

# MEDIZINISCHE AUSBILDUNG



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

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

13/1

Mai 96





**MEDIZINISCHE AUSBILDUNG**

<b>INHALT</b>		<b>Seite</b>
<b>VORWORT</b>	D. Habeck:	1
<b>STELLUNGNAHME DER GMA</b>	Zum Entwurf einer Approbationsordnung für Ärzte	2
<b>FACHBEITRÄGE</b>	J. van de Loo: Qualität der Lehre als vordringliches Anliegen des Wissenschaftsrates	4
	Sponholz G., Baitsch H., Keller F., Allert G., Meier-Allmendinger D.: Ethik in der Medizin - die Fallstudie, Modell für die fächerintegrierende Lehre.	8
	M. Gulich: Workshop „Lernen & Lehre“ - eine Fortbildungsveranstaltung zur Lehrqualifikation von Habilitanden an einer medizinischen Fakultät.	14
	R. Lefering, E. Neugebauer, L. Köhler, M. Linke: Kosten und Nutzen von Evaluation -5 Semester Praktikum der Chirurgie in reformierter Form.	17
	J. Langhorst: Die Einstellungsmessung als Evaluationsmethode zur Qualitätskontrolle der Medizinischen Ausbildung	20
	U. Schagen: Ärztliches Ausbildungsziel und Berufsfeld - Reale Entwicklung und notwendige Änderung	28
<b>ANKÜNDIGUNG</b>	AMEE, Medical Education Conference 1. - 4. September 1996 in Kopenhagen	34
<b>BILD(UNG) UND MEDIZIN</b>	F. Eitel: Hundert Jahre Chicagoeer Laborschule. Oder: Wer kennt John Dewey?	37
	H. Warnecke: Aspekte zur Erziehungsphilosophie John Deweys (1859 - 1952)	41
	G. Wagner: John Dewey (1859-1952) - Leben und Wirken für progressive Edukation	46
<b>WEITERE ANKÜNDIGUNGEN UND HINWEISE</b>	Wintertagung der GMA am 7. 12. 1996 in Berlin	53
	Neuaufgabe des Zoologischen Wörterbuchs von Erwin J. Hentschel und Günther H. Wagner	54
	Korrektur zu Heft 12/2 (1995)	55/56
<b>FACHBEITRAG</b>	Muthny F.A.: Fortbildungsprogramm zur Gesprächsführung mit den Angehörigen plötzlich Verstorbener als Beispiel von Kommunikationstraining und affektiv-emotionalen Lernzielen in der ärztlichen Ausbildung	57

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

Vorsitzender der Gesellschaft: Prof. Dr. Florian Eitel, Chirurgische Univ.-Klinik und Poliklinik, Nußbaumstraße 20, D-80336 München; Tel.: 089/5160-2580, Fax.: 089/ 5160-4493, E-Mail: [u7x62ai@sunmailhost.LRZ-muenchen.de](mailto:u7x62ai@sunmailhost.LRZ-muenchen.de)

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

Layout: Gabriele Voigt, Münster.

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

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

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



## VORWORT

Mit einer Stellungnahme unserer Gesellschaft zur immer noch ausstehenden Formulierung der neuen Approbationsordnung für Ärzte beginnt das vorliegende Heft. Angesichts der nun schon längerwährenden Stagnation haben wir uns zu dieser Stellungnahme entschlossen, damit endlich eine Weiterentwicklung auf diesem Gebiet eintritt.

Vor diesem Hintergrund begrüßen wir ganz besonders die klaren und eindeutigen Worte des Internisten van de Loo, die er nach mehrjährigem Vorsitz des Medizinischen Ausschusses im Wissenschaftsrat jetzt zu den künftigen Anforderungen der ärztlichen Ausbildung geäußert hat. Die folgenden Beiträge gelten sehr unterschiedlichen Themen. Zu den im ärztlichen Alltag ubiquitären ethischen Konflikten, die oft nicht erkannt und adäquat gelöst werden, berichtet Frau Sponholz aus dem Ulmer Arbeitskreis „Ethik in der Medizin“. An den von ihr beschriebenen Kleingruppenseminaren haben inzwischen mehr als 300 Studierende in vorklinischen Semestern teilgenommen.

Ebenfalls aus Ulm stammen die Ausführungen von Gulich und seinen Mitarbeitern über einen Fortbildungsworkshop für Habilitanden in Baden-Württemberg mit dem Ziel, Grundlagen und Fertigkeiten des Lehrens zu vermitteln.

„Kosten und Nutzen von Evaluation lautet der Titel eines Beitrages von Lefering und Mitarbeiter, in welchem die Autoren detailliert den Aufwand von Fragebogenerhebungen zum Praktikum der Chirurgie unter

verschiedenen Bedingungen analysieren und abwägen. Langhorst schildert die Evaluation des Praktikums zur Einführung in die Klinische Medizin mit Hilfe eines selbstentwickelten Verfahrens zur Erfassung von Einstellungsänderungen unter besonderer Berücksichtigung des Paradigmenwechsels vom biomedizinischen zum biopsychosozialen Systemmodell.

Seit Verabschiedung der ärztlichen Approbationsordnung sind verschiedene Entwürfe zum ärztlichen Ausbildungsziel entworfen und erörtert worden. Mit dieser Entwicklung setzt sich Schagen eingehend auseinander. Erstmals umfaßt der Abschnitt „Bild(ung) und Medizin drei Beiträge, die alle John Dewey (1859-1952) gewidmet sind. Dieser bei uns noch nicht allzu bekannte große nordamerikanische Pädagoge soll dadurch unseren Lesern etwas näher gebracht werden.

Schließlich verdanken wir Muthny einen Beitrag zu der psychisch äußerst belastenden Extremsituation des plötzlichen Verlustes eines nahestehenden Angehörigen, der auch für den Arzt eine ernsthafte Herausforderung bedeutet, auf welche im Studium kaum eine Vorbereitung erfolgt. Da uns dieser Artikel aus technischen Gründen erst während des Druckes erreichte, mußte er ans Ende des Heftes gesetzt werden.

Abschließend gilt unser Dank allen Autoren und weiteren Helferinnen und Helfern für ihre Mitwirkung an diesem Heft.

Im Namen der Redaktion

Dietrich Habeck



**Stellungnahme zum Entwurf einer Approbationsordnung für Ärzte**  
**(Fassung nach dem Arbeitsstand der Bund-Länder-Arbeits-Gruppe,**  
**Dezember 1995)**

Die Gesellschaft für Medizinische Ausbildung unterstützt die laufenden Bestrebungen zur Neugestaltung des Medizinstudiums. In diesem Sinne ist auch die hier vorgelegte Stellungnahme zu verstehen.

Ziel der Neuen Approbationsordnung soll nach allgemeiner Übereinkunft die "**grundlegende**" Neugestaltung des Medizinstudiums sein.

An diesem Ziel muß sich der vorgelegte Entwurf der Bund-Länder-Arbeitsgruppe messen lassen: Dieses Ziel würde verfehlt werden, wenn es tatsächlich nicht zu einer durchgreifenden Neugestaltung käme, weil sich die Neue Approbationsordnung nicht in die Unterrichtspraxis umsetzen läßt.

Demzufolge ist eine der entscheidenden Fragen, ob der vorgelegte Entwurf umsetzbar ist.

Die Gesellschaft für Medizinische Ausbildung ist der Auffassung, daß sich diese Frage **nur empirisch**, nicht aber vom grünen Tisch her beantworten läßt. Für eine empirische Validierung der Neuen Approbationsordnung sind folgende Bedingungen zu erfüllen:

1. Der Entwurf sollte umgehend zum Gesetz (BÄO) bzw. zur Verordnung (ÄAppO) gemacht werden.
2. Die Fakultäten sollten die Neue ÄAppO dementsprechend in ihre Unterrichtspraxis implementieren.
3. Diese Implementierung sollte empirisch überprüft werden mit dem Ziel, Stärken und Schwächen, - kurz: den Zielerreichungsgrad, - der Neuen Approbationsordnung zu analysieren, um damit eine vernünftige Grundlage für zukünftige Anpassungen zu haben.

Begründung: Nur anhand objektiver, aus dem Feld erhobener Daten können **verlässlich** gültige Entscheidungen über gegebenenfalls erforderliche Anpassungen oder Überarbeitungen der Neuen Approbationsordnung getroffen werden.

Die überwiegende Mehrzahl der gegenwärtig zu beobachtenden Argumentationen für oder gegen vorangegangene Fassungen des jetzigen Entwurfes beruhen auf **Einschätzungen**, die eben nicht in dem Maße verlässlich sind wie empirisch erhobene Daten. Die in der gegenwärtigen Diskussion des jetzigen Entwurfes von den Parteien einander vorgeworfenen Berechnungsfehler und abstrakten Pauschalbewertungen können als Hinweis auf diese - nun zu beendende, da nicht effektive, - Argumentationssituation gelten.



Es gibt wohl einige emotionale, aber keine rationalen Gründe, die gegen eine empirische Analyse der Umsetzbarkeit der Neuen Approbationsordnung sprechen. Im amerikanischen Schrifttum werden diese sozioaffektiven Widerstände gegen Neuregelungen und deren Evaluation als "resistance to change" bezeichnet und analysiert.

Eine empirische Überprüfung (Evaluation) ist im vorliegenden Entwurf für Modellstudiengänge in § 41 Abs. 5 vorgesehen. Dies ist besonders hervorzuheben und liegt auf der von der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) vertretenen Linie eines Qualitätsmanagements der Lehre.

Da es aus evaluationswissenschaftlicher Sicht geboten ist, neben dem Modellstudiengang auch den Regelstudiengang zu evaluieren, muß infolgedessen gefordert werden, alle Studiengänge zu evaluieren.

**Es ist rational nicht einzusehen, weshalb in § 41 Abs. 5 eine Evaluation von Modellstudiengängen verordnet wird und in den vorherigen Paragraphen für die neuzuregelnden, traditionellen "Regelstudiengänge" nicht!**

Die Verordnung einer Unterrichtsevaluation für alle Studiengänge wäre auch insofern sinnvoll, als nach allgemeiner Auffassung nicht davon ausgegangen werden kann, daß die Neue Approbationsordnung notwendigerweise zu einer Verbesserung der Lehre führt. Eine methodische Evaluation mit dem Ziel, die Neue Approbationsordnung in Zukunft anpassen zu können bzw. ihre momentanen Defizite zu beseitigen, könnte - wie das Beispiel der Niederländischen Universitäten zeigt - die Autonomie der Fakultäten stärken.

Deshalb fordert die Gesellschaft für Medizinische Ausbildung die explizite Verordnung von Evaluation hinsichtlich der **Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität** der Lehre durch die Neue ÄAppO für Modell- und alle Regelstudiengänge.

Die Gesellschaft für Medizinische Ausbildung stellt dazu den durch ihre Mitglieder vertretenen Sachverstand zur Verfügung. Bei der Durchsetzung, Organisation und Finanzierung der Evaluation könnte auf die Vorschläge des HiS und die jüngsten Empfehlungen des Wissenschaftsrates zur Evaluation der Lehre sowie die Vorbilder in den Niederlanden (VSNU) und Großbritannien (General Medical Council und Scottish Higher Education Funding Council) mit Vorteil zurückgegriffen werden, weil sich diese Konstruktionen im Hinblick auf die Selbstregulation der Fakultäten als wirksam gezeigt haben und die Sicherung der Autonomie der Fakultäten gewährleisten, die ja auch Ziel der Neuregelung der ÄAppO ist.

Die Gesellschaft für Medizinische Ausbildung ist aufgrund der von ihr durchgeführten wissenschaftlichen Sitzungen und Diskussionen zum Thema "Approbationsordnung" zu der Auffassung gelangt, daß der von den verschiedenen Parteien mehr oder weniger begründet als widersprüchlich, unzureichend für eine Neuregelung oder als nicht implementierbar eingeschätzte Entwurf der Neuen ÄAppO nur dann verordnet werden sollte, wenn er die Verpflichtung zur Evaluation aller Studiengänge enthält.

Die GMA betrachtet ihre Stellungnahme als konstruktive Kritik zur qualitativen Absicherung der Neuen Approbationsordnung, d.h. die GMA empfiehlt, den Entwurf um eine Evaluationsklausel im vorgeschlagenen Sinne zu erweitern und ihn dann dem Gesetzgebungsverfahren zuzuführen. Nach Auffassung der GMA würde ein derartiges Verfahren in Zukunft gewährleisten, Mängel des jetzigen Entwurfes in empirisch begründeter Weise beseitigen zu können und den Anschluß an internationale Entwicklungen herzustellen bzw. zu halten. Die Stellungnahme beschränkt sich der gebotenen Kürze halber nur auf Grundsätzliches, zu näheren Ausführungen sind wir im Detail gerne bereit.

Für die Gesellschaft für Medizinische Ausbildung:

Prof. Florian Eitel  
Vorsitzender



# QUALITÄT DER LEHRE ALS VORDRINGLICHES ANLIEGEN DES WISSENSCHAFTSRATES<sup>1</sup>

JÜRGEN VAN DE LOO

## Zusammenfassung

Als unabdingbare Voraussetzung für die Verbesserung der Qualität der Lehre wird ein flächendeckendes und systematisches Verfahren zur Lehr-Evaluation angesehen. Dabei können sowohl bestimmte Anforderungsprofile als auch standardisierte Leistungsparameter neutral beurteilt, die erbrachte Lehrleistung aber auch durch unabhängige Experten subjektiv eingeschätzt werden (Wissenschaftsrat 1996).

In verschiedenen früheren Empfehlungen, zuletzt 1992 in den "Leitlinien zur Reform des Medizinstudiums",

wurden demgegenüber die Partner des Systems, Studenten, Hochschullehrer und Fakultäten unmittelbar angesprochen und ihre jeweilige Verantwortung analysiert. Im Vordergrund stand der Befund, daß die Lehre im Aufgabenkanon der medizinisch-klinischen Hochschullehrer einen nachgeordneten Stellenwert hat. Es müssen Wege gefunden werden, wie die Krankenversorgung höchster Versorgungsstufe gepflegt und weiterentwickelt werden kann, andererseits aber quantitativ auf jenes Maß reduziert werden muß, welches für die vorrangigen Ziele von Forschung und Lehre erforderlich ist.

Man könnte fragen, warum sich ein nationales Beratungsgremium für Wissenschaft und Forschung überhaupt mit Fragen der Lehre beschäftigt. In der Tat hat der Wissenschaftsrat seit seiner Gründung vor 40 Jahren immer wieder Empfehlungen zur universitären Ausbildung ganz allgemein, speziell aber auch zur Medizin, abgegeben. Er sieht sich dazu bis heute verpflichtet, da in vielen Bereichen universitärer Ausbildung das Prinzip der Einheit von Forschung und Lehre seine Gültigkeit behalten hat, auch wenn mehr und mehr klar wird, daß diese strikte Bindung für manche Fächer und Ausbildungsziele nicht mehr gilt. Nichtsdestoweniger hat die Wissenschaft ein vitales Interesse an optimaler Ausbildung im Studium selbst als auch insbesondere in der postgradualen Ausbildung des wissenschaftlichen Nachwuchses. Für viele Fächer gilt aber auch noch heute, daß Beteiligung von Studenten an Forschungsarbeiten die wissenschaftliche Denkweise im späteren Beruf und die selbstkritische Analyse fördern.

In den vergangenen 5 Jahren haben sich mehrere Arbeitsgruppen sehr intensiv mit dem Problem der Qualität der Lehre befaßt. Dabei muß man davon ausgehen, daß über längere Zeit organisatorische äußere Regelungen wie die Lehrverpflichtungen, Regelstudienzeiten, Studienvolumina etc. die öffentliche Diskussion bestimmten. Nun aber ist die Hochschullehre selbst, ihre Qualität und Organisation in den Vordergrund gerückt. Bei kontinuierlich wachsender Wettbewerbsorientierung, zunehmenden Forderungen nach mehr Transpa-

renz und Profilbildung, neuartigen Steuerungsmechanismen im Hochschulsystem sowie der zunehmenden Konkurrenz um knappe öffentliche Mittel stehen mehr und mehr die Leistungen, die einzelne Hochschulen und Fachbereiche in der Lehre erbringen, im Mittelpunkt öffentlichen Interesses, aber auch gesellschaftlicher Kritik. Dabei ist es ratsam, sich über ganz unterschiedliche Dimensionen von Qualität der Lehre Klarheit zu verschaffen:

- Qualität kann sich am Ausbildungsprofil der Absolventen eines Studiengangs, ihrer Kenntnisse, Fähigkeiten und Qualifikationen bewerten lassen. Dabei beruht die Beurteilung von Qualität auf der Grundlage von Standards oder Normen, die eine Qualitätsmessung erlauben und ein Urteil über gutes oder schlechtes Absolventenprofil ermöglichen.
- Qualität von Lehre kann sich als Resultat eines hohen Maßes von Konsistenz eines Ausbildungsprozesses auf die Organisation des Lehr und Studienbetriebs und seine Stimmigkeit im Hinblick auf das Gesetz der Ausbildungsziele messen.
- Qualität kann auch daran gemessen werden, ob die von einem Fachbereich getragene Ausbildungspraxis den Erwartungen und Ansprüchen

<sup>1</sup> im Wortlaut veröffentlicht: Proceedings, Internationaler Kongress „Qualität der Lehre“ Münster, LitVerlag, 1996



einer wissenschaftlichen Hochschulausbildung im Hinblick auf ihre spätere Relevanz für mögliche Tätigkeitsfelder der Absolventen entspricht.

