sup> und an der Harvard-Universität<sup>11</sup>.

Die Gegner dieser Position lehnen patientenbezogene Unterrichtsveranstaltungen vor dem Erwerb des Grundlagenwissens in den Kernfächern Anatomie, Physiologie und Biochemie als unwissenschaftlich ab. Das Abweichen von der Systematik dieser Fächer verleite die Studierenden zu oberflächlicher Betrachtungsweise widerspräche dem Prinzip einer stufenweise gegliederten Ausbildung. Diesen Standpunkt nehmen einige medizinische Fachgesellschaften ein<sup>12</sup>.

Der Referent zählt sich selbst zu den Befürwortern patientenbezogener Unterrichtsteile bereits im ersten Studienjahr. Seiner Meinung nach fördert der Rückgriff auf die Eigenerfahrung die für das ärztliche Handeln entscheidende Fähigkeit zur Empathie. Er verdeutlichte seinen Standpunkt durch den Ausspruch Lichtenbergs: *„Wir können von nichts in der Welt etwas eigentlich erkennen, als uns selbst und die Veränderungen, die in uns vorgehen. Ebenso können wir unmöglich für andere fühlen. Der Satz klingt hart, ist es aber nicht, wenn er nur recht verstanden wird.“*

**Tabelle 1:** Fragen zur Durchführung der Praktika „Einführung in die klinische Medizin“ und „Berufsfelderkundung“

- Wann? Im ersten oder vierten Semester?
- Direkte Patientenkontakte oder Simulationen?
- Einbeziehung von Institutionen außerhalb der Universität?
- Wer? Delegation an Kliniker oder Theoretiker?
- Woher kommen die Gruppenleiter und wer leitet sie an?
- Inhaltliche und didaktische Verbindung zu anderen Veranstaltungen der ersten beiden Studienjahre
- Erfolgskontrolle? Falls ja, wie?

Mit der 7. Novelle zur Approbationsordnung für Ärzte wurden zwei Veranstaltungen dieser Art vom Gesetzgeber eingeführt: das „Praktikum zur Berufsfelderkundung“ (BFE) und das „Praktikum zur Einführung in die Klinische Medizin“ (EKM). Professor Heimpel legte dem Plenum eine Reihe von konkreten Fragen zur Durchführung dieser Praktika vor, die in Tabelle 1 aufgelistet sind. Ihre Bearbeitung sollte Ziel dieses Workshops sein.

## Einführende Referate

### Erfahrungen mit dem Praktikum zur Einführung in die Klinische Medizin

Dr. med. J. Gatter, Ulm und

Prof. Dr. med. Dr. agr. B. Fischer, Halle.

Herr Gatter berichtete, daß die *Ulmer* Veranstaltung, die seit ihrer Einführung 1991 einmal pro Jahr im jeweiligen Sommersemester für etwa 300 Teilnehmer stattfindet, unter Zuhilfenahme einer Prozeßevaluation mittels Befragung der Studierenden mehrere Veränderungen erfahren hat. Er erläuterte das in Tabelle 2 dargestellte Grobziel des Praktikums und die derzeitige personelle Organisation. Das Praktikum wird in Ulm gemeinsam durch je einen Beauftragten aus dem vorklinischen und klinischen Studienabschnitt geleitet.

**Tabelle 2:** Grobziel des Praktikums zur Einführung in die Klinische Medizin in Ulm

#### Die Studierenden sollen...

- erste Einblicke in die Probleme und Tätigkeitsbereiche der klinischen Medizin erhalten,
- die objektive und subjektive Dimension einer Krankheit begreifen,
- die Bedeutung der Lehrgegenstände aus den Fächern Anatomie, Physiologie und Biochemie als Grundlagen für weiterführende Fächer wie z.B. der Pathophysiologie einschätzen lernen und
- beobachten, wie dieses Grundlagenwissen zur Erkennung, Behandlung und Vorbeugung von Erkrankungen eingesetzt wird.

Die mitwirkenden Dozenten hingegen stammen zu 96 Prozent aus der Klinik. Die Koordination und die Gruppeneinteilung erfolgt entweder durch die Unterrichtskommission Medizin oder unmittelbar durch einzelne Abteilungen oder Institute.

Gruppen zu je etwa 20 Studierenden nehmen an zweistündigen Unterrichtsveranstaltungen in verschiedenen Klinikbereichen (z. B. Chirurgie, Dermatologie) oder einer Kombination von sechs Terminen mit Veranstaltungen in der Inneren Medizin und Teilnahme am Hausbesuchsprogramm der Abteilung Allgemeinmedizin teil. Ein kleiner Anteil der Studierenden (zwölf Prozent) arbeitet in sogenannten problemorientierten Lerngruppen (kurz: POL) mit jeweils acht Studenten

und zwei sog. Tutoren; letztere sind habilitierte und nicht-habilitierte Hochschullehrer.

Der Referent griff anschließend einen Aspekt der Prozessevaluation heraus, in welchem die Studierenden befragt wurden, ob die Gestaltung des Praktikums geeignet sei, das oben formulierte Kursziel zu erreichen. Während die Mehrzahl der Befragten diese Frage "vollkommen" oder "überwiegend" zustimmend beantworteten, zeigten sich erhebliche Unterschiede bei der Analyse bezüglich der Veranstaltungsform. Teilnehmer an POL-Gruppen und am Hausbesuchsprogramm votierten viel häufiger positiv in bezug auf diese Frage.

Unterstützt durch weitere Aspekte der Evaluation führt die Ulmer Arbeitsgruppe dies zum einen auf die unterschiedlichen Lehrkonzepte zurück, die bei den Hausbesuchen strukturiert und seit Jahrzehnten erprobt sind, bei den POL-Gruppen zwar neu, aber stark strukturiert und bei den übrigen Gruppen neu und wenig strukturiert sind. Zum anderen wird eine Betreuung der Gruppen durch nur einen, maximal zwei gleichbleibende Dozenten und ein konstanter Veranstaltungsort mit für ein Gelingen des Praktikums verantwortlich gemacht. Dabei geht bei den POL-Gruppen weniger als fünf Prozent der Unterrichtszeit durch Raumsuche oder Warten auf den Dozenten verloren; dem gegenüber stehen Zeitverluste bis zu vierzig Prozent (etwa zehn Unterrichtsstunden) bei Gruppen mit wechselnden Dozenten und Veranstaltungsorten.

Prof. Fischer berichtete über den Ablauf und die Evaluation des Praktikums in Halle. Vorab merkte er an, daß er Merkmale des Kursdesigns an seiner ehemaligen Wirkungsstätte in Aachen mit Berufung auf den Lehrstuhl für Anatomie in Halle übernommen habe. Die Tatsache, daß er die Aufgabe hatte, dieses Praktikum erstmals einzuführen, habe ihm Freiheiten bei der Gestaltung ermöglicht.

