

BONNER MODELL DES BLOCKPRAKTIKUMS FÜR GYNÄKOLOGIE UND GEBURTS- HILFE *

Jost Bröckelmann, Bonn

Von 1980 bis 1984 wurde das Praktikum der Frauenheilkunde an der UFK Bonn relativ einheitlich durchgeführt. In dieser Zeit nahmen 278 Teilnehmer des Wochenpraktikums an Testaten über Krebs- und Schwangerenvorsorge sowie über Anatomie des weiblichen Genitales teil, sie schätzten auf einem Formblatt ihre praktischen Kenntnisse in einfachen gynäkologisch-geburtshilflichen Handfertigkeiten ein und bewerteten die einzelnen Abschnitte des Praktikums sowie einzelne Übungsplätze auf einer Skala 1 (sehr gut) bis 5 (sehr schlecht). Das Praktikum fand im 5. oder 6. klinischen Semester statt. Die Ergebnisse sowie der Aufbau des Praktikums wurden ausführlich an anderer Stelle beschrieben (Bröckelmann 1985) und werden im folgenden kurz zusammengefaßt.

Praktikumsaufbau

Das Praktikum bestand aus 5 Säulen (Abb. 1):

1. Eine zweistündige, systematische Vorlesung am Montag und Dienstag, in der bis zu 9 verschiedene Dozenten allgemeine

und spezielle Themen unseres Fachgebietes, auf die sie sich meist von der Forschung her spezialisiert hatten, lasen ("Spezialistenvorlesung").

2. Die Klinik (zweistündig, donnerstags und freitags) bestand aus Patientenvorstellungen und -befragungen mit kurzer Abhandlung der Krankheitsbilder und aus differentialdiagnostischen Erwägungen.
3. Das Wochenpraktikum wurde ganztägig von 8 - 16.30 Uhr an der UFK Bonn und in 8 kooperierenden Krankenhäusern in Form einer Kurzfamulatur durchgeführt.
4. Im Rahmen des Wochenpraktikums an der UFK wurden täglich einstündige, praktische Übungen von Assistenten der Klinik abgehalten: montags "Krebsvorsorgeuntersuchung", dienstags "Schwangerenvorsorge", mittwochs "Geburtsmechanismus" und donnerstags "Überwachung des Feten". Die Assistenten sollten anhand einer Instruktoranleitung Übungen zu diesen Themen mit den Studenten durch-

* Kurzfassung eines Referates, gehalten am 6. Juni 1985 während der 11. Arbeitssitzung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung in Ulm.

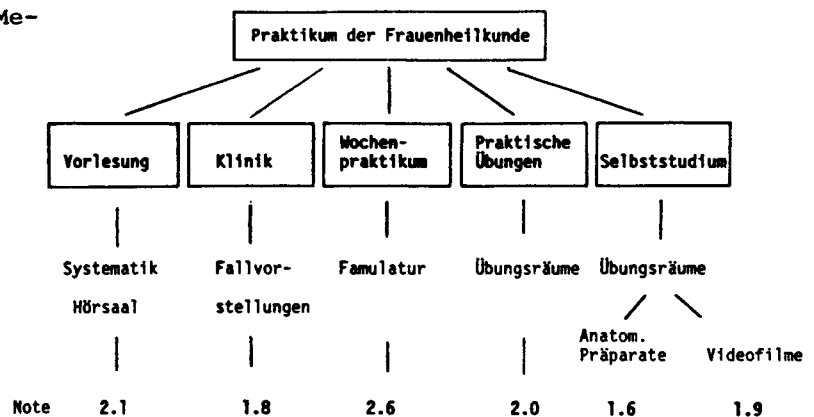


Abb. 1: Bewertung der einzelnen Praktikumsabschnitte durch Wochenpraktikanten im Wintersemester 1983/84 (n = 68, Note 1 = sehr gut)

führen. Am Freitag wurden Testate über Vorsorgeuntersuchungen (10 Fragen) und Anatomie des weiblichen Genitales (10 Fragen an Modellen) abgenommen. Außerdem bewerteten die Studenten ihre eigenen praktischen Fähigkeiten sowie die einzelnen Teile des Praktikums.