- Qualität von Lehre kann auch unter Effizienzgesichtspunkten beurteilt werden: Hohe Qualität hieße dann, eine möglichst effiziente und akzeptable Verwendung der vorhandenen Mittel im Hinblick auf die vorgegebenen Ausbildungsziele.
- Schließlich kann man Qualität der Lehre unter dem Aspekt betrachten, ob sie bei einem Vergleich des Absolventen zu Beginn und zum Abschluß des Studiums zu einer Zustandsveränderung im Hinblick auf Bildung, Persönlichkeitsentwicklung und Wissenserwerb geführt hat.

Derartig unterschiedliche Aspekte von Qualität der Lehre, wie sie kürzlich von Diana Green und Lee Harvey formuliert wurden, haben ganz unterschiedliche methodische Voraussetzungen: Zum einen kann Qualität gemessen werden anhand bestimmter Anforderungsprofile oder standardisierter Leistungsparameter. Andererseits kann Qualität subjektiv bewertet werden, indem das Urteil von Experten herangezogen wird.

Auf der Basis dieser Voraussetzungen hat sich der Wissenschaftsrat in seiner jüngsten, eben veröffentlichten "Empfehlung zur Stärkung der Lehre in den Hochschulen durch Evaluation" kritisch mit dem Stand der Lehrqualität an deutschen Hochschulen auseinandergesetzt und die rasche Implementierung koordinierter Evaluationsverfahren zur Förderung der Lehrqualität vorgeschlagen. Dabei wird von dem Befund ausgegangen, daß das deutsche Hochschulsystem im Vergleich zu verschiedenen Nachbarländern keine flächendeckenden und systematischen Evaluationsverfahren kennt, und daß man generell konstatieren muß, daß die Lehre an deutschen Hochschulen keinen hohen Stellenwert besitzt. Die Entwicklung von Evaluationsverfahren muß in den Händen der Fachbereiche bzw. Hochschulen bleiben und darf nicht vom Staat übernommen werden. Dazu wird die rasche und flächendeckende Einführung des zweistufigen fach bzw. fachbereichsbezogenen Evaluationsverfahrens empfohlen, wobei die erste Stufe die interne Selbstevaluation und die zweite ein "Peer Review" durch externe Gutachter darstellt. Dezentrale, aber länderübergreifende Evaluationsverbände können die Möglichkeit zum Vergleich verschiedener Fachbereiche bzw. verschiedener Hochschulen schaffen und damit eine wesentliche Voraussetzung zur Entwicklung des Wettbewerbs unserer Universitäten um die beste Lehre erfüllen. Die Hochschulrektorenkonferenz könnte hierbei koordinierende Funktionen übernehmen. Eine staatliche Anschubfinanzierung für derartige Evaluationsmaßnahmen wird für unerlässlich gehalten. Die weitgehende Autonomie der Fakultäten und Hochschulen in kritischer interner und externer Lehrrevaluation kann dann die Basis zur Entwicklung fakultätseigener Lehrprogramme und spezifischer Studienprofile einer Universität darstellen.

Wie Sie erkennen, konzentriert sich diese jüngste Äußerung des Wissenschaftsrats auf Gestaltung und Evaluation von Lehrangeboten einzelner Fächer, von Fakultäten bzw. ganzer Hochschulen. Sie hat also nicht jenen Aspekt von Qualität der Lehre im Auge, der die Leistung der Lehrenden bzw. die Perzeption der Lernenden betrifft. Außerdem befaßt sie sich generell mit den Hochschulen und ihrem vielfältigen Fächerspektrum, nicht aber mit Einzelfächern, wie etwa der Medizin. Dennoch möchte ich Ihnen diese Stellungnahme zur Lektüre empfehlen, da sie die Evaluationsverfahren anderer Länder kritisch und vergleichend analysiert hat, da ihr eine internationale Expertenanhörung zugrundeliegt und schließlich die Arbeiten von zwei Arbeitsgruppen des Wissenschaftsrates in den Fächern Betriebswirtschaftslehre und Physik berücksichtigt, die kürzlich insgesamt 11 freiwillig mitwirkende Fachbereiche und Fakultäten im Rahmen modellhafter Lehrrevaluationen besuchten.

Demgegenüber haben sich die sogenannten "Leitlinien zur Reform des Medizinstudiums" von 1992 unter anderem mit dem Aspekt der Qualitätsverbesserung medizinischer Lehre als gemeinsame Aufgabe der Lehrenden, der Lernenden und der koordinierenden Fakultät auseinandergesetzt. Diese Leitlinien haben seinerzeit aus verschiedenen Gründen vielfältige, teilweise empörte Reaktionen ausgelöst. Als einer der Mitautoren und damaliger Vorsitzender des verantwortlichen Gremiums schätze ich diese Reaktionen insgesamt als einen positiven Stimulus und als Katalysator selbstkritischer Analysen der an der medizinischen Lehre Beteiligten ein. Es wurde damals ausgeführt, daß die Lehre im Gefüge von Krankenversorgung und Forschung von deutlich nachgeordneter Bedeutung ist und daß sie bisweilen die Wahrnehmung der anderen Aufgaben gar stört. Dieses Gefälle werde durch die allgemeine Erwartung der Öffentlichkeit unterstützt, nach der die Krankenversorgung an Universitätskliniken an erster Stelle zu stehen habe. Umso mehr seien die Fakultäten aufgefordert, auf die Rolle der Universitätskliniken als medizinische Ausbildungsstätte und als den Platz für klinische Forschung hinzuweisen.

Diese Empfehlung hat versucht, sehr konkret die Partner des Systems, nämlich die Hochschullehrer, die Studenten und die Fakultät als Koordinator, anzusprechen. Für die Hochschullehrer und Ausbilder im klinischen Bereich wird die zeitliche Überlast an Krankenversorgung als wesentlicher Grund dafür angesehen, daß die für die Lehre notwendige Zeit nicht zur Verfügung steht. Nur eine quantitative Reduktion von Krankenversorgung, d.h. beispielsweise weniger Prostataktomien, weniger Koronarangiographien und weniger Leukämiebehandlungen, kann die für die Lehre nötigen Freiräume schaffen. Diese quantitative Reduktion hat nichts mit geringerer Qualität der medizinischen Versorgung unserer Bevölkerung zu tun: Sowohl Kapazität als auch insbesondere Qualität unserer großen und mittleren regionalen Krankenhäuser sind in den letzten Jahrzehnten so gewachsen, daß eine quantitative Reduktion der universitätsklinischen Krankenversorgung

auf das für Lehre und Forschung erforderliche Maß gut verantwortet werden kann. Es bedarf aber auch des organisatorischen Willens der leitenden Ärzte, Freiraum für die Studentenausbildung zu schaffen. Beispielhaft sind Kliniken zu nennen, wo einzelne Wochentage ganz der Lehre gewidmet sind oder wo eine feste Gruppe von Oberärzten und Assistenten ganz aus der Krankenversorgung herausgenommen und für die Lehre verantwortlich sind.

Als Hilfsmittel zur Motivation der Lehrenden sind verschiedene Formen finanzieller Anreize, Preise für gute Lehre oder vorübergehende Freistellungen nach erfolgreicher Lehre diskutiert worden. Alle diese Möglichkeiten setzen adäquate Methoden der Evaluation guter Lehre voraus. Hier sollten der Phantasie einer Fakultät keine Grenzen gesetzt werden. Insbesondere ist der Wissenschaftsrat der Meinung, daß Evaluation der Lehrenden durch die Lernenden bei Wahrung bestimmter Spielregeln der Diskretion nicht nur zumutbar, sondern empfehlenswert ist.

Allerdings kann und muß dieser Evaluation der Lehrenden auch eine sehr viel intensivere und häufigere Evaluation der Lernenden unter dem Aspekt ihres Wissensstandes und der immer wieder erneut zu stellenden Frage nach der Eignung zum ärztlichen Beruf gegenüberstehen. Nur die Besten im Sinne von Wissen und Eignung sollten spätere Ärzte werden, so müßte unsere Devise lauten. Das bedeutet langfristig das Recht der Fakultäten auf eigene Auswahl aller ihrer Studenten zu Studienbeginn und kontinuierliche Selektion der Nichtgeeigneten oder der den Anforderungen nicht genügenden Studentinnen und Studenten.

Aus dem Recht zur gegenseitigen Evaluation geht die gemeinsame Verantwortung zur Erreichung des Ausbildungszieles im Sinne einer Lehr- und Lerngemeinschaft hervor. Unter anderem setzt dies aber voraus, daß die Fakultäten dafür Sorge tragen, daß das Volumen des Lernstoffs auf das Machbare reduziert wird. Die Entschlackung der Gegenstandskataloge bzw. dessen, was jede Fakultät und jeder Hochschullehrer an Stoff anbietet und fordert, ist der Kernpunkt einer sinnvollen Reform des Medizinstudiums. Dabei geht es einerseits um die Frage, welche Fächer in welchem Umfang Pflichtfächer bleiben werden und welche Fächer gegebenenfalls zu Wahlpflichtfächern umgewandelt werden können. Andererseits muß jedes einzelne Fach seine Menge und Auswahl des Lehrstoffes kritisch hinterfragen, ebenfalls entschlacken und auf die primärärztlichen Bedürfnisse reduzieren.

Analog den Lehrenden können auch für die Lernenden Anreize geschaffen werden. Das Studium sollte Freude machen, auch wenn es die intellektuelle und körperliche Leistungsfähigkeit vollständig in Anspruch nimmt. Mit wachsendem Wissen und beginnender Erfahrung sollte die Neugier und Spannung auf die spätere Berufsausübung zunehmen. Problemorientierte, fächerübergreifende Lehrveranstaltungen und mit wachsendem Wissen schrittweise zunehmender Kontakt mit Patienten sind wahrscheinlich richtige Wege. Die sogenannten

"interdisziplinären Komplexe" im Ausbildungssystem der ehemaligen DDR können als Muster dienen.

Ganz ungenügend machen wir von der Möglichkeit Gebrauch, spezielle Lehrangebote für besonders befähigte Studenten aufzulegen, wie es das Hochschulrahmengesetz ausdrücklich vorsieht. Dies bedeutet gleichzeitig den frühzeitigen Beginn von Förderungen des wissenschaftlichen Nachwuchses und eine Möglichkeit zur Auswahl von Kandidaten für anspruchsvollere Doktorarbeiten.

Ein Kernpunkt der "Leitlinien" war die Forderung des Wissenschaftsrates und ist es bis heute geblieben, alles in unseren Kräften Stehende zu tun, um die Fakultäten für die Aufgaben der studentischen Ausbildung zu stärken. Das ist zweifellos zunächst ein Prozeß der Motivation aller Hochschullehrer und damit der aus ihnen gewählten Dekane. Dazu gehört aber auch eine adäquate Ausstattung der Dekanate bzw. der Einrichtungen einer Fakultät, die für die Organisation der Lehre zuständig sind. Eine Einrichtung wie unser Institut für Ausbildungsforschung und Studienangelegenheiten muß für seine Aufgaben adäquat ausgerüstet sein, aber auch so überzeugend arbeiten, daß es vollen Rückhalt bei Fakultät und Hochschullehrern genießen kann.

Abschließend möchte ich darauf eingehen, daß immer wieder die Frage nach der Umsetzung von Anregungen des Wissenschaftsrates in die Praxis der Fakultäten gestellt wird. Zum einen ist es satzungsgemäße Aufgabe des Wissenschaftsrates, Empfehlungen zu geben, nicht aber die Realisierung seiner Empfehlungen zu evaluieren. Andererseits sehe ich mit Beruhigung und einer gewissen Befriedigung, daß dieser Kongreß vielfältige Beispiele dafür vorgestellt hat, wie unsere Fakultäten versuchen, sich selbst nach der Frage der Qualität ihrer Lehre zu evaluieren. Einige Fakultäten haben in den vergangenen Jahren überzeugende Konzepte qualitätskontrollierter Lehrveranstaltungen, aber auch von internen und externen Evaluationsprogrammen entworfen, die dem gleichen Ziele dienen.

Erlauben Sie, daß ich mit zwei persönlichen Meinungsäußerungen schließe.

Als essentielle Bedingungen für die Verbesserung der Ausbildung zum Arzt sehe ich zwei Prozesse an:

1. muß es gelingen, durch ein Bündel von Maßnahmen den Wert der Lehre in den Köpfen der Hochschullehrer und in den Programmen der Fakultäten so zu erhöhen, daß sie beispielsweise bereit sind, einen ganzen Wochentag oder zweimal je einen ganzen Monat des Jahres ausschließlich für Studentenunterricht zu investieren. Und dies muß ihnen Spaß machen und sich sowohl finanziell als auch in der Reputation lohnen.
2. Fakultäten und einzelne Fächer müssen es schaffen, den Lehrstoff so zu reduzieren, daß unsere examinierten Ärztinnen und Ärzte primärärztliche Patientenversorgung beherrschen,

dennoch aber Anreize zur persönlichen  
Schwerpunktbildung während des Studiums  
folgen können.

### **Literatur**

Green D., L. Harvey:

Quality assurance in Western Europe: Trends, practices and issues. 5th  
International Conference on assessing quality in higher education, Bonn,  
Juni 1993.

Wissenschaftsrat:

- Empfehlungen zur Verbesserung der Ausbildungsqualität in der  
Medizin, Köln, 1988.
- Leitlinien zur Reform des Medizinstudiums, Köln, 1992.
- 10 Thesen zur Hochschulpolitik, Köln, 1993.
- Empfehlungen zur Stärkung der Lehre in den Hochschulen  
durch Evaluation, Köln, 1996.

### **Anschrift des Verfassers:**

Prof. Dr. med. J. van de Loo  
Medizinische Klinik und Poliklinik  
- Innere Medizin A-  
Albert-Schweitzer-Str. 33

48129 Münster



# ETHIK IN DER MEDIZIN - DIE FALLSTUDIE, MODELL FÜR DIE FÄCHERINTEGRIERENDE LEHRE.

SPONHOLZ G., BAITSCH H., KELLER F., ALLERT G., MEIER-ALLMENDINGER D.

## Zusammenfassung

Ethische Entscheidungskonflikte sind im Alltag der Medizin ubiquitär. Die Konflikte müssen erkannt und adäquat gelöst werden. Hierzu hat der Arbeitskreis "Ethik in der Medizin" der Universität Ulm für die Studierenden der Medizin Fallseminare durchgeführt. An den Kleingruppenseminaren nehmen auch Fachvertreter unterschiedlicher Disziplinen sowie Pflegekräfte und Seelsorger teil. Bisher haben über 300 Studierende freiwillig die Seminare besucht. Alle Teilnehmer, auch die Referenten der medizinischen Fälle bewerten die Interdisziplinarität, die Praxisnähe und die aktive Beteiligung der Studierenden sehr positiv.

## Summary

Ethical conflicts are very frequent in daily practice in medicine. Conflicts have to be identified and solved. The Study Group "Ethics in Medicine" from the University of Ulm implemented a case-based curriculum for medical students. Physicians from different scientific disciplines, nurses and pastoral workers take also part in the small group seminars. So far more than 200 students attended the courses voluntarily. All participants, including the physicians rate the courses as very valuable, especially the interdisciplinarity, the practical examples, and the active involvement of the students.

## Die Ausgangssituation

Ethische Konflikte sind im ärztlichen Alltag ubiquitär; sie werden oft nicht erkannt und deshalb als Konflikt individualisiert, dementsprechend werden sie häufig nicht adäquat gelöst. Es geht bei diesen Konflikten um Entscheidungen und Handlungsoptionen zur Selbstbestimmung der Patienten und ihrer Angehörigen, um das Wohl der Patienten (Reiter-Theil et. al. 1996). Auch sind Prinzipien berührt, die in ärztlichen Standesnormen genannt sind (Bundesärztekammer 1994), so Schweigepflicht und Wahrhaftigkeit, Gerechtigkeit und Verantwortung. Besonders wichtige Konfliktfelder sind der Anfang und das Ende des Lebens, die Ressourcenallokation auf der Makro- aber auch der Mikroebene des ärztlichen Alltags. Die Forschung am Menschen ist als Konfliktfeld für den ärztlichen Alltag von geringerer Bedeutung. Sie rückt aber in den Forschungseinrichtungen innerhalb und außerhalb der Universitäten mehr und mehr in den Vordergrund.

