

» Die Anfänge des Reformkonzepts der „Tübinger Curricula“ – Eine innovative Initiative in der medizinischen Ausbildung an der Medizinischen Fakultät Tübingen

Maria Lammerding-Köppel, P. Schweizer, H.-D. Wehner
Medizinische Fakultät der Eberhard-Karls-Universität Tübingen

Zusammenfassung: Vor fast drei Jahren begannen wir an der Medizinischen Fakultät Tübingen neue Unterrichtskonzepte zu erarbeiten und schrittweise umzusetzen. Sie umfassen neben interdisziplinären klinischen Seminaren mit vertikaler und horizontaler Verknüpfung im 1. klinischen Studienabschnitt („Tübinger Klinische Curricula“) auch forschungsorientierten Blockunterricht in kleinen Gruppen im 3. und 4. klinischen Ausbildungsjahr („Tübinger Curricula Klinische Forschung“); beide wurden mit den traditionellen Elementen der medizinischen Ausbildung kombiniert. Im 1. klinischen Ausbildungsjahr wurden die Klinischen Curricula als eine Folge von interdisziplinären klinischen Blockseminaren (5- bis 10-mal 2 Std.) etabliert, wobei sich jedes auf ein Organsystem oder einen Symptomenkomplex konzentriert. Die Seminare werden inhaltlich und zeitlich mit Kursen und Praktika synchronisiert. Nach einer Pilotphase von zwei Jahren wurden die Klinischen Curricula jetzt für alle Studenten des 1. klinischen Jahres an Stelle von vorbereitenden und vertiefenden Vorlesungen als Pflicht eingeführt. Im 2. und 3. klinischen Jahr wird die systematische Krankheitslehre vorwiegend in traditionellen Vorlesungen und intensiven Wochenpraktika (Bedside-teaching) vermittelt. Parallel dazu werden seit dem WS 1998/99 die forschungsorientierten Curricula Klinische Forschung für Studierende vom 2. klinischen Jahr aufwärts angeboten. In 1-wöchigen Blöcken lernen die Studierenden relevante Fragen und Perspektiven der klinischen Forschung exemplarisch in einem Wahlfach kennen und klinische Studien kritisch zu hinterfragen. Die Seminare (5-mal 2 Std.) werden begleitet durch praktische Demonstrationen im Labor. Die neuen Unterrichtskonzepte werden schrittweise, zielorientiert und durch regelmäßige Evaluationen begleitet in die Praxis umgesetzt.

The Reform Concept of the „Tübingen Curricula“ – An Innovative Initiative in Medical Education at the Medical Faculty Tübingen: Three years ago, the Faculty of Medicine in Tübingen started a new teaching concept, including interdisciplinary clinical seminars and science-orientated en bloc courses, combined to traditional elements of medical education. In the first year of the clinical study (5th and 6th semester), the Tübingen Clinical Curricula were established as sequences of interdisciplinary clinical seminars, each of which concentrate on a special organ system or symptom. The seminars are synchronous with practical courses like training of physical examination and the experiments of clinical chemistry. After a pilot phase of two years, the

clinical seminars are now established for all students of the first clinical year, mainly in place of the preparatory lectures. In the second and third clinical year, traditional elements of the medical education (systematic plenary lectures and intensive bedside-teaching en bloc) persist. In parallel, science-orientated seminars („Tübinger Curricula Clinical Sciences“) started in 1998/99. In one-week sessions, researchers and small groups of students from the second clinical year onwards discuss exemplary clinical problems of higher scientific interest; the seminars (5x 2 hours) are accompanied by practical demonstrations in the labs. In optional subjects, students learn about actual and relevant scientific techniques and methods and about clinical studies, as well, and train critical scientific thinking. The new concept of teaching is put into practice step by step, well directed and adjusted after evaluations.