5. Für das Selbststudium wurden Übungsräume eingerichtet, in denen Modelle und plastinierte Präparate (Brökelmann et al. 1983) zur normalen und pathologischen Anatomie des Faches, Modelle (Phantome) zum Üben der gynäkologischen und geburtshilflichen Untersuchungstechniken, der Brustuntersuchung, der chirurgischen Wundversorgung, der geburtshilflichen Operationen und der intravenösen Injektionstechnik, Videofilme und Diaserien (z.T. mit Ton) über geburtshilflich-gynäkologische Untersuchungstechniken sowie diverses Demonstrationmaterial (Instrumente, Tafeln, Intrauterinspiralen etc.) gantztägig den Studenten zum Selbststudium zur Verfügung standen. Allen Studenten war zu Beginn des Semesters ein 14-seitiger Leitfaden für das Praktikum, der vornehmlich eine Anleitung zum Selbststudium darstellte, verteilt worden.

Ergebnisse und Bewertungen

Aus Sicht der Studenten waren die klinischen Fallvorstellungen besser als theoretische Vorlesungen (Abb. 1). Die Stationsarbeit wurde am schlechtesten bewertet, weil man sich häufig überflüssig, wenn nicht gar lästig vorkam, und das meist passive Miterleben der Stationsarbeit wenig befriedigend war. Die praktischen Übungen erhielten im Durchschnitt die Note gut, die Benotung hing aber sehr vom Einsatz der einzelnen Assistenten ab; es wurden auch "Fünfen" verteilt.

Von den einzelnen Übungsplätzen wurden die anatomischen Modelle und Präparate am besten beurteilt; mit Abstand folgten Videofilme, dann geburtshilfliche Phantome, Ton-Bildschauen, Modelle zur Wundnaht und

Knüpftechnik, das Schwangerenmodell PATTI und das Modell GYNNI für gynäkologische Untersuchungstechniken. Die Fallsimulationen wurden nur selten bearbeitet und dann mit 1 bis 3 bewertet. Die Selbsteinschätzung der praktischen Fähigkeiten ergab, daß fast alle Studenten die Spekulumuntersuchung und Abstrichentnahme für die Krebsvorsorgeuntersuchung zu können glaubten, daß jedoch etwa 70% der Studenten die bimanuelle Abtastung der Adnexe, die ebenfalls zur Vorsorgeuntersuchung gehört, nicht beherrschten (Abb. 2). Etwa 65% der Praktikanten schätzten ihre Kenntnisse in Anatomie des weiblichen Genitales als ausreichend ein. Dieses stimmte mit den Ergebnissen der Anatomietestate überein, in denen im Durchschnitt 66% der Fragen richtig beantwortet wurden.

Schlußfolgerungen

1. Die große klinische Vorlesung ist nach wie vor eine für den Hochschullehrer effiziente und auch bei den Studenten beliebte Unterrichtsform; sie kann besser als theoretische Vorlesungen und sog. Praktika auf den Stationen (Famulaturen) sein.
2. Praktika müssen strukturiert sein, d.h. die Ziele der praktischen Übungen müssen den Dozenten und Studenten bekannt sein. Die Dozenten/Assistenten sollten anhand von schriftlichen und praktischen Anleitungen (Instruktorenkurse) die Durchführung der Praktika einüben.
3. Die Güte der Vorlesungen und der Praktika ist vornehmlich personenabhängig; deswegen ist es Aufgabe der Medizinischen Fakultäten, in der Lehre engagierte Hochschullehrer und Assistenten zu fördern.
4. Übungsräume haben sich bewährt, einmal weil dort praktische Übungen abgehalten werden können, zum anderen weil sie ein Selbststudium der mehr praktischen Seiten eines Faches ermöglichen und damit die akademische Freiheit zu Lernen fördern. Der Ausrüstung der Übungsräume mit Instrumenten, Präparaten, Unter-

Abstrichentnahme	<input checked="" type="checkbox"/>
Spekulumuntersuchung	<input checked="" type="checkbox"/>
LEOPOLDsche Handgriffe	<input checked="" type="checkbox"/>
Palpation des Abdomens	<input checked="" type="checkbox"/>
Denmschutz	<input type="checkbox"/>
Frischpräparat	<input type="checkbox"/>
Halten eines Neugeborenen	<input type="checkbox"/>
Bewegung der Frucht (Schädellage)	<input type="checkbox"/>
Abnabeln	<input type="checkbox"/>
Biman. Untersuchung, Uterustumoren	<input checked="" type="checkbox"/>
rektale Untersuchung	<input checked="" type="checkbox"/>
Anatomie des weiblichen Beckens	<input type="checkbox"/>
Episiotomie schneiden	<input type="checkbox"/>
Bewegung der Frucht (Beckenendlage)	<input type="checkbox"/>
Hautnaht, einfacher Knoten	<input type="checkbox"/>
Inspektion der Plazenta	<input type="checkbox"/>
Hautnaht, chirurgischer Knoten	<input type="checkbox"/>
Biman. Untersuchung, Adnextumoren	<input checked="" type="checkbox"/>
Partogramm schreiben	<input type="checkbox"/>