Auf die alltäglichen medizinethischen Konflikte der ärztlichen Praxis wird die Mehrzahl der Studierenden nicht vorbereitet. So geben mehr als 70% einer größeren Stichprobe von Ärztinnen und Ärzten im Praktikum (AiP) an, daß sie schon zu Beginn ihrer Berufstätigkeit mehrfach mit solchen Konflikten konfrontiert waren. Der Umgang mit diesen Konflikten und wie die Konflikte gelöst werden könnten, ist während des Studiums nicht gelernt worden (Sponholz et. al. 1994). Wirsching (1994) ist zuzustimmen: "Bereits heute ist der Arzt, wenn auch ganz unvorbereitet, in vielfältige

ethische Konflikte einbezogen".

## Die Lehr-Lern-Konzeption

Konkrete ethische Probleme des medizinischen Alltags werden in unserer Lehr- Lern-Konzeption anhand eines konkreten Falles analysiert und diskutiert. In diesen Diskurs sind in der Regel mehrere medizinische Fächer einbezogen. Denn die Komplexität, die jeden einzelnen "Fall" charakterisiert, ist nicht (oder nur höchst selten) auf die reduzierte Dimension eines einzelnen Faches abbildbar. Dieser längst erkannte, aber bislang in den Ausbildungsordnungen noch zu wenig beachtete Sachverhalt bildet die Grundlage aller neueren Vorschläge für eine Neuordnung des Medizinstudiums (Wissenschaftsrat 1992 und Robert Bosch Stiftung 1995). Man kann vereinfacht sagen: Ethik in der Medizin ist gleichermaßen fächerübergreifend wie einige andere sog. Querschnittsfächer und Fachbereiche (z.B. Humangenetik, Epidemiologie, Soziologie u.a.).

Wie ein Bereich "Ethik in der Medizin" unter funktionalen (und nicht fächeregoistischen) Gesichtspunkten organisiert werden könnte, wird derzeit an vielen Stellen diskutiert. Interessante Beispiele sind u.a. die Ethik-Zentren der Dartmouth University sowie der University of Pennsylvania, in denen eine sehr große Zahl ihrer Mitglieder in Lehre, Fortbildung, Beratung und Forschung fächerübergreifend zusammen wirkt\*. Vergleichbare Zentren existieren in Deutschland (noch) nicht, gleiches gilt offensichtlich auch für die Medizinischen Fakultäten der Schweiz (Hitzig 1992).

## Die Fallstudie

Frey und Frey-Eiling (1993) stufen den Lernerfolg der Fallstudie sehr hoch ein: "Bei der Fallstudie haben Sie ein hohes "Time on Task", damit hohe Effizienz. Die Fallstudie ist eine der wenigen Unterrichtsmethoden, die selbständiges Arbeiten in einem komplexen Feld erlauben. Sie ist eine der wenigen Unterrichtsmethoden, die die selbständige Urteilsbildung fördern - und dies in ... hoch strukturierten Disziplinen". Zu diesen hochstrukturierten Disziplinen gehört ohne Zweifel die Medizin.

Ein vorrangiges Ausbildungsziel, das wir auch mit unserer Konzeption anstreben bzw. erreichen wollen, wird schon in dem Zitat aus Frey et. a. (1993) formuliert: selbständiges Arbeiten und selbständige Urteilsbildung; im Falle der Ausbildung zur Ethikfähigkeit im Fach Medizin als einer hochstrukturierten Disziplin geht es um die Einübung und den Erwerb spezifischer Kompetenzen, die erforderlich sind für das Erkennen und Lösen konflikthafter, wertbesetzter Entscheidungen im weiten Rahmen der Arzt-Patient-Beziehung. Es handelt sich dabei nicht um eine einfache und isolierte Kompetenz. Vielmehr ist die übergeordnete und angestrebte Problemlösungskompetenz ein komplexes Konstrukt, dem eine wiederum komplexe Matrix von Eigenschaften zugrunde liegt wie Analysekompetenz, Bewertungskompetenz, Reflexionskompetenz, verbunden mit Kompetenzen zur Kommunikation wie Begründungs-, Verbalisations-, und Diskurskompetenz. Zudem soll über die Fallstudie auch die Fähigkeit eingeübt werden, das eigene Wertesystem reflektieren zu können (Baitsch et. al. 1995).

Dieser Anspruch ist hoch. Er kann mit Sicherheit kaum (oder allenfalls nur selten) im Rahmen einer einzelnen Lehrveranstaltung während nur eines Semesters erfüllt werden. Dies sehen wir gleichermaßen wie auch unsere Studierenden; sie wünschen deshalb mehrheitlich, daß der Bereich "Ethik in der Medizin" studienbegleitend angeboten und wahrgenommen werden soll. Deshalb sollte auch schon in den ersten Semestern mit diesem Prozeß der Ausbildung von "Ethikfähigkeit" begonnen werden (siehe hierzu auch Kahlke 1994).

Die Fallstudie, mit intensivem personellem und zeitlichem Einsatz vorteilhaft im Blockseminar durchgeführt, war somit die Methode der Wahl für den Einstieg in diesen Lernprozeß; unsere ganz überwiegend positiven Erfahrungen mit diesem Lehr-Lern-Konzept decken sich mit Ergebnissen aus der Literatur (u. a. Cannon 1900, Thomas 1992).

Die Blockseminare werden in der Regel während des ganzen Semesters als Wochenendseminare (Dauer 10 - 12 St., entsprechen 1 SWS) angeboten und sehr gut angenommen. Vereinzelt haben wir auch vor Semesterbeginn mehrtägige Blockseminare angeboten mit dem Ziel, eine Unterrichtseinheit zu erproben, die einer 2-stündigen Semesterveranstaltung entspricht. Wir haben den Eindruck gewonnen, daß diese Form den

beteiligten Studierenden zwar sehr entgegenkommt, sie ist jedoch derzeit zusätzlich zu den Pflichtveranstaltungen, innerhalb der regulären Vorlesungszeit, wegen der Zeitüberschneidungen, nicht konfliktfrei realisierbar.

An den Wochenendseminaren haben jeweils maximal 12 - 15 Studierende teilgenommen. 2 studentische Hilfskräfte, 2 Referenten (Ärzte, Patienten, Schwestern) und 2 Moderatoren gehören zum Lehrteam. In jedem Seminar werden 2 Fälle behandelt, z. B. ein Fall aus dem ärztlichen Bereich und ein zweiter Fall aus der Pflege oder aus der Patientensicht. Die beigefügte Übersicht (Tab. 1) gibt einen Einblick in die Themenvielfalt der vorgestellten Fälle. Alle Seminare werden evaluiert (Prozessevaluation und Outcome-Evaluation).

Großen Anklang finden bei Studierenden der Medizin diese fallorientierten Ethikseminare, weniger akzeptiert sind Vorlesungen zur Theorie der Medizinethik. Gerade die Arbeit an einem "echten Fall" mit Beteiligung von Personen anderer Fachdisziplinen wird sehr positiv bewertet (Sponholz et. al. 1995).

## Kurzfassung des Ablaufs und der Struktur der Falldarstellung

Der "Fall" wird sequenziert von den jeweiligen Referenten des Lehrteams (Patientin/Patient, Pflegekraft, Ärztin/Arzt) vorgetragen. Die medizinischen Fakten (Krankheitsbild, Diagnose und Prognose) werden dem Wissensstand der Teilnehmenden angemessen ausführlich besprochen, soweit dies erforderlich ist für die ethische Analyse und die Entscheidungsfindung. Die Studierenden haben die Möglichkeit und werden dazu animiert, den Bericht jederzeit durch orientierende Zwischenfragen zu unterbrechen. Einen deutlich breiteren Raum nimmt die medizin-ethische Analyse ein; hier werden Fragen- und Problembereiche angesprochen, ihre Kontexte werden durch das Frage- Antwortspiel zwischen Referenten und Studierenden ausgeleuchtet, erfahrene Kliniker können als Experten befragt werden. Folgende Fragen werden gestellt: Um welche Konflikte handelt es sich? Wer ist betroffen? Welche Entscheidungen stehen an, um welche Handlungsoptionen geht es? Wer muß entscheiden, wer muß an den Entscheidungen mitwirken? Was sind die Wünsche und Willensäußerungen der Patienten, der Angehörigen, des Pflorgeteams, des Ärzteteams? Welche Prinzipien sind tangiert, welcher Kontext ist zu berücksichtigen? Ausführlich werden die Chancen und Risiken der verschiedenen Optionen diskutiert; die getroffenen Entscheidungen werden analysiert und im Diskurs begründet. Als wertvoll hat sich die Einbeziehung besonderer didaktischer Konstellationen und Hilfsmittel (Thomasma 1978) erwiesen; so z.B. die Erörterung der Entscheidungsoptionen in Kleinstgruppen und das Durchspielen kritischer Entscheidungsdiskurse in improvisierten Rollenspielen.

## Die Fallstudie als ein Modell der fächerintegrierenden Lehre

Am vorgetragenen und im intensiven Diskurs analysierten Fall werden nicht allein die ethischen Aspekte bearbeitet; immer werden auch die beteiligten

medizinischen Disziplinen, die in die Fallgeschichte involviert sind, in ihrer Bedeutung und hinsichtlich ihres Beitrags zur je einmaligen Komplexität des vorgetragenen Falles gewürdigt (Allert et. al. 1994 und Jonsen 1995). Dieser Ansatz entspricht dem u.a. von

Tabelle 1

### (unvollständige) Übersicht über die Seminare 1994, 1995/1996

Fallstudien (Themen pro Seminar)	Ethische Konfliktfelder	Beteiligte Fächer
Onkologie / Patientenbericht	Aufklärung, Forschung, Autonomie, informed consent	Innere Medizin, Onkologie, Neurologie, Rehabilitationsmedizin, Pflege, Ethik
Nephrologie / paper-case (Penicillin)	Autonomie, Behandlungspflicht, Ressourcenallokation	Innere Medizin, Nephrologie, Wehrmedizin, Dermatologie, Ethik
Hämatologie / Patientenbericht	Aufklärung, Therapieabbruch, informed consent, Autonomie	Innere Medizin, Hämatologie, Neurologie, Rehabilitationsmedizin, Ethik
Neonatologie / Planspiel Humangenetik	Therapieabbruch, Sorgerecht der Eltern, Bewertung von Behinderung	Neonatologie, Gynäkologie, Pädiatrie, Humangenetik, Ethik
Trisomie 21 / Pflegebereich	Hirntod, Therapieabbruch, Pflegebereich vs. Ärzte	Humangenetik, Neurologie, Innere Medizin, Onkologie, Ethik
Genetische Beratung	Schwangerschaftsabbruch, Prädiktive Medizin, informed consent	Gynäkologie, Zytogenetik, Humangenetik, Psychologie der Beratung, Ethik
Sterbehilfe (Kemptner Fall) / Pflegebereich Gynäkologie / Video "Tod auf Verlangen"	Der Wille des Patienten, Interaktion Ärzte/Pflege, informed consent, aktive/passive Sterbehilfe	Rechtsfragen, Gerontologie, Rechtsmedizin, Standesnormen, Public Health, Pflege, Ethik
Pädiatrie / Sterbehilfe	Maximaltherapie vs. Abbruch, Sterbehilfe	Hämatologie, Pädiatrie, Rechtsmedizin, Public Health, Palliativmedizin, Ethik
Neonatologie / Patientenbericht	Maximaltherapie vs. Abbruch, informed consent	Pädiatrie, Neonatologie, Intensiv-Medizin, Neurologie, Neurochirurgie, Ethik
Notfallmedizin bei einem Massenunfall	Triage, Ressourcenallokation, Entscheidungsbegründung	Notfallmedizin, Rechtsfragen, Rechtsmedizin, Ethik
Suicid / aktive und passive Sterbehilfe	Autonomie des Patienten vs Verantwortung des Arztes	Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik, Rechtsmedizin, Ethik
Psychotherapie / Famulaturerlebnis einer Teilnehmerin	Sexualität und Autonomie, "das schlechte Vorbild"	Psychotherapie, Forensische Medizin, Innere Medizin, Ethik
Onkologie / Geriatrie	Hospiz Bewegung, Autonomie, Therapie am Lebensende	Innere Medizin, Onkologie, Geriatrie, Palliativ-Medizin, Ethik
Intensivtherapie bei einem schwerstbehinderten Kind / Aufklärung eines Patienten	Maximaltherapie, Eltern als Stellvertreter, Lebensqualität, Aufklärung, Autonomie	Pädiatrie, Sozialmedizin, Intensivmedizin, Innere Medizin, Medizinische Psychologie, Ethik
AIDS / Intensivmedizin	Autonomie, Interessen der Gesellschaft, Therapieverzicht, Ressourcenallokation	Innere Medizin, Intensivmedizin, Infektiologie, Medizinische Soziologie, Rechtsfragen, Pflege, Ethik

Winkler (1993) vertretenem Ansatz des Kontextualismus, er ist auch eng verwandt dem "Story"-Konzept von Ritschl (1982); auf diese Ansätze gehen auch Carson (1994) und Pellegrino (1995) ein.

An folgendem Beispiel läßt sich in stark verkürzter Darstellung zeigen, daß mehrere Fächer (Innere Medizin, Hämatologie, Psychiatrie, Psychotherapie, Allgemeinmedizin, Chirurgie) in diesem Fall eine wichtige Rolle spielen:

Ein junger Patient (ca. 25 Jahre alt) ist an einer akuten lymphatischen Leukämie erkrankt und wird stationär aufgenommen. Schon zu Beginn des Klinikaufenthaltes wird erkennbar, daß der Patient psychiatrische Hilfe benötigt (Suizidalität, extreme familiäre Bindungen v.a. an die Mutter). Fragen zur Geschäftsfähigkeit und

Einsichtsfähigkeit des Patienten, zum informed consent, zur Autonomie, zur Rolle der Angehörigen, aber auch zu den Chancen und Risiken einer Chemotherapie werden gestellt; die besonderen pflegerischen und beaufsichtigenden Maßnahmen wegen des bestehenden Suizidrisikos bilden einen umfangreichen Gegenstand des Diskurses zwischen den Studierenden und den beiden Referentinnen. Operative Eingriffe werden im Zuge der Therapie erforderlich, der Kontakt zum Hausarzt der Familie wird zunehmend wichtiger.

Die komplizierten ethischen Probleme der möglichen Handlungsoptionen dieses Falles wurden ganz überwiegend durch die Studierenden selbst erarbeitet; die erforderlich werdenden Hilfen leisteten zurückhaltend und nichtdirektiv die beiden Mitglieder



des Arbeitskreises "Ethik in der Medizin"\*\*\*, die das Seminar moderierten. Die Referentinnen des Falles waren während der Eigenarbeit der Studierenden als Auskunftspersonen und "Experten" ständig präsent, ohne sich in den Arbeitsprozeß der Studierenden ungefragt einzumischen.

### Einige Ergebnisse der Evaluation in Kurzfassung

In den 27 seit 1994 durchgeführten Ethik-Seminare war die große Mehrzahl der in der medizinischen Fakultät der Universität Ulm vorhandenen medizinischen Disziplinen in den vorgestellten Fällen vertreten (Abbildung 1 und Tabelle 1).

Weit mehr als 300 Studierende der Medizin (vorwiegend aus dem vorklinischen Abschnitt) haben seit Sommersemester 1994 an den Seminaren freiwillig teilgenommen. Von diesen Studierenden wollen 90% wieder an einem Folgeseminar teilnehmen, sie haben dies teilweise auch schon realisiert.

In der schriftlichen Bewertung der Seminare durch die Studierenden findet sich regelmäßig die Aussage, daß die eigene Arbeit an einem "echten" Fall bei stark zurückhaltender Mitbeteiligung der betreuenden Ärzte, Pflegekräfte oder der Patienten als herausragend positiv zu bewerten ist: nicht die verkürzende Reduzierung auf

ein Organ oder ein Syndrom, auch nicht die Konzentration auf ein einzelnes "Fach", nicht die vorschnelle Entscheidung ("der Schnellschuß aus der Hüfte") sondern die geduldige und sorgfältige Bearbeitung des je einmaligen Komplexes mit der Integration mehrerer fachlicher Aspekte in einem konkreten Einzelfall wird begrüßt. Die Studierenden haben erfahren, daß schwierige Entscheidungen und Lösungen "oft unter Zeitdruck gefunden werden, der sich negativ auf Informationsaufnahme- und Informationsverarbeitungsprozesse auswirkt, zu Rigidität, abnehmender Entscheidungsbereitschaft und zu Problemen bei der Entscheidungsrealisation führt" (Müssen 1995).