Key words: Interdisciplinarity – Clinical research – Critical thinking – Group teaching

Einleitung

Seit vielen Jahren werden Änderungen in der medizinischen Ausbildung als unbedingt notwendig anerkannt und gefordert [1–3]. Der Ruf nach Reformen ist nicht allein durch neue pädagogische und didaktische Konzepte sowie durch kritische Vorstellungen und das Mitspracherecht der Studierenden begründet. Das medizinische Wissen, Untersuchungstechniken und Behandlungsmethoden entwickeln sich derart rasant weiter, dass ein großer Teil des Wissens der nächsten Jahrzehnte heute noch unbekannt ist und vieles von derzeit gültigem Wissen überholt sein wird. Auf so viel Bewegung und Umbruch müssen die angehenden Ärzte vorbereitet werden. Eine umfassende Wissensvermittlung kann ebenfalls nicht mehr geleistet werden. Exemplarisches Lernen und Lehren im Studium und selbständiges lebenslanges Lernen in der ärztlichen Tätigkeit sind daher unerlässlich; Kenntnisse und Fähigkeiten zur Lösung medizinischer Probleme müssen bereits während des Studiums vermittelt und eingeübt werden [4]. Über angemessene Änderungen in der medizinischen Ausbildung wird seit Jahren geredet. Konsequenz und Bewegung in den angestrebten Reformen lassen aber weiter auf sich warten [5]. Ebenso fehlt die Bestätigung und Unterstützung der Reformbemühungen durch den Gesetzgeber. In dieser Situation sind die Fakultäten gut beraten, sich der doch recht großen Spielräume in der derzeit gültigen ÄAppO zu bedienen und die Möglichkeiten zur Erprobung neuer Unterrichtskonzepte weitestgehend zu nutzen. Dies gilt umso mehr, solange es nicht um ein gene-

relles Über-Bord-Werfen der bisher praktizierten Unterrichtskonzepte geht, sondern eher um eine zeitgemäße und ausgewogene Anpassung der Lehr- und Lernformen an die geänderten Bedingungen.

Unter dieser Prämisse begannen wir an der Medizinischen Fakultät Tübingen vor nunmehr fast drei Jahren, innovative Unterrichtskonzepte zu erarbeiten und schrittweise umzusetzen. Die neuen Lehrinitiativen unter dem Namen der „Tübinger Curricula“ wurden bisher in verschiedenen Stadien der klinischen Ausbildung erprobt und eingebaut. Sie umfassen neben interdisziplinären klinischen Seminaren mit horizontaler und vertikaler Verknüpfung im ersten klinischen Studienabschnitt („Klinische Curricula“) auch forschungsorientierten Blockunterricht in kleinen Gruppen im zweiten klinischen Ausbildungsabschnitt („Curricula Klinische Forschung“). Die Tübinger Curricula lassen sich problemlos mit den traditionellen Elementen der medizinischen Ausbildung kombinieren. Im Folgenden wird das Konzept der Tübinger Curricula, ihre schrittweise Umsetzung in die Praxis und die damit verbundenen Probleme sowie der derzeitige Stand ihrer Realisierung (SS 1999) dargestellt und kritisch beleuchtet.

Das Konzept der Tübinger klinischen Curricula

Seit dem SS 1996 wurde für das 1. und 2. klinische Semester eine Folge von eigenständigen, klinischen Basis-„Curricula“ entworfen, in denen als Lehrgegenstand jeweils ein Organsystem oder ein häufiges Krankheitsbild/Symptom im Mittelpunkt steht [6]. Im 1. klinischen Semester werden Lunge, Herz, Niere, Leber, Verdauungstrakt und endokrine Organe in einem Block von jeweils zwei Wochen mit täglich zwei Stunden Seminarunterricht (20 Doppelstunden) besprochen. Darauf aufbauend beschäftigt sich das 2. klinische Semester in jeweils einwöchigen Unterrichtsblöcken (10 Doppelstunden) mit häufigen Krankheitsbildern bzw. Symptomenkomplexen, mit denen hierzulande ein niedergelassener Arzt oft konfrontiert wird (z. B. Diabetes mellitus, Hypertonus, Durchblutungsstörungen, häufige Störungen an der Haut, im Augen- oder HNO-Bereich etc.). Richtungweisend bei dieser Auswahl war eine orientierende Umfrage in Arztpraxen und bei Krankenkassen. Innerhalb von zwei Semestern werden alle Klinischen Curricula, die jeweils einen ähnlichen Aufbau haben, im Rotationsprinzip nacheinander durchlaufen.