Das Praktikum wird in Halle im dritten und vierten Semester durchgeführt und umfaßt insgesamt zwölf Doppelstunden, von denen vier durch die Anatomie, drei durch die Biochemie, drei durch die Physiologie und zwei durch die Medizinische Psychologie, jeweils in Zusammenarbeit mit Klinikern ausgerichtet werden. Die jeweiligen Fächerkombinationen (Vorklinik/ Klinik) und die jeweiligen Dozenten finden sich in der Regel auf Grund persönlicher Bekanntschaften oder gemeinsamer Lehr- und/oder Forschungsinteressen. Es wirken nur habilitierte Hochschullehrer als Praktikumsdozenten mit.

Der Ablauf des Praktikums werde bewußt offen gehalten, da Fragen der Studierenden den Inhalt des Praktikums maßgeblich mitbeeinflussen sollen. Es soll Raum auch für Diskussion über ethische Fragen eingeräumt werden. Vorgabe ist, daß in möglichst jeder Veranstaltung eine Patientenvorstellung mit Anamneseerhebung durch Studierende erfolgen soll.

Die Studierenden müssen sich Ihre Anwesenheit auf einer mit Lichtbild versehenen Testatkarte bescheinigen lassen.

Eine schriftliche Befragung der mitwirkenden Dozenten und Studenten zeigte eine beiderseits hohe Akzeptanz

des Praktikumsdesigns. Die Dozenten schätzten zudem die hierdurch gestärkten Kontakte innerhalb der Fakultät.

Die Studierenden hoben die Eindrücklichkeit der Patientenkontakte hervor, die in ihrem Kontext zu einer Wiederbelebung des Berufszieles "Arzt/Ärztin" führen. Zudem würden fehlerhafte Eindrücke und Vorstellungen aus dem Pflegepraktikum korrigiert und durch eine Verknüpfung von Grundlagenwissen und Klinik Zusammenhänge vermittelt. Negativ gewertet wurde die fehlende Wahlmöglichkeit und die damit verbundene Tatsache, daß nur die fachbezogen interessierten Studierenden motiviert seien, während des Unterrichtes aktiv mitzuwirken. Einige der Studierenden kritisierten, daß im Praktikum zur Einführung in die Klinische Medizin zu wenig physikumsrelevantes Wissen vermittelt werde, und daß sie nicht bereit seien, etwas zu lernen, was nicht abgeprüft werde. Diese Studenten bezeichneten das Praktikum als "verlorene Zeit". Trotz gegenteiliger Bemühungen von Vorklinikern und Klinikern waren die Inhalte des Praktikums und die Sprache der Dozenten gelegentlich so speziell, daß die Studierenden ohne spezielle Vorkenntnisse und das erforderliche Fachvokabular dem Unterricht nur mit großer Mühe folgen konnten.

Zusammenfassend bemerkte Herr Fischer, daß man eine erfolversprechende Praktikumsgestaltung gefunden habe, diese aber mit einem hohen Aufwand an Organisation für seine Abteilung verbunden sei. Er befürchtet, daß im Falle von Stellenkürzungen dieser Umfang gefährdet sei. Eine Einbeziehung von außeruniversitären Einrichtungen hält er für gefährlich, insbesondere, da hier zumeist keine Qualitätskontrolle durch die Fakultät erfolge. Er bezog sich hierbei vor allem auf Erfahrungen mit dem Pflegepraktikum. Ebenfalls aus Qualitäts-sicherungsgründen votierte er für eine ausschließliche Unterrichtsgestaltung durch habilitierte Hochschullehrer.

## **Erfahrungen mit dem Praktikum der Berufsfelderkundung**

Fr. M. Kautenburger, Ulm. und  
Prof. Dr. med. W. Kahlke, Hamburg

Über das Ulmer Praktikum berichtete Fr. M. Kautenburger. Das Praktikum der Berufsfelderkundung wird dort seit dem WS 1990/91 durchgeführt. Die didaktische, methodische und inhaltliche Ausarbeitung obliegt der Abteilung Medizinische Soziologie. An der praktischen Durchführung sind eine Reihe von Dozenten diverser überwiegend "kleinerer" universitärer Einrichtungen sowie aus dem Bibliotheks- und Verlagswesen beteiligt.

Das Praktikum wird für Studierende im ersten Fachsemester angeboten; medizinische Kenntnisse und Fertigkeiten wie auch terminologisches Wissen sind daher sehr heterogen. Für das Praktikum wurden die in Tab. 3 aufgeführten Lernziele erarbeitet.

Der zwölfstündige Ulmer Kurs besteht aus einer zweistündigen Einführung im Hörsaal, 8 Stunden Unterricht in Kleingruppen und einer zweistündigen abschließenden Podiumsdiskussion im Hörsaal.

Die Kleingruppen umfassen jeweils 20 Studierende. Dort werden exemplarisch zwei ärztliche Berufsfelder aus folgenden Bereichen vorgestellt:

- Humangenetik,
- Medizinische Berufe im Informationssektor,
- Labormedizin,
- Verhaltensmedizin,
- Geriatrie,
- Medizinisches Verlagswesen,
- Sportmedizin,
- Betriebsmedizin und
- Chirurgische Forschung

Die Koordination erfolgt über die Unterrichtskommission Medizin. Diese wird von studentischen Hilfskräften unterstützt, die den Ablauf des Kleingruppenunterrichts überwachen und an der Kursevaluation beteiligt sind.

Seit dem Wintersemester 1991/92 wird in Ulm eine Evaluation der Veranstaltung durchgeführt. Frau Kautenburger berichtete, daß die Qualität des Unterrichts in einzelnen Kleingruppen unterschiedlich bewertet wurde, wobei sich die Humangenetik von der Thematik wie von der Durchführung als beliebtestes Berufsfeld erweise. Andere Bereiche konnten durch Evaluation und Beratungsgespräche mit den Dozenten verbessert werden; so stieg z.B. die Labormedizin nach anfänglichen Schwierigkeiten in der Beliebtheit bei den Studierenden. Berufsfelder, die wenig interessierten oder wenig interessant dargeboten wurden, wurden im Angebot reduziert bzw. aufgegeben.

Professor Kahlke berichtete über die "Orientierungseinheit", eine mit studentischen Tutoren durchgeführte Studieneingangsphase der Universität Hamburg, die vor zwanzig Jahren initiiert wurde und jeweils eine mehrtägige Berufsfelderkundung einschloß. Bei Einführung des Pflichtpraktikums konnte das Grundkonzept beibehalten werden. Die durch die studentischen Tutoren unterstützten Hospitationen in den unterschiedlichsten Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung finden im ersten Semester statt. *Eine ausführliche Beschreibung findet sich bereits an anderer Stelle in dieser Ausgabe der Medizinischen Ausbildung; die Autoren verweisen auf die dortige Darstellung*<sup>16</sup>.