Auch die Rückmeldung der Fallreferenten war durchweg positiv: die strukturierte und ohne Zeitdruck durchgeführte Fallanalyse unter Beteiligung mehrere Fachvertreter wurde als anregend und der Realität angemessen empfunden. Alle ärztlichen Referenten äußern sich spontan, sie hätten sich für ihr Studium solche Veranstaltungen gewünscht.

Insgesamt ist die Akzeptanz unserer Lehr-Lern-Konzeption sehr hoch. Eine detaillierte und umfangreiche Darstellung der Evaluationsergebnisse erfolgt im Schlußbericht des Projekts "Ethik in der Medizin in frühen Phasen des Medizinstudiums"\*\*\*.

Ethik in der Medizin:  
Beteiligte Fächer bei den Fallstudien

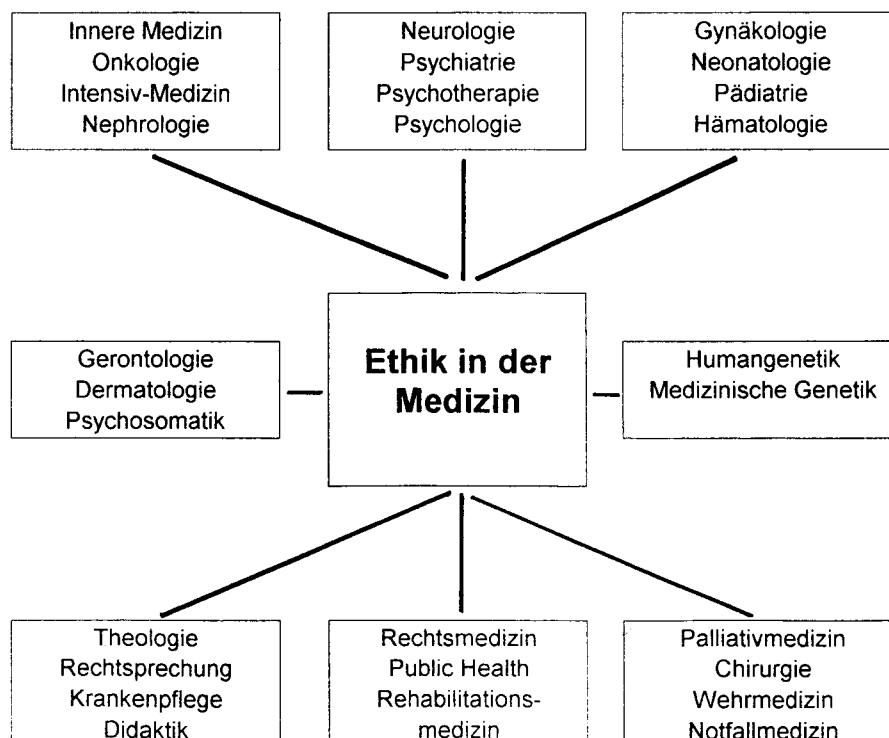


Abbildung 1

## **Abschließende Bemerkungen**

Die Fallstudie ist als didaktisches Instrument in der fächerübergreifenden Lehre die Methode der Wahl, die eine hohe Effizienz der Lernzielerreichung gewährleistet. Hierfür sprechen die Ergebnisse der Evaluation: die Studierenden berichten, daß sie die fächerübergreifende Komplexität der Fälle verstanden haben; die für den ethischen Entscheidungsprozeß wichtigen Kompetenzen (skills, attitudes und auch knowledge, vgl hierzu Piper 1993) konnten geübt werden; um kommunikative Kompetenz im Diskurs zu trainieren, ist die geringe Gruppengröße zwingend. Auch hat es sich als zweckmäßig für die Zielerreichung erwiesen, daß für den Diskurs genügend Zeit zur Verfügung stand; insbesondere war durch die Aufteilung des Seminars auf zwei aufeinanderfolgende Halbtage (Freitagabend und Samstagvormittag) Gelegenheit geboten, emotionale Belastungen im gemeinsamen Gespräch zu bearbeiten. Wir entnehmen aus den zahlreichen schriftlichen und mündlichen Rückmeldungen von Seiten der Studierenden, daß diese Lehr-Lern-Konzeption als optimal erlebt wird.

Die Dozenten, die ihren Fall vorstellen, aber auch die Moderatoren und die wissenschaftlichen Hilfskräfte berichten übereinstimmend, daß der konkrete Fall hervorragend geeignet ist, die fächerübergreifende Komplexität hinreichend transparent zu machen. Nahezu jeder Fall enthält eine Kombination personaler und fachspezifischer Anteile; das Muster dieser Kombination variiert qualitativ und quantitativ derart, daß letztendlich kein Fall mit einem anderen identisch ist, jeder Fall ist einmalig. Diese Erfahrung wurde von den berichtenden Referenten als sehr bedeutsam angesehen. Hervorgehoben wurde, daß die für die Fallbearbeitung verfügbare Zeit mit 3-4 Stunden diesen Lernprozeß erst ermöglicht hat. Als besonders günstig erweist es sich, wenn sich an diesem Diskurs mehrere "Experten" beteiligen, die in dieser Rolle nicht dozieren sondern als zurückhaltende Gesprächspartner für die Studierenden agieren.

Dieses Setting erfordert eine sorgfältige Vorbereitung: die Rollen müssen abgesprochen werden; es wird vereinbart, daß die Referenten referieren (und nicht dozieren, bewerten, prüfen, moderieren) und die Moderatoren moderieren (und nicht dozieren, bewerten usw.) Zu den Spielregeln gehört auch, daß die Moderatoren (freundlich und sorgsam) eingreifen, wenn diese Vereinbarungen nicht eingehalten werden.

Einige Fragen, die die Realisierung solcher Programme betreffen sollen abschließend angesprochen werden. Sie handeln von dem Personal-, Organisations- und dem Zeitaufwand unserer Lehr-Lern-Konzeption. Dieser Aufwand ist sehr hoch; hierzu ist in Kürze folgendes zu sagen: der Aufwand läßt sich relativ leicht nachrechnen. Das typische Wochenendseminar umfaßt ohne Vor- und Nachbereitungszeiten 10 - 12 Stunden. Dies entspricht bei formaler Rechnung mindestens einer einstündigen Lehrveranstaltung (1 SWS). Rechnen wir als Teilnehmerzahl insgesamt 150 Studierende (das sind etwa 60 - 70% eines Jahrgangs unserer Universität)

dann müßten 10 - 12 Seminare durchgeführt werden, um diesen Bedarf zu decken. Die zeitliche Hauptbelastung der Lehrenden trifft die 2 Moderatoren, die neben der Vor- und Nachbereitung auch die umfangreichen organisatorischen Arbeiten zu leisten haben. Schon aus dieser Rechnung geht hervor, daß unser Lehr-Lern-Konzept "fächerübergreifende Fallstudien in der kleinen Gruppe" nicht von einem "Einzelkämpfer" allein getragen werden kann. Ohne Infrastruktur und ohne Partner, in Einsamkeit und Freiheit kann er nicht alle Aufgaben übernehmen, die für den Bereich "Ethik in der Medizin" zu leisten sind, nämlich Lehre, Forschung, Beratung, Weiterbildung und Konsiliardienst.

Ziel muß es daher sein, an den Universitäten eine fächerübergreifende und fächerverbindende Organisationseinheit, z.B. in der Form eines Zentrums für Ethik in der Medizin, zu schaffen. Dieses Zentrum muß auch interprofessionell die verschiedenen Berufsgruppen an einer Universität einbeziehen: neben dem ärztlichen Personal aller Chargen einschließlich aller Studierenden müssen der Pflegebereich, die Klinikseelsorge sowie auch Vertreter der Bereiche Sozialwissenschaften, Recht, Philosophie und das Management in diesem Zentrum vertreten sein und zu Wort kommen. Beispielhaft sei hier das oben schon erwähnte Center for Bioethics der University of Pennsylvania in Philadelphia genannt. Eine solche Konfiguration kann das erfolgreiche Zusammenwirken ihrer Mitglieder in einer fächerübergreifenden Lehre gewährleisten - wenn die Protagonisten dies nur wollen.

## **Anmerkungen**

\* Information über die Institute in Dartmouth und Pennsylvania sind über das Internet zu erhalten:

<http://www.dartmouth.edu/artsci/ethics-inst/about.html>  
<http://www.med.upenn.edu/~biethic/center/index.html>

\*\* Das Ulmer Projekt "Ethik in der Medizin in frühen Phasen des Medizinstudiums" wird vom Ministerium für Wissenschaft und Forschung des Landes Baden-Württemberg gefördert.

\*\*\* Zur Kerngruppe des "Arbeitskreises Ethik in der Medizin" der Universität Ulm gehören:

Dr. med. Gebhard Allert, Abteilung Psychotherapie der Universität Ulm  
Prof. em. Dr. rer. nat., Dr. med. Helmut Baitsch, Abteilung Medizinische Genetik der Universität Ulm  
Prof. Dr. med. Gerhard Gaedicke, Kinderklinik der Charité, Humboldt Universität Berlin  
Prof. Dr. med. Frieder Keller, Sektion Nephrologie und Mineralhaushalt der Universität Ulm  
Dipl. biol. Elke Kohler (für die wissenschaftlichen Hilfskräfte) Universität Ulm  
Dr. med. Diana Meier-Allmendinger, Psychiatriezentrum Embrach, Schweiz  
Dr. biol. hum., Dr. med. Gerlinde Sponholz, Abteilung Medizinische Genetik der Universität Ulm  
Cand. med. Michael Strößler, Universität Ulm (für die studentischen Mitglieder)

## Literatur

- Allert G., Sponholz G., Meier-Allmendinger D., Gaedicke G., Baitsch H.: Kurze Übersicht über die Lehraktivitäten des Ulmer Arbeitskreises für Ethik in der Medizin. *Ethik Med* 6: 99-104, 1994
- Baitsch H., Sponholz G.: Über das Lehren und Lernen des medizinischen Diskurses. In: Trampisch H.J., Lange S.: *Medizinische Forschung - Ärztliches Handeln*. MMV Medizin Verlag München: 260-264, 1995
- Bundesärztekammer: Berufsordnung für die deutschen Ärzte. D.Ä. 91, 1/2: 38-43, 1994
- Carson R.A.: Thinking about Cases as Stories. *J. Clin. Ethics* 5 (4): 347-348, 1994
- Cannon W.B.: The Case Method of Teaching Systematic Medicine. *Boston Medical and Surgical Journal*, 142, 22: 563-564, 1900
- Frey K., Frey-Eiling A.: *Allgemeine Didaktik*. VdF, Zürich, 6. Auflage, 1993
- Hitzig W.H.: Teaching and Training in Medical Ethics: Swiss Perspective. Vortrag auf der Tagung der AECCEM in Bad Segeberg, unveröffentlichtes Manuskript, 1993
- Jonsen A.R.: Casuistry: An Alternative or Complement to Principles? *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 5,3: 237-251, 1995
- Kahlke W.: Ethik in der Medizin - ihr Stellenwert in der ärztlichen Ausbildung. *Med. Ausbildung*, 11, 1: 2-12, 1994
- Müssen P.: Der Beitrag der Human- und \*/ Gesellschaftswissenschaften zur christlichen Sozialethik - gezeigt am Beispiel (sozial-) psychologischer Fragen. In: Heimbach-Stein M., Lienkamp A., Wiemeyer J.: *Brennpunkte Sozialethik*. Herder, Freiburg, Basel, Wien: 213-230, 1995
- Pellegrino E.D.: Toward a Virtue-based Normative Ethics for the Health Professions. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 5,3: 253-277, 1995
- Piper T.R.: Rediscovery of Purpose: The Genesis of the Leadership, Ethics, and Corporate Responsibility Initiative. In: Piper T.R., Gentile M.C., Parks S.D. (eds.): *Can Ethics be Taught?* Harvard Business School, Boston: 1-12, 1993
- Reiter-Theil S., Hiddemann W.: Der Beitrag von Patienten zur Ethik in der Medizin: Problemwahrnehmung, Perspektivenwechsel, Mitverantwortung. In: *Ärzteblatt Baden-Württemberg*, 4: 140-141, 1996
- Ritschl D.: Das "story"-Konzept in der medizinischen Ethik. *Z. f. Allgemeinmedizin* 3: 121-126, 1982
- Robert Bosch Stiftung - Murrhardter Kreis (Hrsg.): *Das Arztbild der Zukunft*. Bleicher, Gerlingen, 1995
- Sponholz G., Allert G., Meier-Allmendinger D., Gaedicke G., Baitsch H.: Fortbildungsveranstaltung für Ärzte im Praktikum (AiP) zur Ethik in der Medizin. (Ethics in medicine: Teaching postgraduate medical doctors) In: *Ethik in der Medizin*, 6: 77-81, 1994
- Sponholz G., Kohler E., Ströbler M., Gommel M., Baitsch H.: "Ethik in der Medizin" in der neuen ÄAppO - was Studierende der Medizin sich wünschen. *Zeitschr. f. Med. Ethik* 41: 236-241, 1995
- Thomas R.E.: Teaching medicine with cases: student and Teacher opinion. *Medical Education*, 26: 200-207, 1992
- Thomasma D.C.: Training in Medical Ethics: An Ethical Workup. *FORUM on Medicine*: 33-36, Dezember 1978
- Winkler E. R.: From Kantianism to Contextualism: The Rise and Fall of the Paradigm Theory in Bioethics. In: Winkler E.R., Coombs J.R.: *Applied Ethics: A Reader*. Blackwell, Oxford UK & Cambridge USA: 343-365, 1993
- Wirsching M.: Grundlegende Neuorientierung des Medizinstudiums? Vorarbeiten zu einer Umgestaltung der ärztlichen Approbationsordnung. In: *Min. f. Wissenschaft und Forschung Baden-Württemberg (Hg.) Optimierung der Lehre an den Medizinischen Fakultäten des Landes Baden-Württemberg. Attempto, Tübingen: 70-83, 1994*
- Wissenschaftsrat: Leitlinien zur Reform des Medizinstudiums. Köln, Wissenschaftsrat 1992

### Anschrift der Verfasserin:

Dr. Dr. Gerlinde Sponholz  
Arbeitskreis "Ethik in der Medizin"  
Universität Ulm  
Albert-Einstein-Allee 11  
89069 Ulm



# WORKSHOP „LERNEN & LEHRE“ - EINE FORTBILDUNGSVERANSTALTUNG ZUR LEHRQUALIFIKATION VON HABILITANDEN AN EINER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

M. GULICH

## Zusammenfassung

Im Herbst 1995 wurde an der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm durch den Autor mit Unterstützung des Studiendekanats und des Ministeriums für Wissenschaft in Baden-Württemberg ein 30-stündiger Workshop zur Fortbildung zur Lehrqualifikation von Habilitanden durchgeführt. Die Zielsetzung, Durchführung und Erfahrungen mit dieser Fortbildungsveranstaltung werden beschrieben.

## Summary

In fall 1995 a 30-hours-teaching workshop for future medical teachers was organised at University of Ulm Medical Faculty by the author with support of the students' dean and Baden-Württemberg's ministry of science. This report describes the the aim, planning, and running of the workshop and experiences made.

---

## Einleitung

Die Diskussion um die Qualität des Medizinstudiums hat in den letzten Jahren wieder deutlich an Intensität zugenommen. Dies kommt nicht zuletzt in den nun verstärkten Bemühungen um eine grundlegende Reform der Approbationsordnung für Ärzte, die sogenannte 8. AO-Novelle, zum Ausdruck. Diese Diskussion hat über die Jahrzehnte an Intensität zu- und abgenommen, kam allerdings nie gänzlich zum Erliegen.

Die öffentliche Diskussion dreht sich hierbei größtenteils um die Gestaltung der gesetzlichen Rahmenbedingungen und um verwaltungstechnische Parameter des Medizinstudiums, wie etwa die Studentenzahlen. Selten wird die Qualität der Lehrtätigkeit an sich zum Thema der Diskussion gemacht. Wesentliche und herausragende Ausnahmen stellen in dieser Hinsicht die Leitlinien des Wissenschaftsrates zur Reform des Medizinstudiums aus dem Jahr 1992 und der Bericht des Arbeitskreises Medizinerbildung der Robert-Bosch-Stiftung, besser bekannt als Murrhardter Kreis, aus dem Jahr 1989 und in revidierter Auflage 1995, dar. In beiden Stellungnahmen wird der Qualifikation der medizinischen Dozenten an unseren Fakultäten eine bedeutende Rolle bei der Qualitätssicherung der medizinischen Ausbildung zugeschrieben. Beide Stellungnahmen empfehlen, alle Hochschullehrer vor einer Erteilung der Lehrbefugnis einer formalen didaktischen Fortbildung zu unterziehen.

