

» Vom Siechtum des Homo paedagogicus medicinalis

Die Studienreform ist tot, es lebe die Studienreform (Eitel 1993)

F. Eitel

Chirurgische Klinik und Poliklinik, LMU München
(Direktor: Prof. Dr. med. W. Mutschler)

Einleitung

Hochschulmediziner betreiben täglich Diagnostik und Therapie oder wenden wissenschaftliche Arbeitsmethoden an. Diese Professionalität könnte als Grundlage dafür dienen, sich auch mit Problemen der medizinischen Ausbildung effizient und rational auseinanderzusetzen. Tatsächlich wird hierzulande stillschweigend angenommen, dass wissenschaftliche Qualifikation auch zur Lehre befähigt. Dementsprechend wird die *Venia legendi* ohne formale Ausbildung in der Lehre erteilt. Das hat in der Regel zur Folge, dass die meisten deutschen Hochschulmediziner in der didaktischen Tradition lehren, mit der sie erzogen wurden, z. B. überwiegend Frontalunterricht halten anstatt Studierende vorwiegend an praktische Übungen heran zu führen (vgl. Eitel u. Steiner 1999 a). Wenn deutsche Hochschulmediziner ihre Lehrqualifikation weiterentwickeln wollen, dann bleibt ihnen nur Autodidaktik als Rüstzeug.

Anders ist die Situation im angloamerikanischen Sprachraum,

- wo zahlreiche Ausbildungsprogramme für medical education angeboten werden, die mit dem Master Degree abgeschlossen werden,
- wo internationale Jahreskongresse der Association of American Medical Colleges (AAMC, vergleichbar unserem Medizinischen Fakultätentag) stattfinden, welche ein vielfältiges Weiterbildungsprogramm in Sachen Medizinlehre (Faculty Development) bieten.
- wo mehrere MedLine gelistete Zeitschriften Fragen der Lehre behandeln. Die AAMC gibt die hervorragende Zeitschrift „Academic Medicine“ heraus. Gleiches gilt für das Organ der World Federation for Medical Education (WFME) „Medical Education“ und das Organ der Association for Medical Education in Europe (AMEE) „Medical Teacher“;
- wo eine Vielzahl unterschiedlicher Lehr-, Lern- und Evaluationsmethoden nebeneinander in praxi angewandt werden und Berufsfähigkeit ein dezidiertes Ausbildungsziel ist (vgl. hierzu etwa Rippey 1981, AAMC GPEP-Report 1985, WHO 1991, Walton 1993).

Die pauschale Diagnose, deutsche Hochschulmediziner gestalten Lehre nicht so professionell wie etwa ihre niederländi-

schen, schwedischen, englischen oder amerikanischen Kollegen, kränkt sicher einzelne engagierte Dozentinnen und Dozenten, aber es finden sich für die Gesamtpopulation – also auf der nächst höheren Aggregationsebene (Medizinfakultäten) – eben empirische Befunde, welche dieses Urteil stützen (Bargel et al. 1994, Minks et al. 1994, Eitel 1997). Die zweifelsfrei bestehenden Unterschiede in der Unterrichtsdurchführung, lokale und individuelle Reforminitiativen (Eitel 1994), werden bei dieser globaleren Betrachtungsweise herausgemittelt, weil sie dann eben quantitativ nicht ins Gewicht fallen. In Deutschland fehlt einfach die kritische Masse an Studienreformern (Eitel 1995), die den Unterschied machen würde.

Im angloamerikanischen Sprachraum werden Entscheidungen in Planung und Organisation der Lehre an den führenden Universitäten im Allgemeinen wissenschaftsbasiert und interessiert, nicht aber meinungsbasiert und gezwungenermaßen wie hierzulande getroffen. Im Zusammenhang mit der erwähnten Wissensbasierung von Entscheidungen in der Lehrorganisation sei die Gründung der Campbell Collaboration im Februar 2000 in Philadelphia erwähnt, bei der die Gesellschaft für Medizinische Ausbildung als leider einzige deutschsprachige Institution vertreten war. Hier geht es um die Evidenz-basierte Entwicklung der Lehre vergleichbar der Cochrane Collaboration im klinischen Bereich, aus der die Campbell Collaboration hervorgegangen ist. Diese Kollaborationen erarbeiten wissenschaftlich gesicherte Informationen, stellen beispielsweise randomisierte Studien oder Meta-Analysen zusammen, so dass für Entscheidungen bei klinischen oder nun auch bei Problemen der Lehre gesicherte, zuverlässige, gültige und brauchbare Informationen als Entscheidungsgrundlage zur Verfügung stehen (Davies 2000).