### Das Hausbesuchsprogramm als Teil eines patientenbezogenen Unterrichts

Dr. med. W. Sohn, Düsseldorf

Das Düsseldorfer Hausbesuchsprogramm wird von der dortigen Abteilung Allgemeinmedizin seit nunmehr

zehn Semestern durchführt. Intention des Programms ist die Schulung der Wahrnehmung und der Erwerb kommunikativer Kompetenz., mithin Fertigkeiten und

Fähigkeiten, bei deren Vermittlung im derzeitigen Curriculum erhebliche Defizite bestehen.

**Tabelle 3: Lernziele für das Praktikum der Berufsfelderkundung in Ulm**

#### Grobziel:

- Einblick in die Vielfältigkeit ärztlicher Berufsfelder. Orientierungshilfe für die Studienanfänger.

#### Feinziele:

- Überblick über die ärztlichen Berufsfelder und ihre Bedeutung in unserer Gesellschaft
- Ausführliches Kennenlernen ausgewählter Berufsbilder
- Kennenlernen der in unterschiedlichen Berufsfeldern nötigen Kenntnisse, Fertigkeiten und Einstellungen
- Kompetentes Diskutieren über ausgewählte Berufsfelder in der Kleingruppe unter Einbringung der vor und während des Praktikums erworbenen Kenntnisse.
- Nutzung der erworbenen Kenntnisse als Orientierungshilfe für das Studium der Humanmedizin; Erkennen eigener Ambitionen und Wünsche.

riculum erhebliche Defizite bestehen.

Dreißig Hausärzte beteiligen sich an der praktischen Durchführung. Die Qualifikation zum "Lehrarzt" wird im Programm "Lehren lernen" angeboten, ist aber nicht Pflichtvoraussetzung für die Lehrtätigkeit. Im Rahmen dieser Ausführungen unterstützte Herr Sohn nachdrücklich die Forderung nach neuen Formen des Qualitätsnachweises in der Lehre.

Das Hausbesuchsprogramm erstreckt sich über ein Jahr und ist Studierenden aller Semester zugänglich. Gleichzeitig können etwa 40 Studenten am Programm teilnehmen. Der zugeteilte Patient wird etwa eine Stunde pro Monat besucht, auch während der vorlesungsfreien Zeit. Der Gesprächsablauf ist nicht reglementiert; die Grenzen der Betreuung wie z. B. Handreichungen im Haushalt müssen die Studierenden selbst ausloten.

Jeweils etwa 15 Studierende treffen sich einmal im Monat zu einer zweistündigen Supervisionssitzung, zu der auch die betreuenden Hausärzte eingeladen sind. Während dieser Sitzung werden außerdem Referate einzelner Gruppenmitglieder bearbeitet. Die Supervision wurde in der Erprobungsphase von Vertretern der Allgemeinmedizin, der Medizinsoziologie und der Psychotherapie gemeinsam durchgeführt; aus personellen Gründen hat die Abteilung Allgemeinmedizin diese Aufgabe mittlerweile komplett übernommen.

Herr Sohn berichtete, das Hausbesuchsprogramm werde als wohltuende Abwechslung vom "Studienalltag" empfunden. Die geringe Reglementierung des Patientenkontaktes werde als motivationsfördernd erlebt. Der erwartete klinische Erfahrungs- und Wissensvorsprung der Studierenden aus höheren Semestern schlage sich weder in der Sicherheit im Gespräch mit den Patienten noch in der Supervisionssitzung gravierend nieder. Problematischer erscheine vielmehr, daß einige der Hausärzte bewußt "schwierige" Patienten zur Betreuung auswählten, was von den Studierenden als Kompensationsversuch eigener Betreuungsdefizite empfunden werde. Einzelne Studenten fühlten sich mit ihren Aufgaben überfordert; dies werde in den Supervisionssitzungen besprochen. Können die Schwierigkeiten nicht über-

wunden werden, bestehe die Möglichkeit, Patient oder betreuenden Hausarzt zu wechseln.

Herr Sohn resümierte, das Hausbesuchsprogramm gleiche bestehende Defizite im Bereich der Arzt-Patient-Kommunikation aus und fördere die kommunikative Kompetenz der Teilnehmer. Durch das semesterunabhängige Konzept leiste es einen Beitrag zur Aufhebung der Trennung zwischen "Klinik" und "Vorklinik". Derzeit bestünden Überlegungen, denen zufolge das Programm zu einem "kompatiblen Pflichtkurs" umgestaltet werden soll. Dabei wären dann Praxisanteile von Veranstaltungen wie dem Praktikum der Berufsfelderkundung, der Einführung in die klinische Medizin oder dem Kurs der Allgemeinmedizin durch die Teilnahme am Hausbesuchsprogramm ersetzbar.

### **Kooperationsmöglichkeiten zwischen "Vorklinik" und "Klinik" zur Realisation eines patientenbezogenen Unterrichts.**

Prof. Dr. med. J. Westermann, Hannover

Der Referent erläuterte die Struktur des vorklinischen Curriculums an der Medizinischen Hochschule Hannover und zeigte auf, daß die Studierenden im Rahmen des Hausbesuchsprogramms, des Praktikums der Berufsfelderkundung (BFE) und des Praktikums zur Einführung in die klinische Medizin (EKM) bereits im vorklinischen Studienabschnitt Kontakt zur Klinik haben. Am Beispiel des Praktikums EKM zeigte Herr Westermann die Möglichkeiten der Kooperation zwischen Klinik und Vorklinik auf.

In Hannover kann das Praktikum auf verschiedene Weise absolviert werden. Die Abteilungen für Sportphysiologie, Allgemeinmedizin, Rheumatologie und die Zentren für Innere Medizin und Anatomie bieten Kurse an, die die vorgegebenen 24 Stunden abdecken. Diese Kurse finden in verschiedenen Semestern innerhalb der Vorklinik statt. Etwa 50% der Studierenden wählen den von der Anatomie angebotenen Kurs "Anatomie am Lebenden", der im zweiten Semester zweimal wöchentlich parallel zum Kurs der Makroskopischen Anatomie durchgeführt wird. Wird beispielsweise im Präparier-saal das Gebiet der Lunge behandelt, so werden im Praktikum die Projektionslinien von Pleura und Lungenabschnitten auf die Thoraxwand und die Grundlagen der Auskultation besprochen. Die 35 Studierenden in jeder Kursgruppe führen die in einem Begleitskript vorgegebenen Aufgaben in Kleinstgruppen von zwei bis vier Personen gegenseitig aneinander aus. Zu Beginn des Kurstages weist der Dozent in einer Einführung in die durchzuführenden Aufgaben ein. Anschließend geht er zusammen mit einem studentischen Tutor von Kleingruppe zu Kleingruppe, um die praktische Durchführung zu supervidieren und um aufgetretene Fragen zu diskutieren. Am Ende findet eine kurze Abschlußbesprechung statt. In derselben Woche stellen klinische Kollegen Patienten vor, deren Erkrankungen thematisch zum Kurs passen. Diese Patientenvorstellungen finden in der Regel zweimal wöchentlich für jeweils eine Stunde im Hörsaal statt.<sup>9, 13</sup> Herr Westermann berichtete, das vorgestellte Konzept werde von den Studierenden sehr gut angenommen.