Laut Approbationsordnung steht das Erlernen des „diagnostischen Instrumentariums“ im Mittelpunkt des ersten klinischen Jahres (5. und 6. Fachsemester). In Kursen und Praktika lernen die Studierenden die diagnostischen Methoden theoretisch und vor allem praktisch kennen. In den Klinischen Curricula, die vor allem an die Stelle von vorbereitenden und vertiefenden Vorlesungen treten, entwickeln sie dagegen an exemplarischen Krankheitsbildern und Fallberichten Verständnis für die Prinzipien der Funktion und Dysfunktion der Organe. Durch Anwenden des „diagnostischen Instrumentariums“ kommen sie dabei den Ursachen der Störungen auf die Spur – wie im Klinikalltag am Krankenbett. Ziel der Klinischen Curricula ist also, gemeinsam mit den praktischen Übungen eine fundierte Ausbildung in Basisfähigkeiten zu vermitteln und zu vertiefen; vor allem geht es um das Erlernen und Einüben des diagnostischen klinischen Denkens und um den Aufbau eines Grundgerüsts an Wissen. Darin kann in späteren Semestern das detaillierte, systematische Wissen der einzelnen

Fachrichtungen eingefügt und im Stellenwert leichter verstanden werden. Der Unterricht am Krankenbett in den höheren klinischen Semestern vermag auf dieser Grundlage wesentlich effizienter aufzubauen.

Diagnostisches Denken kann leichter erlernt werden durch ein verständnisvolles Führen in einem bevorzugt dialogischen Unterricht, indem neues Wissen aus bekanntem Wissen entwickelt wird. Die überschaubaren Seminargruppen erleichtern ein Unterrichtsgespräch; der Lehrende hat im Idealfall alle seine Studenten „im Auge“. Außerdem trainieren die Studierenden frühzeitig freies, strukturiertes Reden. Auf zeitlich begrenzten Frontalunterricht kann und soll allerdings aus zeitökonomischen Gründen nicht verzichtet werden.

Förderlich für das Einüben des diagnostischen, integrativen Denkens ist zweifelsohne ein exemplarisches Lernen („Weniger ist oft mehr!“). Eine enzyklopädiehafte Vollständigkeit des Wissens ist nicht gefragt; es werden vielmehr ausgewählte Krankheiten besprochen, die nach ihrer Häufigkeit oder ihrer exemplarischen Bedeutung für das Verständnis der pathophysiologischen Zusammenhänge ausgewählt werden. Denn die zentrale Aufgabe dieses Ausbildungsstadiums ist die Vermittlung und das Einüben von Prinzipien; entscheidend sind Basiswissen und Basisfähigkeiten. Die Beschränkung auf markante, einleuchtende Beispiele ist deshalb angesagt. Die systematische Krankheitslehre der einzelnen Fachrichtungen steht später im Mittelpunkt des 3. bis 6. klinischen Semesters.

Einen zentralen und entscheidenden Stellenwert hat beim leichten Erlernen des diagnostischen Denkens zweifelsohne die interdisziplinäre Zusammenarbeit. Um die Erkrankungen eines Organsystems unter verschiedenen Blickwinkeln betrachten, erfassen und bearbeiten zu können, müssen die Klinischen Curricula fächerübergreifend veranstaltet werden. Alle für den Lehrgegenstand relevanten Disziplinen werden – nach inhaltlichen und didaktischen Gesichtspunkten geordnet – integriert. Die Inhalte des Unterrichts orientieren sich also nicht mehr wie bisher in erster Linie an der Systematik der einzelnen Fächer, sondern an einem definierten Lehrgegenstand, der nun interdisziplinär bearbeitet wird. Zweifellos erfordert der Einbau verschiedener Fachrichtungen in die Klinischen Curricula genaue zeitliche und inhaltliche Absprachen. Erfahrungsgemäß bedeutet es aber auch einen zeitlichen Gewinn für die einzelnen Disziplinen; sie können sogleich angemessen in ihre Fachthematik einsteigen und müssen nicht bei Null mit langwierigen Einführungen beginnen. Ganz zu schweigen von den Anregungen, die man im direkten Austausch mit Vertretern anderer Fächer bekommt. Und die Studierenden erfahren gleich ein Beispiel für Teamarbeit und konsiliarischen Disput, die unerlässlich und im Klinikalltag immer mehr gefordert ist.