Erwähnenswert in diesem Zusammenhang ist auch das Projekt „Best Evidence Medical Education“ (BEME, Harden et al 1999), das eng mit der Campbell Collaboration zusammenarbeitet. BEME favorisiert *quantitative* Ausbildungsforschung (Hart 1999) und sucht den Grad der empirischen Überprüfung der Lehre festzustellen und zu verbessern. Verfahrensschritte bei BEME sind:

1. Kritische Literaturbewertung (Critical Appraisal) und Klassifikation von Studien nach Art und Ausmaß der empirischen Überprüfung (Studiendesign),
2. Feststellung von Forschungsbedarf aufgrund der Ergebnisse der Kritischen Literaturbewertung und Durchführung entsprechender Studien mit dem Ziel, Entscheidungen in der

Unterrichtsorganisation auf empirisch gewonnene Daten zu gründen.

Im Gegensatz zum angloamerikanischen Sprachraum und anderen europäischen Staaten gibt es in Deutschland auch keine quantitativ mit dem Ausland vergleichbare, von Medizinfakultäten getragene Ausbildungs- oder Evaluationsforschung. Die Entwicklung einer Evaluationskultur der Fakultäten als Nährboden für qualitätsgesicherte Unterrichtsgestaltung ist rudimentär (Eitel 1995).

Unterschiedlich beurteilt wird die Rolle der Fakultäten (Uexküll 1993, Eitel 1995, Schaefer 1998) und somit des Medizinischen Fakultätentages im Reformprozess (Gesellschaft für Medizinische Ausbildung 1996).

Wenden wir nun den diagnostischen Blick auf die transfakultäre Aggregationsebene, so finden sich sporadische Äußerungen medizinischer Fachgesellschaften zu Ausbildungsproblemen und von deren Dachorganisation AWMF sowie von Ärztekammern und Ärztetagen, die auch nichts zur Genesung des Homo paedagogicus medicinalis beitrugen. Der Murrhardter Kreis (1995) ist aufgelöst. Die Empfehlungen und Leitlinien des Wissenschaftsrates von 1988 und 1992 sind nicht umgesetzt worden.

Die höchste Aggregationsebene in unserer Betrachtung sind Bund und Länder, die „Politik“. Obgleich der BMG seit 1989 eine Sachverständigenkommission zur Reform der medizinischen Ausbildung finanzierte, wurde keiner von den dort erarbeiteten Entwürfen umgesetzt und verordnet. Die Bundesratsdrucksache 1040/97 vom 19.12.1997, welche als Kompromissentwurf einer Approbationsordnung für die Neuordnung des Medizinstudiums gesehen wird, liegt auf Eis, weil sich Bund und Länder gegenseitig blockierten, und wegen des Regierungswechsels im Herbst 1998. Statt dessen verabschiedete die neue Bundesregierung die 8. Novelle ÄAppO, welche die Experimentierklausel für die Einrichtung von Modellstudiengängen enthält und sonst nichts für die Studienreform Relevantes.

Es sind seit 1970 acht Novellierungen der ÄAppO zu verzeichnen, die Bundesratsbeschlüsse zur Neuordnung des Medizinstudiums (Bundesratsdrucksache 372/86 und 632/89) sind bis heute nicht umgesetzt. Im Gesundheitsausschuss des Bundestages wurde 1986 zu Protokoll gegeben, dass aufgrund der defizitären Ausbildungssituation die Approbation in der Regel zu Unrecht erteilt würde.

Fazit: Die Lehre an deutschen Medizinfakultäten siecht dahin.

Studienreform ist offensichtlich Sisyphusarbeit. Angesichts der Vergeblichkeit deutscher Reformen ist es erstaunlich, dass hier *Studienreform trotzdem und immer noch lebt* (Eitel 1993, 1995).

Dies zeigt sich auf der untersten Aggregationsebene, der Arbeitsebene der Institute und Kliniken (Pabst 1990, vgl. Habeck et al. 1993 und Koebke et al. 1996), und auch, wenn man die in dieser Zeitschrift publizierten Artikel einmal Revue passieren lässt.