An der Medizinischen Hochschule Hannover wird im Rahmen der Neuroanatomie und der Physiologie nach einem ähnlichen Konzept verfahren<sup>14, 15</sup>. Auch in diesen Veranstaltungen werden Vorlesung, Kurs und Seminar koordiniert angeboten und von Patientenvorstellungen durch klinische Kollegen begleitet. Am Ende jedes Semesters wird unter den Studierenden mittels Fragebögen eine Prozeßevaluation durchgeführt; die Ergebnisse dieser Befragungen beeinflussen die Planung künftiger Kurse.

**Tabelle 4:** Lernziele der Ulmer Seminare zur Medizinethik

#### **Grobziel:**

- Die Studierenden sollen bereits zu Beginn ihres Studiums für alltägliche ethische Konfliktsituationen der Medizin sensibilisiert werden; die Motivation für die Wahrnehmung und die Beschäftigung mit derartigen Konflikten soll gefördert werden.

#### **Feinziele:**

Erlernen und Einüben von:

- Analysekompetenz,
- Bewertungskompetenz,
- Begründungskompetenz,
- Verbalisationskompetenz,
- Diskurskompetenz,
- Reflexionskompetenz über das eigene Wertesystem und
- Problemlösungskompetenz.

### **Ethik in der Medizin in frühen Phasen des Medizinstudiums**

Fr. Dr. med. G. Sponholz, Ulm

Frau Sponholz berichtete über den Arbeitskreis "Ethik in der Medizin" der Universität Ulm, welcher seit 1985 fallorientierte Seminare zur Ethik in der Medizin durchführt. Zielgruppen der Veranstaltungen sind Studierende der Biologie, Studierende der Medizin im klinischen Abschnitt und im Praktischen Jahr, Ärzte im Praktikum und Assistenzärztinnen und -ärzte; desweiteren wurden fallorientierte Fort- und Weiterbildungen für den Pflegebereich und die Klinikseelsorge zur Medizinethik veranstaltet.

Die hierbei gewonnenen positiven Erfahrungen mit diesem didaktischen Ansatz veranlaßten die Arbeitsgruppe, derartige Seminare auch schon für frühe Semester der Medizin anzubieten; entsprechende Lehrveranstaltungen wurden im Rahmen eines vom Ministerium für Wissenschaft und Forschung des Landes Baden-Württemberg geförderten Projektes erstmals im SS 1994 angeboten. Die hierfür formulierten Lernziele die zu erwerbenden und einzuübenden Kompetenzen sind in Tab. 4 aufgelistet.

Die Seminare werden als Kompaktkurse in Gestalt von Wochenendseminaren (entsprechend 12 SWS) angeboten. Die Gruppengröße beträgt maximal 12 Teilnehmer. Die Arbeitsweise ist fall- und problemorientiert. Aufhänger ist die strukturierte Fallvorstellung durch einen

Arzt aus dem Universitätsklinikum oder durch einen Patienten. Mit diesen Referenten wird der zur Vorstellung vorgesehene Fall einige Tage vor dem Seminar vorbesprochen, hierbei wird die Rollenverteilung festgelegt: Der Referent trägt den Fall sequenziert vor und kann dabei jederzeit durch die Moderatoren (zwei Mitglieder des Arbeitskreises "Ethik in der Medizin") oder durch die Studierenden unterbrochen werden. Die Referenten werden gebeten, auf monologisches Dozieren zu verzichten und werden darauf hingewiesen, daß die Moderatoren eingreifen, wenn die Darstellung des Falles zu speziell geraten sollte, wenn zu sehr doziert wird oder diskurshemmende Verhaltensweisen auftreten sollten. Diese Vorgespräche haben sich nach Schilderung von Fr. Sponholz als sehr wirksam und als von den Referenten akzeptabel erwiesen. Die Referenten gäben bereitwillig Auskünfte über alle konkreten medizinischen Fragen des speziellen Falles und über die reale Situation der Arzt-Patient-Beziehung; die konkreten Entscheidungen und die Struktur des Entscheidungskonfliktes würden jedoch nicht konkret benannt, bevor nicht die Studierenden folgende Schritte im Diskurs erarbeitet hätten: Analyse der Entscheidungskonflikte, Erarbeiten der möglichen Handlungsoptionen und Bewertung der denkbaren/realistischen Entscheidungen.

Dies sind die Herzstücke des Seminars, sie werden auch in aller Regel von den Studierenden als solche erkannt. Der Diskurs zu diesem Abschnitt wird von den Moderatoren sorgsam moderiert unter Verzicht auf jegliches Hinlenken auf eine nach Ansicht der Moderatoren "beste Lösung". Dieser Abschnitt ist auch für die Moderatoren lehrreich, weil er ein hohes Maß an didaktischer Kontrolle voraussetzt (was nicht immer optimal gelingt). Eine weitere Aufgabe der Moderatoren ist die Zusammenfassung der jeweiligen Analyseschritte mit dem Versuch, die theoretischen Hintergründe der jeweiligen Schritte auszuleuchten. Es habe sich hierbei als hilfreich erwiesen, den Seminarteilnehmern Arbeitsunterlagen zur Hand zu geben, die eine kurze Einführung in die Medizinethik und die Prinzipienethik enthalten.

In der Regel schließt sich an dieses Kernstück des Seminars ein abschließender Bericht des Referenten an, in welchem die tatsächlich getroffenen Entscheidungen vorgetragen werden, die dann wiederum von den Seminarteilnehmern im Gespräch mit dem Referenten bearbeitet werden.

Zur Evaluation berichtete Frau Sponholz, daß die Akzeptanz der Lehrveranstaltung sehr hoch einzuschätzen sei, die Lernziele dürften zumindest in ersten Schritten erreicht worden sein.

## **Berichte der Arbeitsgruppen**

### **Arbeitsgruppe 1:**

#### **Praktikum zur Einführung in die Klinische Medizin - Integration in das Gesamtcurriculum**

Bender, Börner, Fischer, Gatter (Tutor),  
Gutermann (Protokoll), Heringhaus,

Hermann, Köhler, Rosenthal, Schmid

Die Ergebnisse der Arbeitsgruppe zum Praktikum "Einführung in die klinische Medizin" (EKM) wurden von Frau Gutermann aus Berlin vorgetragen.