An den Hochschulen der ehemaligen DDR gehörte es zu der Qualifikation eines Hochschullehrers egal welchen Faches, sich einer didaktischen Weiterbildung zu unterziehen. Diese Regelung wurde nach dem Beitritt der ehemaligen DDR zur Bundesrepublik abgeschafft,

da diese Lehrgänge dem Vernehmen nach zu sachfremden Schulungen abgewandelt worden waren.

In den „alten“ Bundesländern gehört die didaktische Weiterbildung der Hochschullehrer in den Bereich der Eigeninitiative des Habilitanden, die oft nur wenig Unterstützung durch die Fakultäten erfährt. Es ist dem Autor kein Programm zur Lehrqualifikation an den medizinischen Fakultäten der „alten“ Bundesländer bekannt, das in den letzten Jahren durchgeführt wurde.

An der medizinischen Fakultät der Universität Ulm wurde unter finanzieller Unterstützung des baden-württembergischen Wissenschaftsministeriums der Versuch unternommen, in Anlehnung an eine Lehrfortbildung, die regelmäßig am *College of Medicine* der *University of Wales* in Cardiff durchgeführt wird, eine Fortbildungsveranstaltung zur Lehrbefugnis für Habilitanden speziell der medizinischen Fakultäten durchzuführen. Über Zielsetzung, Durchführung, Erfahrungen und Evaluation dieser Veranstaltung, die an drei Freitagen im November und Dezember 1995 stattfand, soll hier berichtet werden.

## Zielsetzung

Die Planung des Workshops „Lernen & Lehre“ orientierte sich von vornherein an einer Zielsetzung, die einen Schwerpunkt auf praktischer Lehrtätigkeit, weniger auf theoretische Hintergründe des Lernens und Lehrens an medizinischen Fakultäten legte.

### Ziel der Veranstaltung ist es, den Teilnehmern

- Fertigkeiten der Unterrichtsdurchführung, -vor- und -nachbereitung sowie der
- Erfolgskontrolle an Hand von praktischen Beispielen zu vermitteln,
- ihnen Einblick in die zu Grunde liegenden theoretischen Konzepte zu geben,
- sowie die Auseinandersetzung mit ihrer Rolle als akademische Lehrer zu fördern.

### Durchführung

Die Planung und Durchführung des Workshops wurde größtenteils durch einen der Autoren in Zusammenarbeit mit der Württembergischen Verwaltungs- und Wirtschaftsakademie gewährleistet.

Da wie bereits erwähnt, Wert auf praktische Anwendung und konkret umsetzbare Lerninhalte für die Teilnehmer gelegt wurde, sollte die ganze Veranstaltung als Workshop durchgeführt werden, wobei unter einem Workshop eine „strukturierte, zum Teil aufeinander aufbauende Unterrichtsveranstaltung, die wechselnd in kleinen und größeren Gruppen abgehalten wird, und zum erheblichen Teil auf eigener Aktivität der Teilnehmer aufbaut“ (Neary, 1993). Aus praktische Erwägungen wurde eine Gesamtzeit von 30 Stunden an drei nicht aufeinanderfolgenden Tagen gewählt.

Inhaltliche Schwerpunkte wurden gesetzt bei „Motivation für Lehre“, „Vorlesung“, „praktischer Kleingruppenunterricht“, „Unterrichtsevaluation“, „Curriculumgestaltung“, „Gestaltung audiovisueller Hilfsmittel“, „Prüfungsformen“ und „Feedback im Unterricht“. Die Inhalte wurden teilweise in kleinen Gruppen durch die Teilnehmer aktiv erarbeitet (bei „Motivation für Lehre“, „Vorlesung“, „praktischer Kleingruppenunterricht“, „Feedback im Unterricht“) teilweise in größeren Gruppen diskutiert („Curriculumgestaltung“, „Prüfungsformen“) oder vorgetragen („Prüfungsformen“, „Unterrichtsevaluation“, „Gestaltung audiovisueller Hilfsmittel“).

In zentralen Teilen des Workshops zu den Themen „Vorlesung“ und „Prakt. Kleingruppenunterricht“ hatten die Teilnehmer selbst Gelegenheit, eine definierte Unterrichtseinheit zu unterrichten und gezielte Kritik der Unterrichtstechnik und -durchführung von Tutoren und Mitteilnehmern zu erhalten.

Für den Teil der Themen, die hierfür geeignet waren, konnten renommierte auswärtige Referenten gewonnen werden. Zur Durchführung der Gruppenaktivitäten standen an der Universität Ulm für die entsprechenden Aufgaben geschulte Kleingruppentutoren zur Verfügung.

Eine kurze Programmübersicht kann dem unten stehenden Kasten entnommen werden. Der Workshop erstreckte sich über insgesamt 30 Zeitstunden.

Die Fortbildungsveranstaltung war für eine Teilnehmerzahl von ca. 25 geplant, allerdings konnten auf Grund einer sehr kurzen Ausschreibungszeit nur 12 Teilnehmer an dem Programm teilnehmen.

Für die Teilnahme wurden vom Wissenschaftsministerium entsprechende Teilnahmebestätigungen ausgestellt.

Es ist anzumerken, daß die Vorbereitung und Durchführung derartiger Veranstaltungen einen erheblichen Aufwand für Planung und Organisation darstellt. Im vorliegenden Fall konnte durch Unterstützung durch das baden-württembergische Wissenschaftsministerium externe Ressourcen genutzt werden, die den Studierendkanaten üblicherweise nicht zur Verfügung stehen.

### Programmübersicht Workshop „Lernen & Lehren“

- |                |   |
|----------------|---|
| <b>Teil 1:</b> | <b>Begrüßung</b><br><b>Qualität der Lehre, soll und kann sie verbessert werden?</b> Gruppenarbeit<br><b>Lernen, Lehren, Lernzielbeschreibung, Konzeptionelle Einführung</b><br><b>Vorlesung, Video-Aufzeichnung, Kleingruppen</b><br><b>Unterrichtsevaluation</b>   |
| <b>Teil 2:</b> | <b>Feedback im Unterricht, Gruppenarbeit</b><br><b>Gestaltung und Einsatz von Dias</b><br><b>Vorlesung, Analyse der Videoaufzeichnungen</b><br><b>Vorlesungen</b>   |
| <b>Teil 3:</b> | <b>Lernerfolgskontrolle, Prüfungen, (Plenum)</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• (Testtheoretische) <b>Grundlagen</b></li><li>• <b>OSCE</b></li><li>• <b>Multiple Choice Prüfungen</b></li></ul> <b>Curriculumentwicklung und-gestaltung</b><br><b>praktischer Unterricht Gruppenarbeit</b><br><b>Evaluationsgespräch</b> |

## **Erfahrungen und Evaluation**

Zur formalen Evaluation der Veranstaltung wurden an die Teilnehmer Fragebogen mit im Wesentlichen offener Fragestellung ausgegeben, sowie am Ende des Workshops eine Gesprächsrunde durchgeführt. Wichtige Erkenntnisse gewannen wir auch aus informellen Gesprächen mit den Teilnehmern, sowie aus später eingegangenen Kommentaren zur Veranstaltung.

Die Teilnehmer wie auch die als Veranstalter beteiligten betrachteten den Workshop ohne Ausnahme als Erfolg und als positive persönliche Erfahrung. Alle Teilnehmer würden die Teilnahme an dieser Veranstaltung weiterempfehlen, diese Empfehlung würden einige der Teilnehmer allerdings an konkrete Änderungsvorschläge koppeln. Alle Teilnehmer sind der Ansicht, daß die Veranstaltung das gesetzte Ziel erreicht hat, und mit einer Ausnahme gaben die Teilnehmer an, daß sie konkrete Anregungen für ihre Unterrichtsgestaltung aus dem Workshop gewonnen hätten.

Naturgemäß weichen die Einschätzungen der inhaltlichen Gestaltung durch die einzelnen Teilnehmer nach individueller Interessenlage z.T. erheblich voneinander ab, es wurde aber keines der dargestellten Themen als überflüssig eingeschätzt und es gab auch keine einhellige Meinung, daß bestimmte Themen unbedingt in ein derartiges Programm aufgenommen werden sollten.

Die Teilnehmer waren mit der Durchführung insgesamt zufrieden, hatten allerdings konkrete Änderungsvorschläge, insbesondere wurde eine genügend lange Ausschreibungszeit angemahnt und überwiegend der Wunsch geäußert, eine derartige Veranstaltung „am Stück“ anzubieten, und nicht in einzelnen Teilen über einen längeren Zeitraum verteilt. Insgesamt entsprechen diese Anregungen auch der Einschätzung der Veranstalter, Referenten und Tutoren.

Die Abwechslung zwischen sehr aktiven „Kleingruppen“-Anteilen, aktiven „Gruppen“-Anteilen und weniger aktiven Anteilen empfanden alle Teilnehmer als insgesamt förderliche und sehr wünschenswerte Veranstaltungsform. Selbstverständlich lassen sich hier unterschiedliche, individuelle Vorlieben für Unterrichtsformen und Dozenten erkennen.

An dieser Stelle muß der häufig geäußerten Meinung widersprochen werden, es bestünde bei angehenden akademischen Lehrern kein Interesse an den Fragen der Lehre. Trotz extrem kurzer Vorlaufzeit meldeten sich ein Dutzend Teilnehmer aus nur einer Fakultät zur Teilnahme an, eine bedeutende Anzahl meldete sich darüberhinaus als Interessenten für eine mögliche Folgeveranstaltung, konnte aber aus terminlichen Gründen am kurzfristig angebotenen Workshop nicht teilnehmen. Die Gespräche unter den Teilnehmern waren durchaus engagiert in Bezug auf die Lehre und zeugten meiner Ansicht nach durchaus von

einem Informationsbedürfnis und einem Wunsch nach Unterstützung in Lehrfragen bei dieser Personengruppe.

Das Wissenschaftsministerium in Baden-Württemberg unterstützte das Projekt finanziell zur Deckung anfallender Kosten für die Vorbereitung und Planung, für Referentenhonorare und Honorare für Gruppentutoren.

## **Schlußfolgerung und allgemeine Empfehlungen**

Nach den vorliegenden Erfahrungen mit dem Workshop „Lernen & Lehre“ an der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm, kann eine Fortbildungsveranstaltung zur Lehrqualifikation als dreitägiger Workshop mit vertretbarem Aufwand effektiv und effizient durchgeführt werden. Selbstverständlich kann eine derartige Veranstaltung nicht die kontinuierliche Beschäftigung und Weiterentwicklung ersetzen, wie es für alle akademischen Bereiche typisch ist, kann aber als eine „Grundausbildung“ dienen, auf der andere Maßnahmen aufbauen können.

Nach den vorliegenden Erfahrungen hat es sich als günstig erwiesen, die Lernziele einer derartigen Veranstaltung auf den konkreten Lehr-Einsatz an den Fakultäten auszurichten. Es sollte bei den Teilnehmern das Gefühl entstehen, etwas mitzubekommen, das „in der nächsten Kursstunde einsetzbar ist“. Zu diesem Zweck hat sich die Gestaltung als Workshop, also als „aktive“ Veranstaltungsform, als günstig erwiesen. Die Abwechslung von Aktivitäten in kleineren und größeren Gruppen wurde von den Teilnehmern als förderlich empfunden.

Eine derartige Veranstaltung sollte in „geschützter Atmosphäre“ und ohne andere parallele Verpflichtungen durchgeführt werden. Eine durchgehende Veranstaltung ist nach unseren Erfahrungen einer mehrteiligen, über einen längeren Zeitraum verteilten Durchführung vorzuziehen.

## **Literatur**

- Murrhardter Kreis (1989) Das Arztbild der Zukunft. Gerlingen: Bleicher.
- Murrhardter Kreis (1995) Das Arztbild der Zukunft, 3.Aufl. Gerlingen: Bleicher.
- Neary, M. (1993) Curriculum Studies in Adult Education, Cardiff: University of Wales.
- Wissenschaftsrat (1992) Leitlinien zur Reform des Medizinstudiums, Bremen.

## **Anschrift des Verfassers**

Dr. med. M. Gulich  
Abteilung Allgemeinmedizin, Universität Ulm  
Albert-Einstein-Allee 47

89069 Ulm



# KOSTEN UND NUTZEN VON EVALUATION -

## 5 SEMESTER PRAKTIKUM DER CHIRURGIE IN REFORMIERTER FORM

R. LEFERING, E. NEUGEBAUER, L. KÖHLER, M. LINKE

### Zusammenfassung

Evaluation ist ein etabliertes Werkzeug der Qualitätssicherung im Bereich der medizinischen Ausbildung. Doch zu selten wird der dafür notwendige Aufwand in Relation zu den erzielten Ergebnissen gesetzt. Bei der Reform des Chirurgischen Praktikums an der Universität zu Köln (II. Chirurg. Lehrstuhl) war eine Einmalhebung mit Fragebögen am Semesterende zwar mit geringen Aufwand verbunden, die Vollständigkeit war aber unbefriedigend und die Vielfalt der Aussagen deutlich eingeschränkt. Die Evaluation jeder Einzelstunde des Praktikums brachte den Gehalt an Informationen, der zur inhaltlichen und organisatorischen Steuerung der Lehrveranstaltung notwendig war. Erst dadurch konnten individuelle Dozentenbewertungen durchgeführt werden. Jedoch ist der damit verknüpfte Aufwand von 26 Stunden pro Semester derart hoch, daß diese Maßnahme als ständige Routine nicht etablierbar ist. Trotz organisatorischer Verbesserungen (Laufzettel) bleibt eine detaillierte stundenweise Erhebung zukünftig auf ausgesuchte Semester beschränkt.

### Summary

Evaluation is an established tool in quality management of medical education. But the amount of work and expenses necessary for evaluation is rarely put into relation with its results. The reform of our surgical practical course at the University of Cologne (2nd Surgical Dept.) was accompanied by an evaluation, too. Initially, a students' summary questionnaire was distributed at the end of the semester. The cost for this evaluation was low but the results were unsatisfactory and the response rate was too low. Therefore we changed the procedure and performed an evaluation of each single lesson. The data then were sufficiently complete and detailed to allow for systematic identification of problems. Individual rating of each individual teacher became possible. But the amount of 26 hours of work each semester is too high to make this evaluation a routine procedure. Nevertheless, we will keep to this kind of detailed data collection, but only for selected semesters.

### Einleitung

Evaluation ist heute in aller Munde, wenn es um Qualität und deren kontinuierliche Verbesserung geht (Qualitätsmanagement). Auch im Bereich der medizinischen Ausbildung hat mittlerweile die Evaluation ihren festen Platz in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Thema Qualität eingenommen (1). Wenn hier von Evaluation die Rede ist, ist hauptsächlich die Struktur- und Prozeßevaluation gemeint, denn die Ergebnisevaluationen - sprich Prüfungen - sind schon lange Gegenstand von heftigen Diskussionen.

Evaluationen werden durchgeführt, um Entwicklung oder Revision von Curricula zu begleiten, um in den Lehr- und Lernprozeß steuernd eingreifen und ihn damit verbessern zu können, oder um in Form von Rangreihen oder Hitlisten öffentlich oder individuell Leistungen zu honorieren. Nicht zuletzt ist auch die Neugier, d.h. die Bereitschaft und der Wille, den Lehr-Lern-Prozeß zu durchleuchten und zu hinterfragen, ein wesentlicher Antrieb zur Evaluation.

Das Instrumentarium der Evaluation ist vielfältig und abhängig von der zu evaluierenden Veranstaltung. Es kann frei in Form von Diskussionsrunden zwischen

Lehrenden und Lernenden stattfinden, oder mehr formal in Form von Fragebogenerhebungen. Die Fragen können frei zu beantworten sein oder vorgegebene Antworten enthalten. Schließlich ist der Zeitpunkt der Erhebung oder deren Wiederholung relevant (2).

Als wir in der Chirurgischen Klinik in Köln Merheim vor 3 Jahren begannen, das Praktikum der Chirurgie zu reformieren, gehörte eine Prozeßevaluation ebenfalls dazu (3). Hier soll nun, durchaus kritisch, die mit dieser Evaluation möglich gewordenen Erkenntnisse in Beziehung zu dem Aufwand („Kosten“) gesetzt werden, den eine solche Maßnahme mit sich bringt. Solche Überlegungen haben unsere zukünftige Entscheidung über Evaluationsmaßnahmen mitbeeinflusst, und werden auch zunehmend in allgemeinerem Rahmen diskutiert werden müssen.