Demnach wurde und wird auf der Arbeitsebene, individuell und lokal, an der Verbesserung der Lehre gearbeitet (Habeck et al. 1993, Murrhardter Kreis 1995, Koebke et al. 1996, Eitel et al. 1999 b).

Auf fakultärer Aggregationsebene gibt es hierzulande derzeit vier *institutionalisierte* und *systematisch* arbeitende Reforminitiativen: den Berliner Modellstudiengang (vgl. Haller et al. 1996), das Münchener Modell (die Munich Harvard Medical Education Alliance, Putz et al. 1999), das Tübinger Modell-Curriculum (vgl. Heinrich et al. 1996) und den Studiengang der Medizinfakultät Witten-Herdecke (vgl. Bornhöft et al. 1997). Die Evaluationen des Münchener Modells (Putz et al. 1999), des Tübinger Projektes und des am längsten laufenden Studienganges in Witten-Herdecke (Bornhöft et al. 1997) sind positiv, der Berliner Modellstudiengang ist gerade angelaufen.

Mehr und mehr richten Fakultäten Studiendekanate ein und kommen damit einer organisatorischen *Conditio sine qua non* für Studienreform nach (Netzwerk 1993), wobei allerdings das Spektrum der Ressourcen-Allokationen Organisationszustände hervorbringt, die vom ehrenamtlichen Einmannbetrieb bis zur etatisierten Einrichtung eines Studiendekanates reichen. Derzeit sind die Zuweisungsbeträge für Forschung und Lehre nicht getrennt, somit ist eine betriebliche Kostenrechnung für die Lehre unmöglich. Das moderne Managementprinzip des „Controlling“, zu dem Kostenrechnung gehört, ist aber heutzutage anerkannter Organisationsstandard. Will man also Lehre professionalisieren, kommt man um ein Lehr-Controlling, Qualitätsmanagement der Lehre, nicht herum (vgl. Netzwerk 1993, Eitel et al. 1998).

Auf der transfakultären Aggregationsebene gibt es eine systematisch arbeitende Reforminitiative, die Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA), welche in verschiedenen Arbeitsgemeinschaften Probleme der Lehre behandelt (Arbeitsgemeinschaft Medizinische Studienreform der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung 1999).

Weiterhin gibt die GMA diese Zeitschrift heraus mit dem Ziel,

- ein Diskussionsforum zur Verfügung zu stellen,
- Habilitanden zu ermöglichen, durch Peer Review qualitätsgesicherte Arbeiten über Lehre zu publizieren,
- und damit die Qualitätssicherung der Lehre zu unterstützen.

Die GMA unterstützt jährliche Tagungen „Qualität der Lehre“ (vgl. z.B. Koebke et al. 1996), welche sich mit dem Qualitätsmanagement der Lehre befassen (vgl. Eitel et al. 1998), und unterstützt konsultativ die österreichische Studienreform, als deren Protagonisten die Professoren M. Lischka und R. März (Wien), J. Striessnig (Innsbruck) und J. Stein (Graz) zu nennen sind.

Neue Formen des Wissensmanagements (Evidenz-basiertes Lernen, Eitel 1998 a, Eitel et al. 1999) werden entwickelt. Hierbei spielen die Neuen Medien eine richtunggebende Rolle (Eitel 1998 b, Hoffmann 2000)

Abschließend nun in unserer Betrachtung der Kurationsansätze und -möglichkeiten des geschilderten Siechtums zur höchsten Aggregationsebene (Politik und Gesellschaft):

Die Politik scheint auf Landesebene die Aktivitäten der Fakultäten in Sachen Studienreform dem Zug der Zeit unterwerfen zu wollen. Sie baut offenbar auf die Macht der Ökonomie, indem sie an sogenannten Kostennormwerten (vgl. Arbeitsgemeinschaft Medizinische Studienreform der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung 1999) für die Lehre bastelt, deren Umsetzung in die Lehrpraxis einer Deckelung wie im Gesundheitswesen gleichkäme. Ob mit einer Einführung des Kostennormwertes der Curricularnormwert bzw. die unselige Kapazitätsverordnung (KapVO) in ihren qualitätsschädlichen Auswirkungen kuriert würden, mag bezweifelt werden.