### **I. Vorstellung verschiedener Konzepte zur Durchführung des EKM**

Neben den bereits am Vormittag präsentierten Praktika in *Halle* und *Ulm* (s.o.) wurde die Praktikumsgestaltung in *Greifswald* und *Dresden* vorgestellt. PD Dr. Hermann stellte den *Dresdener* Kurs vor, welcher aus einer Rahmenvorlesung und einem jeweils zweistündigen Praktikum in verschiedenen Kliniken besteht. Die Studierenden verbleiben über einen Zeitraum von jeweils fünf Wochen in einer Klinik, pro Semester können also drei klinische Bereiche durchlaufen werden. Inhaltliche Vorgaben an die Dozenten existieren nicht.

Professor Köhler aus *Greifswald* berichtete über die Einbettung des EKM in das dortige Projekt "Community Medicine". Bei diesem Konzept führen insgesamt drei Lehreinheiten die Studierenden unter aktiver Beteiligung in die gemeindenahere medizinische Versorgung ein. Die zweite dieser Lehreinheiten integriert das EKM und Aspekte der Medizinischen Psychologie. Es wurden für diese Einheit exemplarisch drei für die medizinischen Versorgungsaufgaben wichtige Patientengruppen ausgewählt:

- der geriatrische Patient,
- der Suchtkranke und
- der chronisch Kranke.

Auf jeden Unterrichtsblock fallen fünf Veranstaltungen. Auf drei einführende Vorlesungen folgt ein Kleingruppenpraktikum mit Besuch der für das Thema ausgewählten Versorgungseinrichtungen. Jeder Block wird mit einem Seminar geschlossen, in welchem eine Synthese der verschiedenen Einzelerfahrungen hergestellt wird.

### **II. Unterschiede im grundsätzlichen Verständnis der Aufgaben des EKM**

Aus dem Austausch über die erheblichen Unterschiede in realen Gestaltung des EKM entwickelte sich eine Diskussion, deren Kernpunkte hier kurz skizziert werden:

- Zielvorstellungen: Soll es eher um eine Darstellung der Fächerung medizinischer Tätigkeiten gehen im Sinne eines Überblicks oder bereits um direkte Wissensvermittlung?
- Sollen schon Fähigkeiten vermittelt werden (z.B. Anamneseerhebung)?
- Was sind Voraussetzungen für das Gelingen der verschiedenen Modelle (z.B. Bereitschaft der beteiligten Abteilungen, habilitierten Dozenten)?
- Welchen Stellenwert sollen naturwissenschaftliche Grundlagen haben?

### III. Beantwortung der Fragen aus Tab 1:

- Wann? Im ersten oder vierten Semester?

Der Zeitpunkt der Durchführung hängt vom zugrundeliegenden Praktikumsdesign ab. In lehrstofforientierten Modellen (wie z.B. Halle) ist es notwendig, die Durchführung des Kurses zeitlich an die übrigen Lehrveranstaltungen anzupassen. In Modellen, in denen es eher um die Vermittlung von Überblicken, Grundhaltungen oder auch um Lernstile geht, ist es sinnvoll, das Praktikum möglichst früh im Curriculum zu platzieren.

- Direkte Patientenkontakte oder Simulationen?

Die direkten Patientenkontakte werden befürwortet; es ist hierbei aber auf die Problematik sensibler Themen zu achten wie z.B. die Bereiche der Gynäkologie oder der Psychiatrie.

- Einbeziehung von Institutionen außerhalb der Universität?

Die Einbeziehung solcher Einrichtungen ist unter bestimmten Voraussetzungen angebracht. Als problematisches Beispiel wurde das Krankenpflegepraktikum genannt, bei dem die Universität keinen Einfluß auf die Lehrinhalte des Praktikums und auf die Qualität ihrer Vermittlung hat. Die Einbeziehung außeruniversitärer Institutionen ist dann zu befürworten, wenn eine Kontrolle durch die Universität gegeben ist (Vorbereitung, Nachbereitung, Supervision), - Maßnahmen, die auch inneruniversitär leider allzu oft vernachlässigt werden.

- Wer? Delegation an Kliniker oder Theoretiker?

Die Arbeitsgruppe befürwortet geschlossen die gemeinsame Beteiligung von Klinik und Vorklinik. Das Problem liegt in der Zuständigkeit. Das Gelingen des Kurses hängt entscheidend vom Engagement der Verantwortlichen ab, zumal kein Institut "Einführung in die klinische Medizin" existiert. Diskussionspunkt: Das Praktikumskonzept muß von der Fakultät beschlossen sein und getragen werden.

- Woher kommen die Gruppenleiter und wer leitet sie an?

Da es keine einheitlichen Modelle gibt, können hierzu keine einheitlichen Aussagen gemacht werden. Da es im EKM zumeist nicht um fachspezifische Inhalte geht, die Gruppenleiter also nicht als Spezialist gefordert sind, ist eine Einweisung und weitergehende Betreuung der Dozenten durch den Praktikumsverantwortlichen oder aber gesonderte Schulungsressourcen dringend erforderlich.

- Inhaltliche und didaktische Verbindung zu anderen Veranstaltungen der ersten beiden Studienjahre

An mehreren Orten existieren, abhängig vom jeweiligen Modell, Verbindungen zu anderen Veranstaltungen auch späterer Studienabschnitte. Neben den psychosozialen Kerncurriculumveranstaltungen des ersten Studienabschnittes sind hier die (ebenfalls durch die 7. Novelle zur Approbationsordnung neu eingeführten) Seminare in Anatomie und Physiologie und das Praktikum zur Berufsfelderkundung zu nennen. Da das EKM den oft angemahnten "Brückenschlag" zwischen Vorklinik und Klinik bewerkstelligen kann, ist ein Ausbau der Verbindung zu anderen Veranstaltungen sehr zu befürworten.

- Erfolgskontrolle? Falls ja, wie?

Eine formale Erfolgskontrolle wird von der Arbeitsgruppe abgelehnt. Die regelmäßige Teilnahme und aktive Mitbeteiligung der Studierenden sind von den jeweiligen Gruppenleitern zu bestätigen.

### Arbeitsgruppe 2: Praktikum zur Berufsfelderkundung - Integration in das Gesamtcurriculum

Bayer, Duvenhorst, Fetzer (Tutor),  
Gulich, Liffers, Meinhardt, Sohn,  
Wanek (Protokoll), Wohlgemuth

Herr Dr. phil. V. Wanek aus Ulm stellte die Ergebnisse der Arbeitsgruppe zum Praktikum der Berufsfelderkundung (BFE) vor.

#### I. Vorstellung verschiedener Konzepte zur Durchführung des BFE

*Universität Greifswald:* Das BFE ist integriert in den mehrsemestrigen Lehrgang "community medicine", in dem die Studierenden neben der Gelegenheit zum Kennenlernen der Strukturen und Institutionen der gemeindenahen Gesundheitsversorgung die Möglichkeit zu ersten Kontakten mit Patienten in der Gemeinde erhalten.