### Reform und Evaluation des Chirurgischen Praktikums

Das Praktikum der Chirurgie ist eine Kleingruppenveranstaltung für Studierende der Humanmedizin im 4. und 5. klinischen Semester und soll vertiefend, möglichst mit Patientenkontakt, Inhalte, Methoden, Ergeb-

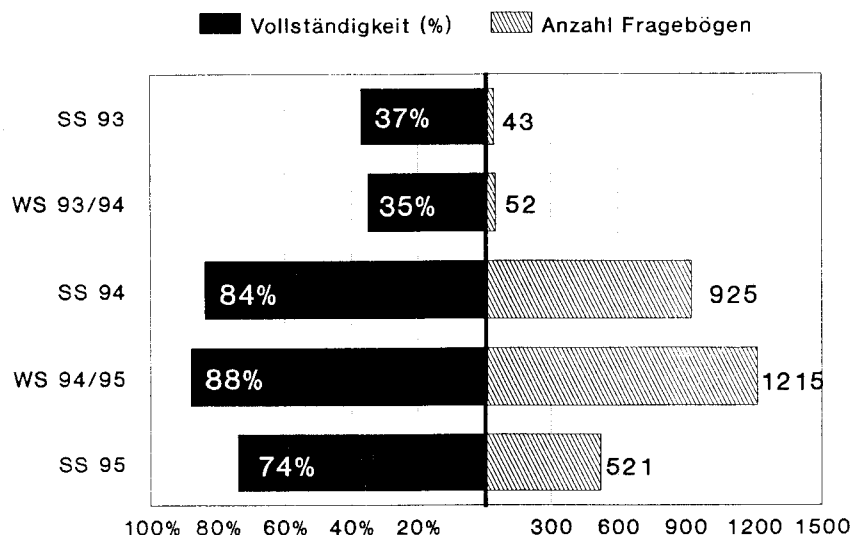
nisse und Ziele der Chirurgie vermitteln. Das Praktikum wird am II. Chirurgischen Lehrstuhl der Universität zu Köln in Köln-Merheim als wöchentliche Veranstaltung von jeweils 45-minütiger Dauer über zwei Semester durchgeführt. Als Dozenten für dieses Praktikum werden die Assistenz- und Oberärzte der Chirurgischen Klinik sowie die Mitarbeiter der Biochemischen und Experimentellen Abteilung eingesetzt. Seit dem Sommersemester 93 findet dieses Praktikum in

reformierter Form statt. Die Reform umfaßte die Festlegung einer Themenfolge, die Erstellung eines Skriptes zur Vorbereitung, die Sammlung von Materialien, die prospektive Organisation der Kurse mit Dozenteneinteilung sowie eine Prozeßevaluation mit Studentenerhebung. Hier war uns die Erfahrung der Münchner Arbeitsgruppe sehr hilfreich (4). Der Fragebogen enthielt die folgenden Fragen, die jeweils auf einer 6-stufigen Skala zu beantworten waren:

1.	Bestand die Möglichkeit, selbst tätig zu werden?	(sehr häufig / nie)
2.	Habe ich verstanden, worum es ging?	(ja / nein)
3.	Wie war der Kursaufbau?	(strukturiert / chaotisch)
4.	Waren Rückfragen möglich?	(sehr häufig / nie)
5.	Bin ich gefordert worden?	(sehr häufig / nie)
6.	Ging der Dozent auf die Teilnehmer ein?	(sehr häufig / nie)
7.	War ich vorbereitet?	(sehr gut / ungenügend).

Die Studentenerhebung wurde im SS 93 und WS 93/94 jeweils als Einmalbefragung in der letzten Praktikumsstunde des Semesters durchgeführt. Ab dem SS 94 wurden die Fragebögen nach jeder Stunde verteilt. Ab dem WS 94/95 wurde ein Laufzettel eingesetzt, der zugleich Fahrplan für das Praktikum (Zeiten, Räume

und Themen), Anwesenheitsnachweis (Unterschrift des Dozenten) und Erhebungsinstrument (abtrennbarer Fragenteil) war. Ab SS 94 ist zudem durch Teilung der Gruppen die Gruppengröße von 13 auf 7 Studenten reduziert worden.



**Abbildung 1:**

Vollständigkeit und Umfang der Evaluation des Chirurgischen Praktikums in Köln-Merheim. Im SS 93 und WS 93/94 ist der Anteil der abgegebenen Fragebögen zur Gesamtzahl der Studenten angegeben (Einmalbefragung am Semesterende), in den folgenden 3 Semestern der Anteil der ausgefüllten Fragebögen zur Anzahl der anwesenden Teilnehmer.

## Ergebnisse

Wegen abnehmender Teilnehmerzahlen am Semesterende war die Vollständigkeit der Einmalbefragung in den ersten beiden Semestern mit Werten unter 40% (Abbildung 1) unbefriedigend. Ab dem SS 94 konnte mit der wöchentlichen Erhebung eine befriedigende Rücklaufquote von 75-90% erreicht werden.

Zwischen der Einmalbefragung und der kontinuierlichen Erhebung nach jeder Praktikumsstunde gibt es große Unterschiede hinsichtlich der Aussagen, die man mit diesen Daten machen kann. Während im ersten Fall nur eine einzige zusammenfassende Darstellung der 7

Einzelfragen möglich ist, besteht bei der detaillierten Erhebung zusätzlich die Möglichkeit, jede Frage in Abhängigkeit vom Kursthema, von der Studentengruppe, vom Termin oder vom Dozenten auszuwerten. Insbesondere ein individuelles Feedback an die Dozenten ist bei Veranstaltungen mit einer größeren Zahl von Dozenten nur möglich, wenn Einzelevaluationen jeder Stunde durchgeführt werden. Die Rückmeldung an die Dozenten erfolgte nach jedem Semester in Form anonymisierter Rangreihen, aus denen der einzelne Dozent nur die eigenen Werte identifizieren konnte.

Es erfolgte ebenfalls eine Evaluation des Skriptes mit Fragen nach Form, Inhalt und Umfang der einzelnen Themenblöcke durch beigeheftete Fragebögen.

### Aufwand

Den Aufwand einer Evaluationsmaßnahme kann man grob aufteilen in initiale und laufende Kosten. Unter den initialen Kosten ist besonders die Gestaltung des Fragebogens zu erwähnen, und zwar nicht nur die graphische Umsetzung, sondern vor allem die Auseinandersetzung mit Inhalt und Form der Fragen. Die Einbeziehung von Erfahrungen anderer evaluationserfahrener Personen ist hier dringend zu empfehlen.

Die laufenden Kosten einer Evaluation setzen sich zusammen aus vorbereitenden Maßnahmen, der Datenerhebung selbst (Austeilen und Einsammeln der Bögen), der Dateneingabe in ein Rechnersystem sowie die anschließende Auswertung und Rückmeldung der Ergebnisse. Es ist zu bedenken, daß die Auswertung auch eine Datenkontrolle (Plausibilitätsprüfung) sowie die graphisch ansprechende Darstellung der Ergebnisse umfaßt.

Nachfolgend sind näherungsweise die Zeiten angegeben, die bei der Evaluation unseres Praktikums (WS 94/95) notwendig waren: Anpassen der Laufzettel an das jeweilige Semester (1 Std.); Vervielfältigung der Bögen (0,5 Std.); Austeilen, Einsammeln und Anonymisieren der Bögen (1,5 Std.); Dateneingabe (16 Std.); Datenauswertung und Erstellung von Grafiken (5 Std.); Rückmeldung an Dozenten (1 Std.) und Studenten (1 Std.). Der Gesamtaufwand beträgt 26 Stunden. Die Materialkosten sind dabei zu vernachlässigen (unter 100 DM).

### Diskussion

Evaluation gehört zweifelsfrei zu den Eckpfeilern eines wissenschaftlich orientierten Qualitäts-Managements, auch im Bereich der medizinischen Ausbildung. Die häufig nur indirekt gestellte Frage nach dem notwendigen Aufwand, oder besser die Relation zwischen Aufwand und Ergebnis einer Evaluationsmaßnahme, ist Gegenstand dieser Betrachtung.

Unser primärer Ansatz, mit relativ geringem Aufwand (Einmalbefragung am Semesterende) die Qualität und die Akzeptanz unserer Reformmaßnahmen erheben zu wollen, war hauptsächlich aus zwei Gründen unbefriedigend. Zum einen war der Rücklauf von nur etwa einem Drittel der Studenten unbefriedigend niedrig und daher möglicherweise nicht repräsentativ, zum anderen waren die mit den erhobenen Daten möglichen Aussagen sehr beschränkt. Bei einer Veranstaltung mit vielen Dozenten ist so eine Rückmeldung nicht möglich.

Die Evaluation jeder einzelnen Praktikumsstunde bedeutet aber einen wesentlich größeren Aufwand, obwohl durch die Einführung des Laufzettel-Systems die Datenerhebung selbst optimiert werden konnte. Der von uns ermittelte Gesamtaufwand von 26 Stunden muß in Relation zu der Gesamtzahl der Dozentenstunden gesehen werden, die bei etwa 160 liegt. In unserem Fall war dieser Aufwand nur durch einen Doktoranden möglich, der die Reformmaßnahmen begleitend untersuchte.

Der Nutzen der Evaluation in Form einer Rückmeldung an den Dozenten muß ebenfalls kritisch diskutiert werden. Teilt man die Dozentenschaft grob in drei Gruppen gemäß ihrer Lehrmotivation ein, so gibt es eine Gruppe „guter“ Lehrer, denen die Arbeit mit jüngeren Kollegen Spaß macht und die gerne ihr Wissen weitergeben. Diese Gruppe wird zumeist sehr positiv von den Studenten eingeschätzt und nimmt deren Bewertung sehr interessiert auf. Auf der anderen Seite gibt es Dozenten, die eher lustlos ihren notwendigen Lehrverpflichtungen nachkommen, die Evaluationsbemühungen gering schätzen und teilweise die Annahme ihrer eigenen Evaluationsergebnisse ablehnen. Es bleibt eine sogenannte Mittelgruppe von potentiell motivierbaren Dozenten übrig, die effektiv einen Nutzen aus solchen Evaluationen ziehen könnte. Diesen Nutzen konnten wir jedoch bisher nicht nachweisen.

Als äußerst effektive Form der Evaluation (Verhältnis Aufwand zu Nutzen) erwies sich unsere Erhebung zum Skript. Hier war weniger eine repräsentative Bewertung verlangt, als vielmehr die Identifizierung von Schwachstellen. Nach zwei Durchgängen ist so ein Werk entstanden, das auch bei Kollegen im PJ oder AiP sehr beliebt ist.

### Ausblick

Das reformierte Praktikum der Chirurgie im beschriebenen Stile ist zur Zeit ausgelaufen, da sich die Fakultät auf ein neues Studienplanmodell mit Blockpraktika geeinigt hat. Bei der Gestaltung dieser neuen Blockpraktika sind die bisher gemachten Erfahrungen sehr hilfreich. Ohne Unterstützung externer Kräfte (Doktoranden, stud. Hilfskräfte) ist eine routinemäßige Evaluation von Einzelstunden nicht durchführbar. Wegen der unvergleichlich höheren Aussagekraft werden wir jedoch an der stundenweisen Evaluation festhalten, jedoch beschränkt auf einzelne Semester jeweils vor und nach Reformmaßnahmen.

### Literatur

1. F. Eitel, E. Neugebauer „Empirische Ansätze zur Studienreform“. In: J. Koebke, E. Neugebauer, R. Lefering (Hrsg.) „Die Qualität der Lehre in der Medizin“, Urban & Schwarzenberg 1996, S. 70-81.
2. H. Feger „Vergleichende Bewertung von Lehrveranstaltungen - Anmerkungen zur Methodik“ In: D. Grün, H. Gattwinkel (Hrsg.) Evaluation von Lehrveranstaltungen. Überfrachtung eines sinnvollen Instrumentes? Presse- und Informationsstelle der FU Berlin, 1992, S. 127-142.
3. R. Lefering, E. Neugebauer, H. Blöchl, L. Köhler, M. Linke „Organisationsentwicklung statt Studienreform - am Beispiel des chirurgischen Praktikums“ In: K.-H. Bichler, W. Mattau, H. W. Wechsel (Hrsg.) „Innovationen und Trends des Medizinstudiums im klinischen Teil“ Band II, pmi Verlag, Frankfurt, 1995, S. 51-60.
4. F. Eitel, K. G. Kanz, J. Sklarek, G. Feuchtgruber, B. Steiner, R. J. Schoenheinz, L. Schweiberer, R. Holzbach, M. Prenzel „Reorganisation des chirurgischen Curriculums“ Medizinische Ausbildung (1992) 9(1): 2-38.

### Anschrift des Verfassers:

Rolf Lefering  
Biochemische und Experimentelle Abteilung  
II. Chirurgischer Lehrstuhl der Universität zu Köln  
Ostmerheimer Str. 200,  
51109 Köln

# DIE EINSTELLUNGSMESSUNG ALS EVALUATIONSMETHODE ZUR QUALITÄTSKONTROLLE DER MEDIZINISCHEN AUSBILDUNG

JOST LANGHORST

## Zusammenfassung

Eine studienbegleitende Evaluation, die sich an einem umfassenden, am biomedizinischen Denk- und Handlungsmodell orientierten Ausbildungsziel ausrichtet, muß neben ärztlichen Kenntnissen auch Fertigkeiten und Einstellungen umfassen.

Das in der 7.ÄAppO eingeführte „Praktikum zur Einführung in die Klinische Medizin (mit Patientenvorstellung)“ wurde in Münster erstmalig im Wintersemester 1990/91 im ersten vorklinischen Semester ausgerichtet und hinsichtlich ausgewählter Ausbildungsziele auf der Basis einer Einstellungsmessung evaluiert.

Anhand der Ergebnisse wird die Bedeutung der Einstellungsmessung als ergänzende Evaluationsmethode zur umfassenden Qualitätskontrolle der Medizinischen Ausbildung betont. Mit dem weiterentwickelten Meßinstrument läßt sich auch zukünftig die Qualität des

Praktikums überprüfen. Es wird darüberhinaus die Voraussetzung für eine studienbegleitende Einstellungsabbildung geschaffen.

## Summary

An evaluation concomitant to medical education should be orientated on an integrating biopsychosocial theory and include medical knowledge, skills and attitude.

In the 7th modification for regulations of the licensing for physicians in Germany the „Praktikum zur Einführung in die Klinische Medizin (mit Patientenvorstellung)“ was introduced. At the University of Münster it was carried out first in WS 90/91 and was evaluated by measurement of attitude changes.

The importance of this complementary method for the evaluation of medical education is emphasized.

## Theoretische Vorüberlegungen

Von zahlreichen Autoren wird die Notwendigkeit der Überwindung des biomedizinischen Denk- und Handlungsmodells in der Medizin und der medizinischen Ausbildung beschworen. Gefordert wird die Umsetzung eines integrativen bio-psycho-sozialen Behandlungskonzeptes (vgl. Engel, 1980, S. 53) im Humanmedizinstudium.

Zur Gewährleistung einer umfassenden, fächerübergreifenden 'ärztlichen Allgemeinausbildung', die auf eine interdisziplinäre Integration für das ärztliche Denken und Handeln abzielt, muß die Vermittlung einer medizinischen Basiskompetenz, die neben Kenntnissen entsprechende Fähigkeiten, Fertigkeiten und Einstellungen umfaßt, zu einem Schwerpunkt der Ausbildung werden (vgl. Uexküll und Pauli, 1990, S. 7-10).

Zur Sicherung der Qualität einer entsprechend ausgerichteten medizinischen Ausbildung ist eine kontinuierliche, studienbegleitende Qualitätskontrolle von Lehre und Ausbildung anzustreben, die sich an einem umfassenden Ausbildungsziel orientiert. Diese muß über die reine Überprüfung von Kenntnissen hinausgehen. Die derzeitigen noch weitgehend nur auf das Abfragen von punktuelltem Wissen abzielenden Evaluationsmethoden

hatten bisher überwiegend die Funktion der Elimination und Selektion.

"Ziel sollte es (...) sein, Prüfungen zum Zwecke der Rückmeldung zu verwenden, um das Prinzip der Standortbestimmung und des Einleitens von Korrekturmaßnahmen im Ausbildungskonzept zu verwirklichen" (Bollag, 1990, S. 86).

Es müssen Evaluationsmethoden geschaffen und angewendet werden, die neben Kenntnissen auch die Qualität von Fertigkeiten und Einstellungen abbilden. Nur im Rahmen einer studienbegleitenden Evaluation, in der die verschiedenen Dimensionen der medizinischen Ausbildung berücksichtigt werden, kann eine angemessene Qualitätskontrolle verwirklicht werden.

## Einführung

Ausgangspunkt der Arbeit war die 7.ÄAppO mit der Einführung des „Praktikums zur Einführung in die Klinische Medizin (mit Patientenvorstellung)“. Ziel war es, durch ein geeignetes Evaluationsverfahren Qualität und Effizienz des Praktikums abzubilden.