Die Politik auf Bundesebene glaubt, mit der 8. Novelle innerhalb der Fakultäten eine Wettbewerbssituation zwischen traditionellen und reformierenden Studiengängen schaffen zu können (Schuster 1998), die zugunsten der Reformprojekte ausginge, da die ja per se besser seien, womit dann Studienreform verwirklicht wäre. Ob das tatsächlich funktionieren wird, ist derzeit schwer zu beurteilen, weil Qualität und Professionalität der laufenden Studienreformansätze (beispielsweise in Form eines den Standards entsprechenden Evaluationssystems) kaum abzuschätzen sind und insbesondere weil die Ressourcen-Allokation speziell für Lehre nicht geregelt ist. Ohne Finantitel keine Organisationsmittel für Studienreform. Ohne Organisation keine Qualitätsverbesserung. Ein Money-for-value-Prinzip der Hochschulpolitik kann nur mit vorhandenem und verfügbarem Budget funktionieren.

Fazit

Auf allen Aggregationsebenen der deutschen medizinischen Ausbildung bestehen neben schweren Defiziten erkennbar einige, wenn auch zu wenige Initiativen zur Qualitätsverbesserung der Lehre.

Veröffentlichte Zielplanungen für die Lehre seitens der höheren Aggregationsebenen und eine vertikale Integration der Reforminitiativen fehlt. Ohne Qualitätsmanagement der Lehre, ein „Lehr-Controlling“ wie oben angerissen, wird die momentan in Gang kommende Studienreform absehbar wieder nichts werden.

Horizontal gesehen herrscht derzeit innerhalb der einzelnen Aggregationsebenen der Studienorganisation prozedurale Diskretion vor: Kooperation oder gar „Coopetition“ (cooperation + competition among „learning organisations“ = moderierter Wettbewerb zwischen wandlungsfähigen Institutionen bzw. Initiativen) sind kein Thema unter Studienreformern.

Wir sollten folglich versuchen, mehr als bisher unsere Lehre und insbesondere deren Reform *kooperativ* zu reflektieren und zu organisieren.

Die hierzulande libidinöse Besetzung der Lehre fordert offenbar insofern ihren Tribut, als mancherorts entweder das Rad der Studienreform neu erfunden wird oder Restauration vorherrscht, ganz im Gegensatz zu Europa und der Welt, wo rational Standards der Lehre entwickelt, eingeführt und evaluiert sind und werden (vgl. Karle 1999).