*Universität Düsseldorf:* Das BFE hat die Aufgabe, durch die Vermittlung von Einblicken in die Versorgung häufiger Erkrankungen einer zu frühzeitigen Spezialisierung und dem Spezialisierungswunsch der Studierenden vorzubeugen sowie den Studierenden die Integration psychosozialer Aufgaben in das ärztliche Handeln vor Augen zu führen. Die Kritikfähigkeit der Studierenden soll geschärft werden, und sie sollen mit Problembereichen und Konfliktsituationen konfrontiert werden. So wird beispielsweise anhand des Besuches in einem Hospiz die Thematik "Tod, Sterben und Trauer" erörtert.

*Universität Leipzig:* Das BFE soll den Studierenden die Möglichkeit bieten, diejenigen Berufsfelder kennenzulernen, mit denen sie im Studium nicht automatisch Bekanntschaft schließen werden. Im Mittelpunkt steht die Vorstellung ärztlicher Fach- und Tätigkeitsgebiete.

*Universität Ulm:* Das BFE stellt neben einem Überblick über die ärztlichen Berufsfelder außerhalb des Universitätsbetriebes im Plenum insbesondere "kleine" bzw. "exotische" Fächer vor (s.a. Referat Kahlke / Kautenburger).

Von Herrn cand. med. G. Liffers aus Ulm wurde der Anspruch artikuliert, daß das BFE die Studierenden auch auf die psychischen Belastungen des Arztberufes vorbereiten müsse, was noch nicht immer gewährleistet sei. Der Medizindidaktiker äußerte den Anspruch, daß das BFE die Spannweite der Medizin erfahrbar machen müsse. Von dem am Hausbesuchsprogramm und dem BFE teilnehmenden niedergelassenen Arzt wurde das Ziel genannt, die Studierenden den "Kranken, eingebettet in ein psychosoziales Geflecht" sehen zu lehren.

An allen vorgestellten Universitäten erweisen sich folgende Punkte als problematisch:

- Niedergelassene Ärzte sind schwer zur Teilnahme am Praktikum zu motivieren.
- Die Ausbildungsqualität der Kooperationspartner ist sicherzustellen (z.B. durch das Modell der Lehrpraxis).

## II. Unterschiede im grundsätzlichen Verständnis der Aufgaben des BFE

Es entspannt sich eine kontroverse Diskussion darüber, inwieweit das BFE neben Einblicken in ärztliche Fachbereiche die Studierenden auf die Aufgaben psychosozialer Betreuung vorzubereiten habe. Ein Standpunkt war, daß es angesichts der ständigen raschen Vermehrung des naturwissenschaftlichen und technischen Wissens zu einer Spezialisierung kommen müsse, wonach dem Spezialisten für naturwissenschaftliche Medizin der Spezialist für psychosoziale Betreuung zur Seite gestellt werden müsse. Diese Vorstellung wurde von anderer Seite dahingehend kritisiert, daß es nicht Aufgabe des BFE sei, medizinische Fähigkeiten zu vermitteln, sondern Beobachtungs- und Empathiefähigkeit zu schärfen - insbesondere dadurch, daß der Patient eingebettet in sein häusliches Umfeld erlebt wird. Daneben habe das BFE einen Beitrag zur ärztlichen Sozialisation dadurch zu leisten, daß den Studierenden Gelegenheit zum Finden ihrer individuellen "Berufung" gegeben wird, aber auch dadurch, daß sie in der Konfrontation mit belastenden Aspekten und Problemen die Grenzen der eigenen Belastbarkeit erfahren.

## III. Definition der Aufgaben des BFE

Nach längerer Diskussion einigte sich die Arbeitsgruppe 2 auf folgende Definition:

*"Aufgabe des Praktikums der Berufsfelderkundung ist die Vermittlung des Erlebens von Gesundheit und Krankheit auf den verschiedenen Ebenen unseres Gesundheitswesens aus der Sicht von Arzt und Patient."*

## IV. Bausteine des BFE

Von Mitgliedern der Arbeitsgruppe 2 wurden als wesentliche, wenngleich nicht ausschließliche Bausteine des BFE genannt:

- Einführung in community medicine
- Arzt-Patient-Kommunikation im Rollenspiel
- Hausbesuchsprogramme
- Ethik-Seminare

Diese Bausteine sollen nach Ansicht aller Mitglieder der Arbeitsgruppe nicht verpflichtend vorgeschrieben werden. Die Studierenden sollen vielmehr die Gelegenheit erhalten, aus einer Angebotspalette eine individuelle Auswahl entsprechend den eigenen Neigungen zu treffen und den Besuch / die Teilnahme mittels eines Creditsystems zu dokumentieren.

## V. Beantwortung der Fragen aus Tab 1:

- Wann? Im ersten oder vierten Semester?  
Das BFE soll im ersten/zweiten Fachsemester durchgeführt werden, unbedingt vor den großen strukturierten Kursen der Anatomie, Physiologie und Biochemie.
- Direkte Patientenkontakte oder Simulationen?

Sowohl direkter als auch simulierter Patientenkontakt ist sinnvoll; der Kontakt zu realen Patienten ist nach Meinung der Mitglieder der Arbeitsgruppe obligat.

- Einbeziehung von Institutionen außerhalb der Universität?

Ja, empfehlenswert sind Lehrpraxen und andere Institutionen der Community Medicine wie z.B. Alten- und Behindertenheime, Gesundheits- und Sozialämter.

- Wer? Delegation an Kliniker oder Theoretiker?

Die Veranstaltung kann sowohl von Klinikern als auch von Theoretikern durchgeführt werden; unter den Theoretikern eignen sich wegen inhaltlicher Verwandtschaften am ehesten die Medizinsoziologen.

- Woher kommen die Gruppenleiter und wer leitet sie an?

Die Frage ist nach Ansicht der Arbeitsgruppe zu grundsätzlich gestellt, um in allen Details beantwortet werden zu können.

Zur Durchführung des Hausbesuchsprogramms: Geeignete Gruppenleiter sind Inhaber von Lehrpraxen; eine von der Arbeitsgruppe dringend empfohlene Vergütung könnte entsprechend dem "Modell Nordrhein-Westfalen" bei sinkenden Jahrgangszahlen aus dem Budget für die Lehre an Akademischen Landeskrankenhäusern erfolgen.

Zur Qualifizierung der Gruppenleiter: empfohlen wird ein teacher's training, etwa entsprechend dem nordrhein-westfälischen Konzept ("lehren lernen"); das erfolgreiche Absolvieren eines solchen Trainings qualifiziert den niedergelassenen Arzt zum Lehrpraktiker; analog kann dies auch für universitäre Dozenten erfolgen.