Darüber hinaus werden die Klinischen Curricula inhaltlich und zeitlich mit den Untersuchungskuren, den Kursen der Klinischen Chemie und der Allgemeinen Pharmakologie sowie mit Teilen des mikrobiologisch-virologischen Praktikums synchronisiert; teilweise werden Kursthemen in die Curricula direkt integriert. Insgesamt sind diese Lehrveranstaltungen lehr- und lernökonomisch günstig, weil in definierten Zeiträumen inhaltliche Schwerpunkte gesetzt werden. Unterstützend ermöglichen „Arbeitsblätter“ als Begleitmaterialien den Studierenden die gezielte Vor- und Nachbereitung des Unterrichts und erleichtern gleichzeitig den Lehrenden den raschen Über-

blick über das Curriculum und die inhaltliche Abstimmung. Darin eingebaut sind auch Fallbeispiele, die schrittweise und zu bestimmten Abschnitten des Curriculums z. B. selbständig als Hausaufgabe oder gemeinsam im Unterricht gelöst werden sollen, so dass die Studierenden ihre neuen Kenntnisse gleich anwenden und die Zunahme ihres Wissens überprüfen können. Diese Form der Erfolgskontrolle macht nicht nur Spaß, sondern führt auch zu einer deutlichen Steigerung der Motivation. Erfahrungen aus verschiedenen Klinischen Curricula, die seit mehreren Semestern durchgeführt und evaluiert werden, haben gezeigt, dass die Studierenden am Ende eines Curriculums auch durchaus komplexe Differenzialdiagnosen erarbeiten und reguläre Examensfragen des IMPP (darunter auch M2-Fragen) durchweg mit Erfolg lösen können.

Curricula Klinische Forschung

Im zweiten und dritten klinischen Studienjahr überwiegen weiterhin die traditionellen Elemente der universitären Wissensvermittlung. In jeder Disziplin steht jetzt der systematische Unterricht der speziellen Krankheitslehre im Mittelpunkt. Auf vorbereitende konventionelle Vorlesungen folgt ein intensives praktisches Training (Bedside-teaching), das in ein- bis zweiwöchigen, meist ganztägigen Wochenpraktika auf den Stationen und in den Ambulanzen der Kliniken absolviert wird. Parallel dazu wurde, gleichsam in Fortsetzung der Klinischen Curricula, für die fortgeschrittenen klinischen Semester die Idee des forschungsorientierten Lernens entwickelt. „Noch mehr Unterricht! Warum ist das überhaupt notwendig?“ So fragt mancher Student und manche Studentin entnervt. Die Antwort liegt in der rasanten Entwicklung des medizinischen Wissens begründet. Evidence-based medicine und lebenslanges Lernen als Verpflichtung dem Patienten und auch der Gesellschaft gegenüber werden gefordert. Studierende sollen deshalb am Ende ihres Studiums richtungweisende Forschungsansätze kennen- und vielleicht auch ansatzweise beurteilen lernen. Bereits während des Studiums müssen die Studierenden der fortgeschrittenen Semester daran gewöhnt werden, sich zumindest in ihrem „Lieblings“-Fach über die wichtigsten Forschungsergebnisse auf dem laufenden zu halten. Sie müssen auch wissen, wie und wo sie sich informieren können.