Literatur

- Association of American Medical Colleges (AAMC). Emerging Perspectives in the General Professional Education of the Physician: Problems, Priorities and Prospects (GPEP-Report). Washington DC: 1985
- Arbeitsgemeinschaft Medizinische Studienreform der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung. Vorlage eines Entwurfes zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte. Heidelberg: Typoskript; 1999
- Bargel T, Ramm M. Das Studium der Medizin. Schriftenreihe Studien zur Bildung und Wissenschaft 1994; 111: 148
- Bornhöft G, Gross-Rollinger C, Peters K, Rützler M. Problemorientiertes Lernen (POL) im Grundstudium der Humanmedizin an der Universität Witten/Herdecke. Zeitschrift für Hochschuldidaktik 19; 21: 97 – 118
- Davies P. Approaches to evidence-based teaching. Medical Teacher 2000; 22: 14 – 21
- Eitel F. Die Studienreform ist tot, es lebe die Studienreform. Med Ausbild 1993; 10, 2: 114 – 122
- Eitel F. Wege zur Reform der Unterrichtsorganisation. Med Ausbild 1994; 11, 2: 122 – 137
- Eitel F. Neuere Entwicklungen in den Fakultäten zur Verbesserung der Lehrqualität. Med Ausbild 1995; 12, 2: 70 – 75
- Eitel F. Medizinische Ausbildung in der Krise. Langenbecks Arch Chir 1997; Suppl II: 675 – 678
- Eitel F. Evidenz-basiertes Lernen. Med Ausbild 1998a; 15: 101 – 112
- Eitel F. Der Stellenwert Neuer Medien in der Aus- und Weiterbildung. Visceralchirurgie 1998b; 33: 139 – 145
- Eitel F, Steiner S, Tesche A. Quality management: making the transition to medical education. Medical Teacher 1998; 20: 445 – 450
- Eitel F, Steiner S. Evidence-based learning. Medical Teacher 1999a; 21: 506 – 512
- Eitel F, Kanz K-G, Lackner C, Wolf K, Schweiberer L. Das Münchner curriculare Innovationsprojekt (M-CIP) – eine Fallbeschreibung. Med Ausbild 1999b; 16: 21 – 29
- Gesellschaft für Medizinische Ausbildung. Memorandum zur Neuregelung des Medizinstudiums in Deutschland. Med Ausbild 1996; 13: 66 – 75
- Habeck D, Schagen U, Wagner G (Hrsg). Reform der Ärzteausbildung. Berlin: Blackwell; 1993
- Haller R, Burger W, Scheffner D. Curriculare Entwicklung einer Studienreform in der Humanmedizin am Beispiel „Reformstudiengang Medizin“ des Klinikums Rudolf Virchow der FU Berlin. In: Koebke J, Neugebauer E, Lefering R: Die Qualität der Lehre in der Medizin. München: Urban & Schwarzenberg; 1996: 88 – 96
- Harden RM, Grant J, Buckley G, Hart IR. BEME guide No. 1: Best Evidence Medical Education. Medical Teacher 1999; 21: 553 – 562
- Hart I. Best Evidence Medical Education (BEME). Medical Teacher 1999; 21: 453 – 454
- Heinrich V, Hublow T, Marckmann G, Maschmann J, In der Schmitzen J, Thimm E. Studienreform im Rahmen der 8. Novelle ÄAppO: ein Modellcurriculum. In: Koepke J, Neugebauer E, Lefering R: Die Qualität der Lehre in der Medizin. München: Urban & Schwarzenberg; 1996: 109 – 116
- Hoffmann K. Learntec 2000: Wissen ist Macht – doch Information ist nicht Wissen. Conference & Incentive Management 2000; 2: 52 – 55
- Karle H. Defining International Standards in Medical Education – A WFME Project. Med Ausbild 1999; 16: 1 – 2
- Koebke J, Neugebauer E, Lefering R. Die Qualität der Lehre in der Medizin. München: Urban & Schwarzenberg; 1996
- Minks K-H, Bathke GW. Absolventenreport Medizin. Bildung-Wissenschaft-Aktuell 09. Bonn: Eigenverlag BMBW; 1994
- Murrhardter Kreis. Das Arztbild der Zukunft. Analysen künftiger Anforderungen an den Arzt – Konsequenzen für die Ausbildung und Wege zu ihrer Reform. Robert-Bosch-Stiftung, Beiträge zur

- Gesundheitsökonomie 26. 3. vollständig überarb. Auflage. Geringen: Bleicher Verlag; 1995
- Netzwerk. Positionspapier zur Reform der Medizinischen Ausbildung. Med Ausbild 1993; 10: 123–138
- Pabst R. Was wurde aus den Reformideen? Dt Ärztebl 1990; 37: B-1905–1909
- Putz R, Christ F, Mandl H, Bruckmoser S, Fischer M, Peter K, Moore G. Das Münchner Modell des Medizinstudiums (München-Harvard Educational Alliance). Med Ausbild 1999; 1: 30–37
- Rippey RM. The Evaluation of Teaching in Medical Schools. New York: Springer; 1981
- Schaefer H. Studienreform in der Deutschen Medizin 1953–1959. Med Ausbild 1998; 15: 47–50
- Schuster W. Die unendliche Geschichte: Die Reform der ärztlichen Ausbildung. Med Ausbild 1998; 15: 51–53
- v. Uexküll T. Von der Unabhängigkeit medizinischer Fakultäten zur Reform – Die Curriculum-Entwicklung in der BRD. Psychomed 1993; 5, 4: 254–258
- Walton HJ (ed). World Federation for Medical Education. Proceedings of the World Summit on Medical Education. Medical Education 1993; 28, Suppl 1: 140–149
- WHO. Changing Medical Education – An Agenda for Action. WHO/Educ/91.200. Geneva: Typoscript Eigenverlag; 1991
- Wissenschaftsrat. Empfehlungen zur Verbesserung der Ausbildungsqualität in der Medizin. Köln: Eigenverlag; 1998
- Wissenschaftsrat. Leitlinien zur Reform des Medizinstudiums. Köln: Eigenverlag; 1992

Prof. Dr. F. Eitel

Ludwig-Maximilians-Universität
Klinikum Innenstadt – Chirurgische Klinik und Poliklinik
Nußbaumstraße 20
80336 München

E-mail: eitel@lrz.uni-muenchen.de