- Inhaltliche und didaktische Verbindung zu anderen Veranstaltungen der ersten beiden Studienjahre

Die Arbeitsgruppe sieht inhaltliche Überlappungen zwischen BFE und der Einführung in die Klinische Medizin; zu didaktischen Verbindungen wurden keine Aussagen gemacht. Eine organisatorische Integration beider Veranstaltungen wird zurückhaltend beurteilt.

- Erfolgskontrolle? Falls ja, wie?

Die Durchführung einer Erfolgskontrolle ist denkbar unmittelbar am Ende der Einzelveranstaltung bzw. zu Beginn der Folgeveranstaltung, sofern die Kontinuität des Betreuers gegeben ist. Inhaltlich ist keine Standardisierung einer solchen Kontrolle möglich. Zu den einzelnen Evaluationsformen macht die Arbeitsgruppe folgende Anmerkungen:

- Prozeßevaluation: letztlich kann nur die Akzeptanz der Einzelveranstaltung bzw. des Dozenten valide geprüft werden.

- Ergebnisevaluation: muß unter den bestehenden Verhältnissen abgelehnt werden. Prinzipiell sind Leistungskontrollen z.B. in Form von Hausarbeiten zu Einzelexkursionen, Kurztestaten denkbar.

## Arbeitsgruppe 3: Vermittlung ethischer Aspekte in frühen Phasen des Medizinstudiums

Baitsch (Tutor), Bandilla, Bohnert,

Das Protokoll dieser Arbeitsgruppe wurde von Fr. Dr. biol. hum. G. Sponholz aus Ulm präsentiert.

Die moderne Medizin beinhaltet viele und generiert ständig neue Konflikte, denen sich der Arzt stellen muß. Er muß diese Konflikte erkennen können und in der Lage sein, im Diskurs Lösungsstrategien zu entwickeln. Der Erwerb dieser Kompetenz ist nach Ansicht der Teilnehmer der Arbeitsgruppe 3 so essentiell, daß er nicht nur in das Studium, sondern auch in die Fort- und Weiterbildung integriert werden muß.

### I. Wann?

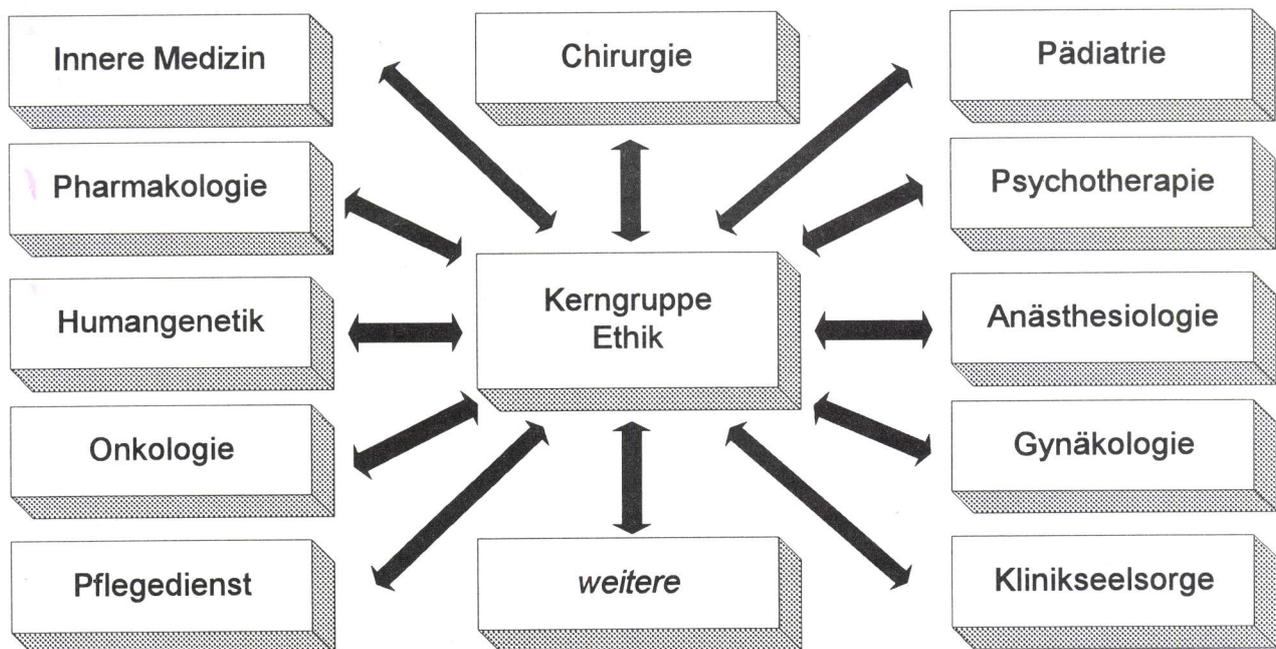
Problembewußtsein und Motivation sind bei der Mehrzahl der Studienanfänger erfahrungsgemäß noch deutli-

diams abgeschlossen, sie sind vielmehr als ein offenes "work in progress" zu verstehen. Es ist also anzustreben, daß Lehrveranstaltungen zur Ethik in der Medizin während der gesamten Studiendauer angeboten werden und darüber hinaus in die Fort- und Weiterbildung integriert werden.

### II. Für wen anzubieten?

Die Frage, ob Lehrveranstaltungen zur Ethik in der Medizin für alle Studierenden verpflichtend sein müßten, wurde in der Arbeitsgruppe kontrovers diskutiert. Einigkeit bestand darin, daß zumindest eine Form von Wahlpflicht bestehen sollte. Die Formulierung, daß "jeder Studierende die Chance haben muß, zumindest einmal im Studium an einer solchen Lehrveranstaltung teilzunehmen" fand allgemeine Zustimmung. Diese Forderung impliziert, daß die Fakultäten entsprechende institutionelle (materielle, personelle und zeitli-

Abbildung 1 Das Netzwerkmodell der Ulmer Arbeitsgruppe Medizinethik



cher ausgeprägt als bei Studierenden in höheren Semestern. Das frühe Befassen mit ethischen Aspekten könnte einer "déformation professionnelle" (d.h. Gleichgültigkeit, Zynismus) vorbeugen. Nach Auffassung der Arbeitsgruppe sollten die Studierenden schon in den ersten Semestern mit dem Erwerb o. g. Kompetenzen beginnen.

Die Kompetenzen, die für einen sachgemäßen Umgang mit ethisch relevanten Konflikten erforderlich sind, werden nicht ein für alle mal in einem einmaligen Lernprozeß erworben; sie müssen vielmehr ständig neu eingeübt werden unter Berücksichtigung der jeweils neu gewonnenen Erfahrungen bei der Lösung konkreter "Fälle". Die Ausbildung und die Lernprozesse sind somit nicht in einer bestimmten Phase des Medizinstu-

die/curriculare) Voraussetzungen schaffen müssen.