Im WS 1998/99 etablierten wir deshalb in einer Pilotphase die „Curricula Klinische Forschung“ als ein weiteres Tübinger Novum. In diesen Veranstaltungen sollen interessierte Studierende im fortgeschrittenen Studium relevante klinische Perspektiven der Forschung kennenlernen. In ihrem Wahlfach werden sie exemplarisch an wichtige aktuelle Fragestellungen zur Erforschung von Krankheiten, ihrer Diagnostik und Therapie sowie an klinische Studien herangeführt. Sie sollen aktuelle Forschungsmethoden und deren Grenzen kennen- und sie kritisch hinterfragen lernen. Eine *conditio sine qua non* sind dabei praktische Demonstrationen in Labors oder entsprechenden Einrichtungen. Dieses gelingt nur in kleinen Gruppen und unter Anleitung eines erfahrenen, verantwortlichen Seminarleiters. Auch für diese Veranstaltung gilt: Der dozierende Unterricht soll auf ein Minimum beschränkt bleiben; ausgewählte Themen werden unter aktiver Mitarbeit der Studierenden im Dialog erarbeitet.

Forschungsorientierte Curricula setzen ein gewisses Maß an klinischem Wissen voraus. Angesprochen sind daher Studie-

rende frühestens im vierten Ausbildungsjahr, bevorzugt aber im 5. und 6. klinischen Semester. Der fachorientierte Unterricht wird jeweils in einem Block von 5-mal 2 Stunden durchgeführt. Interessante, abwechslungsreiche Angebote für die erste Pilotphase liegen aus der Augenheilkunde, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, HNO-Heilkunde, Medizinischen Psychologie und Tropenmedizin vor.

Auch bei der Einführung dieser Curricula ist eine regelmäßige, prozessorientierte Evaluation unerlässlich. Aufgrund ihrer Ergebnisse und nach Kriterien, die in einem Abschlussgespräch mit Seminarleiter, Studenten und dem Studiendekanat erarbeitet werden, findet eine Optimierung des Unterrichtes statt – ein Vorgehen, das sich bereits bei den Klinischen Curricula bewährt hat.

Umsetzung in die Praxis – Stand der Realisierung

Ein solches theoretisches Unterrichtskonzept kann nur schrittweise, zielorientiert und kontrolliert in die Praxis umgesetzt werden. Es wurde und wird regelmäßig von Lernenden und Lehrenden evaluiert und muss immer wieder den realen Erfordernissen der Unterrichtssituation angepasst werden.

Der erste klinische Studienabschnitt wurde als erster Ansatzpunkt für die Umsetzung der Reformidee bewusst ausgewählt. Er sollte mit der Erprobung der interdisziplinären „Klinischen Curricula“ gleichsam als Kristallisationspunkt dienen. Denn besonders im Bereich der Klinik wurden nicht zuletzt wegen der allzu bekannten Dreifachbelastung aus Krankenversorgung, Forschung und Lehre zunächst die größten Widerstände gegen die neuen Unterrichtskonzepte erwartet. Jeder weiß, dass mit solchen Neuerungen immer sehr viel Arbeit verbunden ist. Wenn also diese Hürde genommen und ein Einstieg gefunden wäre, dann würde bei Bewährung des Konzeptes in den Probelaufen die Unterstützung vermutlich größer werden und die „breitflächige“ Umsetzung in die Praxis erleichtern – so waren unsere Überlegungen und Hoffnungen. Auch bietet es sich am Beginn des klinischen Studiums an, die Vorklinik in die interdisziplinären Veranstaltungen im Sinne einer vertikalen Integration einzubinden. Wir hofften, dass sich durch positive Erfahrungen der Lehrenden aus der Klinik und Vorklinik möglicherweise auch gleichzeitig neue Impulse für den Unterricht in anderen Fachsemestern entwickeln könnten.

„Aller Anfang ist schwer!“ Diese Erfahrung mussten auch wir immer wieder machen. Mit einem Klinischen Curriculum (Hepato-logie) als Pilotlauf fingen wir an, nach dessen erfolgreichem Vorbild sich dann im darauf folgenden Semester drei weitere Professoren und Dozenten überzeugen ließen, neue Themenkomplexe (Kardiologie, Nephrologie, Endokrinologie) verantwortlich zu konzipieren und interdisziplinär umzusetzen.