Die Bewertung erfolgte nicht in der im Studium sonst üblichen Form der Überprüfung von Kenntnissen, sondern auf der Basis einer Einstellungsmessung, d. h. an-

hand von Veränderungen der Einstellungen der Studierenden in bezug auf ausgewählte Ausbildungsziele. Mit der Entwicklung und der Erprobung des Fragebogens sollte ein Meßinstrument zur langfristigen, studienbegleitenden **Einstellungsmessung** hinsichtlich zentraler Inhalte der Medizinischen Ausbildungen entwickelt werden. Auch auf dem Gebiet der Einstellungsänderung sollte somit eine kontinuierliche Qualitätskontrolle der humanmedizinischen Ausbildung ermöglicht werden.

### **Kursdurchführung**

Das Praktikum zur 'Einführung in die Klinische Medizin (mit Patientenvorstellung)' wurde in Münster erstmalig im Wintersemester 1990/91 für 160 Studierende des ersten vorklinischen Semester ausgerichtet.

Im Vordergrund stand dabei das **Beobachten und Wahrnehmen**

- **der Arzt-Patientbeziehung,**
- **der Kommunikation und des Rollenverhaltens von Arzt und Patient,**
- **der Prozeßhaftigkeit von Gesundheit und Krankheit,**
- **der Wechselwirkungen zwischen Patient und sozialem Umfeld sowie**
- **das Kennenlernen von Strukturen des Gesundheitswesens.**

Das Konzept des Praktikums sah die Gliederung in eine gemeinsame Ringvorlesung, in Hospitationen und Supervisionsseminare vor.

Die Durchführung der Hospitationen und Supervisionsseminare erfolgte dabei in den zwei alternativen Kursmodellen "Poliklinik" und "Allgemeinmedizin", die sich in Konzeption und Ablauf wesentlich unterscheiden.

Für die 112 Teilnehmer des Kursmodells "Poliklinik" wurden die Hospitationen der Tertiärversorgung entsprechend in den verschiedenen Kliniken der Universität veranstaltet. Die Studierenden wurden den Ärzten dabei in Paaren zugeordnet. Für das Kursmodell "Allgemeinmedizin" konnte eine ausreichende Anzahl an niedergelassenen Fachärzten für Allgemeinmedizin gewonnen werden. Die Hospitationen wurden für die 48 teilnehmenden Studierenden im Rahmen eines Hausbesuchmodells in der Primärversorgung durchgeführt. Je zwei Studierende begleiteten dabei einen Allgemeinmediziner.

An den Supervisionsseminaren nahmen die jeweiligen Studierenden, die an den Hospitationen beteiligten Ärzte und weitere universitäre Fachvertreter teil.

### **Die Evaluationmethode**

Die Bewertung des Praktikums erfolgte auf der Basis einer Einstellungsmessung. Bei der Auswahl der Evaluationsmethode wurde der Forderung entsprochen, daß in eine Qualitätskontrolle des Studiums, die sich an einem umfassenden Ausbildungsziel orientiert, neben ärztlichen Kenntnissen auch Fertigkeiten und Einstellungen einbezogen werden müssen.

Das Arbeiten mit dem Konzept "Einstellung" hat sich in der Psychologie und hier vor allem in der Sozialpsychologie etabliert (vgl. Stahlberg und Frey, 1990, S. 144).

Die Einstellung als abstraktes Konzept ist dabei nicht direkt meßbar. Es ist also erforderlich, Indikatoren einer Einstellung zu finden. "Die Mehrzahl der Methoden zur Einstellungsmessung basiert auf der Annahme, daß Einstellungen durch Fragen nach den Meinungen über ein Einstellungsobjekt gemessen werden können" (Stahlberg und Frey, 1990, S. 148).

Bei dem Versuch Einstellungen zu operationalisieren werden nicht zuletzt aufgrund von ökonomischen Überlegungen (vgl. Stahlberg und Frey, 1990, S. 164) eindimensionale Einstellungskonzepte bevorzugt. Die meisten der klassischen Instrumente zur Messung von Einstellungen beruhen auf dem eindimensionalen Einstellungskonzept.

In Abstimmung mit der Auswahl der zu evaluierenden Ausbildungsziele wurde die Einstellungsmessung im Rahmen einer Befragung im Selbstbeschreibungsverfahren durchgeführt.

Bei der Konzeption des Fragebogens offenbarte sich folgendes Dilemma: Einerseits sollte ein möglichst objektives, reliables und valides Meßinstrument konstruiert werden. Ein Zugriff auf bewährte, die Fragestellungen abdeckende Tests war aber nicht möglich. Andererseits bestand die Notwendigkeit, mit begrenzten zeitlichen und personellen Ressourcen möglichst aktuelle Antworten auf Fragestellungen zu gewinnen, auf deren Basis kurzfristig eine sinnvolle Umgestaltung des EKM vollzogen werden konnte. Der Widerspruch zwischen dem die Gütekriterien betreffenden Anspruchsniveau und dem möglichen praktischen Vorgehen wurde durch die Überlegung entspannt, daß gerade bei noch wenig erforschten Bereichen, wie dem der Einstellungsmessung bei Studierenden der Medizin, Explorationsuntersuchungen mit weniger validen Verfahren gerechtfertigt erscheinen, da sie zumindest Trends anzeigen und wichtige Hinweise für die Modifizierung von Fragestellungen und Hypothesen für nachfolgende experimentelle Untersuchungen geben können.

Es wurde ein Meßinstrument mit 47 Items, davon 44 in Form von Aussagen mit geschlossenen Antwortalternativen und 3 in Form von offenen Fragen, entwickelt, mit dem die Einstellungen der Studierenden hinsichtlich der Inhalte

- **Arzt-Patient Beziehung,**
- **die unterschiedlichen Arztrollen,**
- **Krankheitsentstehung,**
- **Krankheitsbewältigung und**
- **Gesundheit**

vor Beginn und nach Ende des Praktikums abgebildet wurden.

Die Forderung nach einem einheitlichen Antwortschema wurde für die Items in Aussageform mit geschlossenen Antwortalternativen erfüllt. Bei der Entwicklung dieses Antwortschemas diente vor allem die klassische



Likert-Skala (vgl. Likert, 1932, zitiert nach Stahlberg und Frey, 1990, S. 151-152) als Orientierungshilfe.

Konzipiert wurde eine Ratingskala, das heißt eine subjektive Schätzskaala numerischer oder graphischer Form, auf der die befragten Personen durch Ankreuzen ihre Einstellung zu einem Einstellungsgegenstand kennzeichnen können.

In der endgültigen Form des Antwortschemas wurde bewußt auf eine neutrale Antwortmöglichkeit verzichtet, um eine wertende Entscheidung der Studierenden zu erreichen. Die Items wurden im Fragebogen in zufälliger, nicht nach Themen geordneter Reihenfolge aufgelistet, um "Sequenzeffekte" (Bortz, 1984, S. 173) möglichst auszuschließen.

Die Untersuchung wurde als experimentelle Felduntersuchung konzipiert (vgl. Bortz, 1984, S. 36; Friedrichs, 1981, S. 339, S. 344-349). Durchgeführt wurde sie in Form einer summativen Evaluation.

Grundsätzlich kann darauf verwiesen werden, daß einer experimentellen Untersuchung im Feld eine eher hohe externe Validität und infolgedessen eine geringere interne Validität zugesprochen wird (vgl. Bortz, 1984, S. 33-34). Die Kombination "experimentelle Felduntersuchung" wird von Bortz in einer zusammenfassenden Bewertung als "(...) allen anderen Kombinationen überlegen (...)" (Bortz, 1984, S. 34) bezeichnet.

An den Messungen vor Beginn und nach Beendigung des Praktikums nahmen 142 der 160 Studierenden des ersten vorklinischen Semesters (89,3%) teil.

Mit Hilfe der Methode war nach der ersten Messung die Erstellung einer Baseline der Einstellungen möglich, die sowohl für die Gesamtheit der Teilnehmer des Praktikums als auch differenziert für die Teilnehmer der Kursmodelle "Allgemeinmedizin" und "Poliklinik" verfaßt werden konnte. Ausgehend von der Baseline konnten durch die zweite Messung die Einstellungsänderungen der Studierenden aufgezeigt werden.

Da die Auswertung der Items in offener Frageform ein geringeres Maß an Standardisierung ermöglicht, ferner ein höheres Maß an Aufwand erfordert und die Repräsentationsform des Fragebogens möglichst einheitlich sein und ein ökonomisches Arbeiten ermöglichen soll, wurden in der überarbeiteten Konzeption des Meßinstruments auch die Themen "Krankheitsbewältigung" und "Gesundheit", die bisher durch als offene Fragen gestellte Items abgedeckt wurden, durch Items in Aussageform mit geschlossenen Antwortalternativen ersetzt.

Zur besseren Übersicht wurden die Items des überarbeiteten Fragebogens im Anhang nach Themenschwerpunkten geordnet.

## Ergebnisse

Die Ergebnisse wurden unter Anwendung des Chi<sup>2</sup>-Tests für unabhängige (vgl. Kollegium Biomathematik NW, 1976, S. 186-190) und des McNemar-Tests für abhängige Stichproben (vgl. Bortz et al., 1990, S. 160-164) berechnet.

Sie ergaben, daß die Einstellungen der Studierenden zu Studienbeginn in hohem Maße den Inhalten des biopsychosozialen Behandlungskonzeptes entsprachen. Im Rahmen des Kursmodells Allgemeinmedizin erfolgte

eine medizinische Sozialisation, die (deutlich) mit den Inhalten des biopsychosozialen Behandlungskonzeptes konform geht. Die Einstellungsänderungen der Teilnehmer des Kursmodells Poliklinik waren vergleichsweise geringer ausgeprägt. Im Bereich der verschiedenen Arztrollen entsprachen sie sogar eher den Inhalten des biomedizinischen Paradigmas.

Vor allem in den Bereichen Arzt-Patient Beziehung und verschiedene Arztrollen, für die eine unmittelbare Beeinflussung der Einstellungen durch den Patientenkontakt und das Beobachten von Arzt und Patient angenommen werden kann, offenbarten sich diese Unterschiede. Verstärkt wird dieser Eindruck durch die Entwicklung (der Einstellungen) hinsichtlich der psychosozialen Ebene der Bereiche Krankheitsentstehung und Krankheitsbewältigung.

Die Einstellungsveränderungen der Studierenden zeigen, daß gerade in einem allgemeinmedizinischen Setting schon zu Beginn der medizinischen Ausbildung die Integration biologischer, psychologischer und soziokultureller Inhalte in der Medizin erfolgen kann. Für die Überwindung des biomedizinischen Denk- und Handlungsmodells erscheint es besonders geeignet. Die Forderung nach einer zentraleren Stellung der Allgemeinmedizin in der Ausbildung wird durch die Untersuchungsergebnisse unterstrichen.

## Schlußfolgerungen

Die Ergebnisse belegen die Eignung und Bedeutung der Einstellungsmessung als ergänzende Evaluationsmethode zur umfassenden Qualitätskontrolle der Medizinischen Ausbildung.

Mit dem im Pilotprojekt erprobten und weiterentwickelten Meßinstrument läßt sich auch in Zukunft im Rahmen von Querschnittsuntersuchungen die Qualität des Praktikums überprüfen. Es wird darüberhinaus die Voraussetzung für eine studienbegleitende Abbildung der Einstellungen zur langfristigen Qualitätskontrolle der Ausbildung geschaffen.

## Literatur:

1. Bollag, U.: Ergebnisbericht der Arbeitsgruppe "Prüfung". In Die Inhalts-AG (Hrsg.), Bericht zum Workshop Medizinischer Reformstudiengang. Inhalt, Struktur und Schritte zur Verwirklichung, im Eigenverlag, Berlin, 1990, 86-89.
2. Approbationsordnung für Ärzte in der Fassung vom 14. Juli 1987 (BGBl. I, S. 1593), geändert durch Artikel 47 vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I, S. 2477), geändert durch die siebente Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung vom 21. Dezember 1989 (BGBl. I, Nr. 62, S. 2549).
3. Bortz, J.: Lehrbuch der empirischen Forschung. Springer, Berlin-Heidelberg-New York-Tokyo, 1984.
4. Bortz, J.; Lienert, G.A.; Boehnke, K.: Verteilungsfreie Methoden in der Biostatistik. Springer, Berlin-Heidelberg-New York-London-Paris-Tokyo-Hong Kong-Barcelona, 1990.
5. Engel, G.L.: The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry*, (1980), 137, 53-544.
6. Friedrichs, J.: Methoden empirischer Sozialforschung. 9. Aufl., Westdeutscher Verlag, Opladen, 1981.
7. Kollegium Biomathematik NW (Hrsg.): Biomathematik für Mediziner. 2. Aufl., Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York, 1976, 179-190 und 240.
8. Langhorst, J.: Praxis- und patientenorientierte Mediziner Ausbildung vor dem Hintergrund des Paradigmenwechsels in der Humanmedizin: Evaluation des Praktikums zur "Einführung in die Klinische Medizin" (mit Patientenvorstellung), Medizinische Dissertation, Münster, 1995

9. Lickert, R.: A technique for the measurement of attitudes. Archives of Psychology, 140, 1932, 5-53.
10. Stahlberg, D.; Frey, D.: Einstellungen 1: Struktur, Messung und Funktionen. In: Stroebe, W.; Hewstone, M.; Codol, J.P.; Stephenson, G.M.: Sozialpsychologie: Eine Einführung, Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York-London-Paris-Tokyo-Hong Kong, 1990, 144-170.
11. Uexküll, Th.v.; Pauli, H.G.: Das Allgemeine in der Medizin. Integrierendes ärztliches Denken, ärztliche Wissenschaft und Ausbildung. In: Allgemeinmedizin, Springer Verlag, (1990), 19, 1-11.

## Anschrift des Verfassers

Dr. med. Jost Langhorst  
 Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und  
 Psychotherapie der Heinrich-Heine Universität  
 Bergische Landstr. 2

D-40629 Düsseldorf

## Anhang

### FRAGEBOGEN ZUR EINSTELLUNGSMESSUNG BEI MEDIZINSTUDIERENDEN 1995

#### Allgemeine Angaben

.....  
 Codewort (setzt sich zusammen aus den letzten 2 Buchstaben des Vor-  
 namens und den letzten 2 Buchstaben des Nachnamens)

Gruppennummer EKM ..... Stundenplanbuchstabe ..... Alter .....

Geschlecht ..... Datum .....

Medizinische Vorbildung/Vorkenntnisse O JA O NEIN  
 wenn JA, welche .....  
 .....

Auf den folgenden Seiten finden Sie verschiedene Aussagen. Bitte versuchen Sie, jede Aussage nach den vier Möglichkeiten

stimmt - eher JA - eher NEIN - stimmt nicht

Ihren eigenen Einstellungen entsprechend einzuschätzen.

Es gibt dabei keine richtigen oder falschen Antworten. Antworten Sie so, wie es für Sie zutrifft.

Beachten Sie dabei bitte folgende Punkte:

- Überlegen Sie nicht, welche Antwort vielleicht den "besten Eindruck" machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es Ihrer persönlichen Einstellung entspricht. Ihre Antworten werden unbedingt vertraulich behandelt.
- Denken Sie nicht lange über einen Satz nach, sondern geben Sie die Antwort, die Ihnen unmittelbar in den Sinn kommt. Kreuzen Sie immer eine Antwort an. Falls Ihnen keine der Antwortmöglichkeiten als zutreffend erscheint, kreuzen Sie bitte diejenige an, die noch am ehesten zutrifft.