### III. Welche Lehrmethoden und -formen?

Als Lehrmethode der Wahl wurden fallorientierte Kleingruppentutorien angesehen. Vorlesungen und Seminaren mit großer Teilnehmerzahl und "frontaler Präsentation" der Lerninhalte wird geringe Effizienz zugeschrieben. Wichtig erscheint die aktive Einbeziehung der Studierenden, wobei alle Formen der lebendigen Unterrichtsgestaltung (Rollenspiele, Patienteninterview, Simulation, referierende Gastärzte, usw.) prinzipiell in Frage kommen. Teilnahme an Ethik-Kommissionen, Balintgruppen, Arbeit in Behinderten-einrichtungen unter interner oder externer Supervision könnten dann Gelegenheit bieten, die erlernten Kompetenzen aktiv einzuüben. In der Arbeitsgruppe wurde

auch über "Ethik in der Lehre" gesprochen. In der Kleingruppe muß ein herrschaftsfreier Diskurs möglich sein; einzuüben ist der Respekt vor der Autonomie und der Meinung aller Beteiligten. Eine angstfreie Atmosphäre sichert eine hohe Effizienz des Lernens.

#### IV. Prüfung?

Die Arbeitsgruppe war sich darin einig, daß es keine Prüfung im Sinne einer Bestehensprüfung in "Ethik" geben darf. Das Lernziel, nämlich das Kennenlernen und Einüben von o. g. Kompetenzen ist nur schwer operationalisierbar. Zudem existieren derzeit keine praktikablen Testverfahren, die den Erwerb dieser Kompetenzen mit vertretbarem Aufwand zuverlässig prüfen. Es ist zudem davon auszugehen, daß z. B. die Lehrform der fallorientierten Kleingruppenarbeit, besonders bei kontinuierlicher (d. h. über das gesamte Studium hinweg geführter) Anwendung eine formale Prüfung entbehrlich macht. Der oft durch Prüfungen präzipitierte Leistungsdruck bei den Studierenden könnte vielmehr das Gelingen der Lehrveranstaltung gefährden.

#### V. Lernziele?

Als Lernziele wurden die in Tab. 3 angeführten Grob- und Feinziele der Ulmer Seminare zur Medizinethik bestätigt. Diese sollen für mehrere Zielgruppen gelten, denn nicht nur die Studierenden, sondern auch die aus der Klinik kommenden Referenten haben durch ihre Teilnahme an diesen Lehrveranstaltungen die Möglichkeit, sich in diesem bisher weitgehend vernachlässigten Bereich aus- und weiterzubilden.

#### VI. Ausblick

Anzustreben ist die Ausbildung eines Netzwerks kompetenter Lehrender und Lernender in allen Fachbereichen. Ethik ist also nicht Lehraufgabe eines einzelnen hierfür spezialisierten Fachvertreters; die für diesen Bereich erforderlichen Kompetenzen und Haltungen sollten vielmehr Allgemeingut werden. Das Netzwerkmodell der Ulmer Arbeitsgruppe zeigt die Abbildung 1.

Die Arbeitsgruppe sieht eine Möglichkeit der Einbindung einer Ethik-Lehrveranstaltung ins Kerncurriculum im Rahmen des Praktikums zur Einführung in die Klinische Medizin. Hier wird eine sinnvolle Position im Sinne einer Wahlpflichtveranstaltung gesehen.

**Arbeitsgruppe 4:**  
**Evaluation des Lernerfolges -**  
**methodische und inhaltliche Gesichtspunkte**  
Franssen, Holder, Kautenburger (Tutorin),  
Kersken-Nülens, Koolmann, Moeller,  
Ritter, Schiebe, Straube (Protokoll)

Vortragender aus dieser Arbeitsgruppe war Prof. Dr. E. Straube aus Jena.

Im Mittelpunkt der Diskussion stand die Evaluation des Lernerfolgs in den Praktika Berufsfelderkundung, Einführung in die Klinische Medizin sowie Ethik in der

Medizin (Arbeitsgruppen 1-3). Da es sich hierbei nicht um Veranstaltungen handelt, deren Lehrgegenstände in der ÄAppO oder den Stoffkatalogen vorgegeben sind, richtet sich die Evaluation des Lehrerfolgs nach den individuell festgelegten Lernzielen einer jeden Fakultät. Ein Vergleich zeigte jedoch, daß an allen in der AG vertretenen Fakultäten bei diesen Veranstaltungen affektive Lernziele im Vordergrund standen: die Vermittlung von Eindrücken, Übersichten und Einstellungen, Motivation der Studenten für das weitere Studium. Dies ist begrüßenswert, da gerade durch die überwiegende Vermittlung naturwissenschaftlicher Grundlagen in den ersten Semestern die Studenten für medizinische Übersichtsdarstellungen besonders dankbar und zugänglich sind.

Es bestand daher in der Gruppe Einigkeit darüber, daß für die Kurse Berufsfelderkundung, Einführung in die Klinische Medizin sowie Ethik in der Medizin aus didaktischen Überlegungen zur Lernerfolgskontrolle multiple-choice-Fragen nicht vertretbar sind und daß traditionelle mündliche Prüfungsgespräche (Abfragen von Faktenwissen) ebenfalls weitgehend an der Operationalisierung affektiver Lernziele vorbeigehen. Nach Abwägung aller didaktischen Aspekte und aller Ressourcen (Zeitfaktor, zur Verfügung stehende Prüfer) wurde daher der Vorschlag gemacht, diese drei Kurse in ein Credit-System einzuordnen. Dieses Credit-System sollte neben den genannten Veranstaltungen weitere Kurse berücksichtigen, z. B. zu den Themen

- Ökonomie in der Medizin,
- Informatik in der Medizin
- soziologische Aspekte
- Community-Medicine

u.a. Das Credit-System könnte die Teilnahme an einer Mindestzahl solcher Kurse vorschreiben, eventuell mit unterschiedlicher Wertigkeit.

Es würde sich dadurch das Prüfungssystem im Medizinstudium um einen interessanten Bereich erweitern, wodurch die Forderung nach der Einführung von Wahlpflichtfächern erfüllt wäre.

**Tabelle 5:** Vorschlag für die Gestaltung des Medizinischen Examens im Ersten Studienabschnitt nach neuer AppO:

<p><b>1. Komponente (Gewichtung 25%)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• multiple-choice-Prüfung Auswertung: zentral oder dezentral</li> </ul> <p><b>2. Komponente (Gewichtung 30%)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• interdisziplinäres Fachgespräch</li> </ul> <p><b>3. Komponente (Gewichtung 25%)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• zwei Fallstudien</li> </ul> <p><b>4. Komponente (Gewichtung 20%)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Credit-System Praktikum der Berufsfelderkundung Praktikum Einführung in die Klin. Medizin Ethik-Seminare weitere Veranstaltungen</li> </ul>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------