Aber nicht nur bei den Lehrenden, sondern auch bei den Studierenden musste in den ersten beiden Semestern relativ intensive Überzeugungs-/Überredungsarbeit geleistet werden. Denn angesichts des bereits sehr vollen Stundenplanes waren nur wenige Studenten bereit, freiwillig weitere Unterrichtsverpflichtungen auf sich zu nehmen. (Anmerkung: Ähnliche Erfahrungen bezüglich der Aktivität der Studierenden machen wir auch bei den jetzt angelaufenen Curricula Klinische Forschung, wobei allerdings in diesem Fall von Seiten der Lehren-

den von Anfang an großes Interesse und Bereitschaft herrschte). Aufgrund der sehr guten und überzeugenden Evaluationsergebnisse und intensiver Mundpropaganda bewarben sich aber bereits beim dritten Lauf fast 100 Interessenten um die angebotenen 20 Plätze. In der Folge zeigten auch immer mehr Lehrende Interesse an dieser so erfolgreichen Unterrichtsform, so dass wir auf Anfrage seitens des Studiendekanates und auch durch eigenständige Dozentenangebote rasch zahlreiche Themen vergeben konnten. Dennoch dauerte es noch weitere zwei Semester, dass dem Drängen und Fordern der Studierenden nachgegeben wurde und diese Veranstaltungsform für alle zugänglich gemacht werden konnte. Nach langen, oft mühsamen Verhandlungen erklärten sich die Lehrstuhlinhaber mit der dazu notwendigen Stundenplanänderung im 1. und 2. klinischen Semester einverstanden. Somit konnten zum WS 1998/99 nach erfolgreich evaluierten Probeläufen die Tübinger Klinischen Curricula „flächendeckend“ eingeführt werden. Es waren manche Zugeständnisse und Kompromisse notwendig. So sind sie (zunächst) nur mit einer Gruppengröße von 48 Studenten durchsetzbar (also doppelt so viele Teilnehmer wie bisher). Auch sind die vorhandenen räumlichen Gegebenheiten für diese Gruppengröße nicht immer optimal. Es zeichnet sich allerdings bereits ab, dass wir mittlerweile ein Überangebot an Dozenten haben, die auf Integration und Mitarbeit drängen, so dass wir die Gruppengröße einiger Curricula vermutlich bereits im SS 1999 wieder halbieren können.

Ein weiteres Zugeständnis an die Lehrenden war die Deklaration als Pflichtveranstaltung. Dieses führte auf Studentenseite zu Protesten. Um die endgültige Umsetzung der Klinischen Curricula nicht zu gefährden, akzeptierten die Studierenden schließlich diese Entscheidung, wenn auch murrend. Nachdem nun das Wintersemester vorüber ist, ist bei allem Vorbehalt die studentische Verstimmung doch eindeutig einer Begeisterung ob der Unterrichtsqualität und des Wissenserwerbs gewichen. Dies gilt vor allem für solche Curricula, die schon seit mehreren Semestern veranstaltet werden. Gleichzeitig wird immer wieder die derzeitige Gruppengröße als zu groß kritisiert, und der allzu häufige Rückfall in den Frontalunterricht, der vor allem bei den neu etablierten und noch unerfahrenen Dozententeams auftritt, wird bedauert. Die Studierenden begrüßen den Vorteil der Zeitersparnis beim Lernen durch die Klinischen Curricula. Denn diese Veranstaltung bietet kompakt interdisziplinäre Aspekte, die sie im Lehrbuch so nicht finden können. Das Lehrbuch – so hören wir immer wieder – ziehen sie meistens nur noch hinzu, um Verständnislücken aufzufüllen. Das Nacharbeiten zu Hause wird erleichtert, weil in der Veranstaltung Stichwörter angeboten wurden, mit deren Hilfe die Studierenden in den Lehrbüchern verschiedener Disziplinen Zusammenhänge suchen können, die sie ohne diesen Unterricht in den seltensten Fällen eigenständig gefunden hätten.