Abb. 2: Selbsteinschätzung der praktischen Kenntnisse durch Wochenpraktikanten im Wintersemester 1983/84 (n = 68, = kann ich, = ich weiß nicht, = kann ich nicht, V = erforderlich für Vorsorgeuntersuchung)

richtsmedien etc. sind keine Grenzen gesetzt. Nur sollten die Übungsräume in die Praktika einbezogen werden; außerdem wäre es wünschenswert, wenn eine Lehrkraft, nach Möglichkeit ein Arzt, für Fragen der Studenten zur Verfügung stünde.

5. Medizinische Praktika sind notwendig - einmal um ärztliche Untersuchungstechniken und Handfertigkeiten zu üben, zum anderen, um bei allem theoretischen Lernen den Bezug zur Praxis, zum Objekt, d.h. dem Patienten, zu erfahren. Was hilft es z.B. einem Medizinstudenten, wenn er Ursachen, "Aussehen" und Behandlung von Scheidenentzündungen für die staatliche Multiple-choice-Prüfung auswendig gelernt hat, aber noch nie eine menschliche Scheide inspiziert oder ausgetastet hat. So

lernte man Medizin im Mittelalter - theoretisch an der Universität und praktisch nach Erhalt des Dokortitels.

Nach Einführung des "Praktischen Jahres" und des "Arztes im Praktikum" besteht die große Gefahr, daß die Ausbildung der Ärzte in einen theoretischen Teil (1. - 10. Semester = 5 Jahre) und einen praktischen Teil (Praktisches Jahr, Arzt im Praktikum zusammen 3 Jahre) zerfällt. Denn die große Zahl der Auszubildenden kann von den relativ wenigen Professoren, die zudem für ein Engagement in der Lehre nicht belohnt werden, am einfachsten durch Vorlesungen, die sie auch leicht delegieren können, bewältigt werden. Um nicht mittelalterliche Zustände einkehren zu lassen, müssen wir die praktische Ausbildung während des Medizinstudiums pflegen und ausbauen. Dazu sind

strukturierte Praktika und gut eingerichtete Übungsräume am hilfreichsten. Diese Übungsräume haben zudem den Vorteil, daß sie durch ein reichhaltiges Angebot von Anschauungs- und Übungsmaterial eine praktische Ergänzung zu den Lehrbüchern bieten.

Bei der großen Zahl der Studenten wird es nicht immer möglich sein, jedem Studenten für jede Untersuchungstechnik einen Patienten zur Verfügung zu stellen. Es sollte jedoch das Ziel der Medizinischen Fakultäten sein, den Studenten das Üben von Untersuchungstechniken zumindest an Modellen zu ermöglichen, bevor sie Patienten untersuchen. Die Patientenuntersuchung kann sowohl an Universitätskliniken als auch an Krankenhäusern stattfinden, nur müßte das Üben am Modell und die Untersuchung der Patienten aus didaktischen Gründen kurzfristig nacheinander erfolgen. Routine und Sicherheit in Untersuchungstechniken, wie sie z.B. für die Vorsorgeuntersuchungen erforderlich sind, kann und soll die Universitätsklinik den Studenten im Rahmen der Praktika nicht bieten.

Literatur

BRÖKELMANN, J., V. LAUFF, W. ORTH, A. SCHMIDT, H. WEIERS, S. POHL:
Plastination anatomischer Präparate für Lehre und Forschung.
Arch. Gyn. 235, 480-481 (1983)

BRÖKELMANN, J.:
Verbesserungsmöglichkeiten der studentischen Ausbildung in Gynäkologie und Geburtshilfe.
Der Frauenarzt 3, 35-44 (1985)

Prof. Dr. J. Bröckelmann
Universitäts - Frauenklinik
Sigmund Freud Str. 25, D 5300 Bonn