Ausblick

Sicherlich bedeutet die Entscheidung, die Klinischen Curricula für alle Studierenden in den regulären Stundenplan aufzunehmen, einen großen Schritt in Richtung der nicht nur von Studenten begehrten Änderung der Unterrichtsform. Aber wir sind noch längst nicht am Ziel. Nach wie vor haben wir „nur“ eine Idee, die sich zwar in zahlreichen evaluierten Probeläufen bewährt hat, deren Tauglichkeit sich jetzt aber auch bei breiter Umsetzung in die Praxis zeigen muss. Nicht umsonst heißt es:

„Pilotprojekte funktionieren (fast) immer!“ Grundlegende Voraussetzung für das Gelingen ist, dass sich alle Beteiligten, sowohl Professoren und Dozenten als auch Studierende, über das Ziel und das didaktische Konzept im Klaren sind. Wesentliche gemeinsame Kennzeichen des neuen Lehr- und Lernkonzeptes seien hier noch einmal aufgezählt: exemplarisches Lehren und Lernen, patientenorientiertes Lernen, dialogischer Unterricht, dem Zweck/Lernziel angepasste, möglichst kleine Gruppengrößen, Kombination und Synchronisation von theoretischem und praktischem Unterricht und grundsätzlich möglichst intensive aktive Beteiligung der Studierenden. Für eine Solovorstellung einer einzelnen Disziplin mit Frontalunterricht (sprich: Vorlesungen), die jetzt nur in kleineren Gruppen durchgeführt wird, brauchen wir diesen organisatorischen und personellen Aufwand nicht zu betreiben (wohlgemerkt: Eine gut vorbereitete und strukturierte Vorlesung hat an anderer Stelle zweifellos und unbestritten ihren Wert!)

In den letzten vier Semestern wurde das Konzept in vielen Pilotläufen von verschiedenen Disziplinen unter großem Einsatz erprobt; es wurde ausgiebig daran geschliffen und gefeilt und schließlich eine Form gefunden, die Lernende und Lehrende in den Evaluationen als sehr gut beurteilten. Die jetzige flächendeckende Einführung dieser Unterrichtsform wird sich ebenfalls der Evaluation stellen müssen, um dann gegebenenfalls der in der Pilotphase erarbeiteten Form angeglichen zu werden.

Angesichts der dringend notwendigen Anpassung der medizinischen Ausbildung an die aktuellen und zukünftigen Bedürfnisse der angehenden Ärzte ist umso mehr ein systematisches und konsequentes Qualitätsmanagement in der Ausbildung gefragt. Denn Kernstück für eine gute Qualität der Ausbildung ist ein guter, zeitgemäßer und den Erfordernissen flexibel angepasster Unterricht. Das Augenmerk muss zukünftig verstärkt auf gute Unterrichtskonzepte, auf eine gute und angemessene Methodik (Didaktik) und auf eine attraktive Lern- und Lehrkultur gerichtet sein. Dringend notwendig sind auch organisatorische Maßnahmen seitens des Ministeriums und des IMPP, um Prüfungsinhalte und -modalitäten im Hinblick auf exemplarisches Lernen anzupassen.

Literatur

- 1 Bundesministerium für Gesundheit. Vorschläge zur Gestaltung des Medizinstudiums der Sachverständigenkommission zu Fragen der Neuordnung des Medizinstudiums; Geschäftszeichen: 315-4331-0/43 B. Bonn: 12.11.1992
- 2 Wissenschaftsrat. Leitlinien zur Reform des Medizinstudiums. Bremen: Drucksache 814/92; 3.7.1992
- 3 Bundesministerium für Gesundheit. Eckpunkte-Papier zur Reform des Medizinstudiums. BMG/Abt. 3; 24.3.1997
- 4 Hunter DJ. Fitness to practice in the 21st century. What doctors be doing in the 21st Century? Med Educ 1997; 31 Suppl 1: 71 – 74
- 5 Schuster W. Die unendliche Geschichte: Die Reform der ärztlichen Ausbildung. Med Ausbild 1998; 15: 51 – 53
- 6 Lammerding-Köppel M, Wehner H-D. Die „Klinischen Curricula“ als Modell eines interdisziplinären und problemorientierten Gruppenunterrichtes in Tübingen. Med Ausbild 1998; 15: 23 – 26

Dr. Maria Lammerding-Köppel

Dekanat der Medizinischen Fakultät

Geißweg 5, 72076 Tübingen

E-mail: maria.lammerding@med.uni-tuebingen.de