## Arzt- Patient Beziehung

<b>Item</b>	<b>Arzt- Patient Beziehung aus der Sicht des Arztes - kognitive Dimension:</b>	<b>stimmt</b>	<b>eher JA</b>	<b>eher NEIN</b>	<b>stimmt nicht</b>
1:	Bei der Diagnoseerstellung ist die Hinzunahme psychologischer und sozialer Aspekte nicht nötig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Ein bekannter Arzt hat einmal gesagt : "Eine gute Anamnese ist die halbe Diagnose."	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Laborbefunden ist immer mehr Beachtung zu schenken als den vom Patienten geschilderten subjektiven Symptomen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Wenn ein Arzt gezwungen wäre, entweder auf Anamnese oder Untersuchung zu verzichten, sollte er auf die Untersuchung verzichten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Ein Arzt vollzieht ständig eine Gratwanderung zwischen einer beunruhigenden Unsicherheit einerseits und der Suche nach sicheren Orientierungspunkten andererseits.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Item</b>	<b>Arzt- Patient Beziehung aus der Sicht des Arztes - affektive Dimension:</b>	<b>stimmt</b>	<b>eher JA</b>	<b>eher NEIN</b>	<b>stimmt nicht</b>
6	Ein Arzt sollte nur seinem Verstand nicht aber seinen Emotionen dem Patienten gegenüber Beachtung schenken.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Dem Arzt müssen Angst und Unsicherheit weitgehen fremd sein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Item</b>	<b>Arzt- Patient Beziehung aus der Sicht des Arztes - ethische Dimension:</b>	<b>stimmt</b>	<b>eher JA</b>	<b>eher NEIN</b>	<b>stimmt nicht</b>
8	Der Arzt dringt in den körperlichen Intimbereich des Patienten ein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Der Arzt dringt in den seelisch Intimbereich des Patienten ein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Item</b>	<b>Arzt- Patient Beziehung aus der Sicht des Patienten:</b>	<b>stimmt</b>	<b>eher JA</b>	<b>eher NEIN</b>	<b>stimmt nicht</b>
10	Die meisten Patienten erwarten von ihrem Arzt, daß dieser auch Experte in allgemeinen Lebensfragen ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	Der Patient erwartet, daß der Arzt auch auf seelisch bedingte Störungen eingeht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Durch genaue Informationen über berufliche Situation und Familienverhältnisse gibt der Patienten dem Arzt entscheidende Hinweise für sein Handeln.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Der Arzt selbst ist auch ein "Medikament" für den Patienten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Die unterschiedlichen Arztrollen

Item	Die unterschiedlichen Arztrollen - aktiver Arzt und ausschließlich passiver Patient:	stimmt	eher JA	eher NEIN	stimmt nicht
14	Der Arzt ist der Experte und weitgehend allein der Träger der Entscheidungen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	OP
15	Der Arzt behandelt, der Patient läßt behandeln.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Der Patient ist Objekt der Behandlung durch einen Arzt als Experten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Item	Die unterschiedlichen Arztrollen - Der Arzt als führende Person unter Mitwirkung des Patienten:	stimmt	eher JA	eher NEIN	stimmt nicht
17	Der Patient hat eine untergeordnete Rolle in der Arzt- Patient Beziehung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	Das Verhältnis zwischen Patient und Arzt wird mehr vom Arzt bestimmt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	Ein partnerschaftliches Verhältnis des Patienten zum Arzt ist selten, da sich der Patient eine Autoritätsperson als Arzt wünscht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Item	Die unterschiedlichen Arztrollen - Arzt und Patient als Partner:	stimmt	eher JA	eher NEIN	stimmt nicht
20	Das Verhältnis zwischen Patient und Arzt wird mehr vom Patienten bestimmt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21	In der Arzt- Patient Beziehung hat der Patient eine mitwirkende Rolle.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22	Der Arzt soll eine Art Berater sein, der sein Wissen anbietet und dem Patienten hilft, eine gesundheitsdienliche Haltung zu finden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Krankheitsentstehung

Item	Krankheitsentstehung - Anlage psychosozial:	stimmt	eher JA	eher NEIN	stimmt nicht
23	Ein Mensch, der mit seinen Problemen nicht fertig wird wird krank.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24	Ängste, die ein Mensch nicht überwinden kann, führen zu Krankheit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25	Häufige Selbstvorwürfe oder Minderwertigkeitskomplexe können eine Krankheit auslösen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26	Menschen, die Auseinandersetzungen mit unangenehmen Dingen aus dem Weg gehen, werden krank.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<b>Item</b>	<b>Krankheitsentstehung - Anlage somatisch:</b>	<b>stimmt</b>	<b>eher JA</b>	<b>eher NEIN</b>	<b>stimmt nicht</b>
27	Eine gesundheitliche Anfälligkeit wird ererbt und führt zu Krankheit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28	Krankheit entsteht d. altersbedingte körperliche Verschleißerscheinungen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Item</b>	<b>Krankheitsentstehung - Verhalten</b>	<b>stimmt</b>	<b>eher JA</b>	<b>eher NEIN</b>	<b>stimmt nicht</b>
29	Wer oft gestreßt ist wird krank.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30	Eine ungesunde Lebensweise führt zu Krankheitsentstehung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31	Krankheit entsteht, wenn die Freizeit zu wenig zur Erholung genutzt wird.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Item</b>	<b>Krankheitsentstehung - Umwelt psychosozial:</b>	<b>stimmt</b>	<b>eher JA</b>	<b>eher NEIN</b>	<b>stimmt nicht</b>
32	Das Gefühl, nicht ernstgenommen oder nicht verstanden zu werden, kann ein Faktor bei der Entstehung von Krankheit sein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33	Menschen, die sich überfordern, werden krank	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34	Die Entstehung einer Krankheit kann dadurch entscheidend beeinflusst werden, daß der Patient den Alltag zu eintönig findet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35	Der Verlust eines geliebten Menschen kann die Grundlage für eine Erkrankung sein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Item</b>	<b>Krankheitsentstehung - Umwelt somatisch:</b>	<b>stimmt</b>	<b>eher JA</b>	<b>eher NEIN</b>	<b>stimmt nicht</b>
36	Eine der Hauptursachen für Krankheiten ist Ansteckung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37	Gesundheitsschädigende Einflüsse bei der Arbeit führen zu Krankheit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



## Krankheitsbewältigung aus der Sicht des Behandelnden

Item	Maßnahmen	stimmt	eher JA	eher NEIN	stimmt nicht
38	Zur Krankheitsbehandlung ist zunächst eine körperliche Untersuchung von Nöten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39	Bei der Krankheitsbehandlung haben therapeutische Maßnahmen auf somatischer Ebene große Bedeutung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40	Bei der Behandlung von Krankheit ist wichtig, die psychische Situation des Patienten zu erkunden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41	Bei der Behandlung von Krankheit ist therapeutische Hilfe in Form von psychischer Beratung von großer Bedeutung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42	Bei der Behandlung von Krankheit ist es wichtig, die sozialen Verhältnisse des Patienten abklären.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43	Zur Krankheitsbehandlung ist es wichtig, dem Patienten Hilfe auf sozialer Ebene zu geben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Gesundheit

Item	Wesen der Gesundheit	stimmt	eher JA	eher NEIN	stimmt nicht
44	Gesundheit ist die Abwesenheit von Krankheit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45	Gesundheit umfaßt den Zustand körperlichen Wohlbefindens.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46	Gesundheit umfaßt den Zustand geistigen Wohlbefindens.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47	Gesundheit umfaßt den Zustand seelischen bzw. psychischen Wohlbefindens.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48	Gesundheit umfaßt den Zustand sozialen Wohlbefindens.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
49	Gesundheit und Krankheit sind Endpunkte eines Kontinuums auf der sich der Mensch während seines Lebens bewegt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50	Gesundheit ist kein Zustand, sondern ein ständiger Prozeß.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

# ÄRZTLICHES AUSBILDUNGSZIEL UND BERUFSFELD

## - REALE ENTWICKLUNG UND NOTWENDIGE ÄNDERUNG -<sup>1</sup>

UDO SCHAGEN

### Zusammenfassung

Die realen Entwicklungen im ärztlichen Berufsfeld sind von den Fakultäten und Fachvertretern in ihren daraus folgenden Rückwirkungen auf Veränderungen im Hochschulcurriculum nicht zur Kenntnis genommen worden. Durch das Gesundheitsstrukturgesetz ist bereits seit 1992 vorgeschrieben, daß Ärzte ohne mindestens dreijährige allgemein- oder gebietsärztliche Weiterbildung nicht zur kassenärztlichen Versorgung zugelassen werden können. Auf die Hochschulausbildung folgt daher seitdem regelmäßig eine langjährige Weiterbildung. Die Beschränkung des Lehrstoffes an den Fakultäten auf praxisnahe Berufsqualifikation und der Fähigkeit zum wissenschaftsbasierten Handeln, auf das für alle Ärzte Gemeinsame, auf Grundkenntnisse und Grundfertigkeiten, auf Kooperations- und Kommunikations-, auf Weiterbildungsfähigkeit entsprechend der internationalen Reformdiskussion ist nicht in Angriff genommen

### Summary

Faculties did not realize developments of the last years outside their universities in the medical field. Fundamental changes have taken place in the legislative rules and regulations and as well in the reality of postgraduate training and the conditions concerning doctors who want to practice on their own within the system of social security. Doctors are not longer allowed to practice on their own without having passed a controlled curriculum of at least three years as a General Practitioner (Allgemeinmedizin) or as a specialist since 1992. This should have had consequences on the aim of undergraduate education within the medical faculties. Infact no curricular reforms have taken place which give hope that basic knowledge, basic skills and communication techniques as well as problem solving competence will be central aims of teaching.

---

Die Beschäftigung mit Fragen des Ausbildungsziels wurde einerseits angeregt durch meine Tätigkeit in der Ausbildung der Studenten (im Fach Sozialmedizin seit seiner Einführung im Jahre 1975) sowie der Arbeit in den Ausbildungsgremien der Hochschule. Andererseits wird das Ziel der Hochschulausbildung an ihrem Ende erreicht, das gleichzeitig Beginn einer weiteren Qualifikationsphase ist, der ärztlichen Weiterbildung. Seit über einem Jahrzehnt arbeite ich in der Selbstverwaltung der Ärztekammer Berlin als Vorsitzender des mit den Grundsatzfragen der Weiterbildung betrauten Weiterbildungsausschusses. Für die Erarbeitung der Curricula in der Weiterbildung ist die Frage, worauf sie aufbauen können, natürlich von zentraler Bedeutung.

Die Definition des Ausbildungsziels ist grundlegend für jede curriculare Reform. Seine Formulierung ist unabdingbarer erster Schritt für jedwede curriculare Veränderungsstrategie.

Den beiden Zugängen zum ärztlichen Ausbildungsziel, einerseits aus der Sicht der Hochschulausbildung vom Zeitpunkt vor seinem Erreichen und andererseits aus der Sicht der auf sie aufbauenden ärztlichen Weiterbil-

dung, entspricht auch die unterschiedliche gesetzliche Zuständigkeitsregelung für beide Seiten:

Die *Berufszugangsregelung*, die ärztliche Approbation, fällt in die Hoheit des Bundesgesetzgebers, auch wenn sie vor Verabschiedung jeweils mit den Ländern abzustimmen ist. Gesetzliche Grundlage ist die Bundesärztlehrordnung.

Die Weiterbildung fällt unter die Regelungen, die die ärztliche *Berufsausübung* betreffen. Sie fällt in den Zuständigkeitsbereich der Länder, deren Parlamente diese Aufgabe über die Heilberufsgesetze (Kammergesetze, Weiterbildungsgesetze) an die Ärztekammern übergeben haben.

### Vorgeschichte des geltenden Ausbildungsziels

Die in den deutschen Staaten im 19. Jahrhundert in Gesetzen und staatlichen Anordnungen festgelegten Ausbildungsordnungen für Ärzte enthielten bis über die Mitte des 20. Jahrhunderts hinaus keine Ausbildungszieldefinition. Implizites Ziel der Ausbildung war der

praktisch tätige Arzt, von dem angenommen wurde, daß er nach Erlangung der Approbation das gesamte Gebiet der für seine praktische Tätigkeit wichtigen Medizin ausreichend beherrsche. Später entwickelte sich dafür ein feststehender Begriff, der "Praktische Arzt".

Die Reichsärzteordnung vom 13. Dezember 1935, die zum erstenmal völlig einheitliches Recht für alle früheren deutschen Staaten und Provinzen schuf, enthielt lediglich folgende Formulierung:

*"§ 3 (1) Die Bestallung als Arzt erhält, wer die Voraussetzungen der Bestallungsordnung erfüllt, die nach Anhörung der Reichsärztekammer vom Reichsminister des Innern erlassen wird. ..."*

Auch die Bestallungsordnung für Ärzte vom 15. September 1953 formuliert, wie die vorhergehenden Bestallungsordnungen:

*"§ 3 Das Ziel der ärztlichen Ausbildung ist die Heranbildung eines zur Erfüllung seiner Aufgaben befähigten Arztes."*

Erst bei den Diskussionen um die Notwendigkeit einer neuen Approbationsordnung in der Bundesrepublik der sechziger Jahre wurde auch die Frage des Ausbildungsziels aufgeworfen. Die Entwicklung im ärztlichen Berufsfeld hatte, wie in anderen Ländern mit vergleichbarem Standard der Gesundheitsversorgung, dazu geführt, daß praktisch alle Ärzte vor dem Schritt in die Selbständigkeit (eigene Praxis) viele Jahre in Krankenhausabteilungen verbrachten, sich dabei spezialisierten und diese Spezialisierung meist auch mit dem Erwerb eines Facharztzertifikats abschlossen. Um eindeutig in die Phase der fachärztlichen Weiterbildung gehörendes Spezialwissen aus dem Lehrstoff der Hochschulausbildung herauszuhalten und eine Begrenzung des Lehrstoffes möglich zu machen, gelangte der Westdeutsche Medizinische Fakultätentag in den sechziger Jahren schon zu folgendem Vorschlag:

*"Der wissenschaftlich gebildete Arzt ist, der die Grundkenntnisse und Grundfertigkeiten erworben haben soll, die ihn befähigen, sich für den praktischen ärztlichen Beruf oder andere Berufe weiterzubilden."*<sup>2</sup>

In dieser Formulierung findet sich ausgedrückt, daß die Hochschulausbildung lediglich Grundkenntnisse und Grundfertigkeiten vermitteln kann, die aber zur Weiterbildung befähigen. Ebenfalls wird deutlich gemacht, daß eine Weiterbildung sowohl für den "praktischen ärztlichen Beruf" wie "für andere Berufe" notwendig ist. Diese Unterscheidung macht Sinn, wenn einerseits der "Hausarzt" und andererseits die "Spezialisten", explizite "Fach"ärzte sowie Ärzte, die sehr spezialisierten Tätigkeiten, z. B. in Forschung und Lehre, nachgehen, gemeint sind.

Dieser Forderung, das Machbare auch in die Gesetzesvorschrift zu übernehmen, stand die Forderung entgegen, daß mit der Approbation ein Abschluß erreicht sein müsse, der zu keinerlei Einschränkungen in der Ausübung des ärztlichen Berufes führen dürfe, mithin zu Recht auch die Forderung zu stellen sei, daß der Arzt am Ende der Ausbildung den Beruf auch bereits selbständig ausüben dürfe:

*"Ziel der ärztlichen Ausbildung ist die wissenschaftliche Heranbildung zu einem Arzt, der mit den Grundlagen*

*der Methoden des ärztlichen Denkens, Wissens und Handelns so weit vertraut ist, daß er zur selbständigen Ausübung des ärztlichen Berufes im Dienste der Gesellschaft befähigt ist."*

Diese Definition stammt aus dem Rohentwurf der Approbationsordnung von 1969.<sup>3</sup>

Eine weitere wichtige Definition, die insbesondere die Implementierungsphase der Bestimmungen der Approbationsordnung von 1970 mit ihren vielen neuen Fächern und Neuregelungen für die Anforderungen an praktischen Übungen bestimmte<sup>4</sup>, war folgende:

*"Als Basisarzt wird ein Arzt bezeichnet, der nach dem Staatsexamen zu selbständiger Weiterbildung und Spezialisierung ohne Verlust des Überblicks über die allgemeinen Zusammenhänge theoretischer und praktischer ärztlicher Fähigkeiten befähigt ist und der in begrenzten Bereichen ärztliche Verantwortung übernehmen kann."*<sup>5</sup>

Keine der vorgeschlagenen Definitionen fand Eingang in die endgültige Neufassung der Bundesärzteordnung, ebenso nicht in die Approbationsordnung von 1970.

Keine der verschiedenen Fassungen der Bundesärzteordnung, auch der folgenden Jahre, (2. Oktober 1961, 4. Februar 1970, 14. Oktober 1977) enthält eine Definition zum Ausbildungsziel, lediglich eine ähnliche Formulierung wie die schon genannte Reichsärzteordnung:

*"§ 3 (1) Die Approbation als Arzt ist auf Antrag zu erteilen, wenn der Antragsteller*

...

*4. nach einem Medizinstudium von mindestens sechs Jahren... die ärztliche Prüfung .. bestanden hat.*

...

*§ 4 (1) Der Bundesminister für Gesundheitswesen regelt .. in einer Approbationsordnung .. die Mindestanforderungen an das Studium der Medizin .."*

## **Das jetzige formale Ausbildungsziel**

Erst im Jahre 1985 kam die Diskussion um das Ausbildungsziel zu einem vorläufigen Ergebnis<sup>6</sup>:

*"§ 4*

*(1) ...*

*(2) Die Regelungen in der Rechtsverordnung sind auf eine Ausbildung auszurichten, welche die Fähigkeit zur eigenverantwortlichen und selbständigen Ausübung des ärztlichen Berufs vermittelt.*

*In der Ausbildung sollen auf wissenschaftlicher Grundlage die theoretischen und praktischen Kenntnisse und Fähigkeiten vermittelt werden, deren es bedarf, um den Beruf nach den Regeln der ärztlichen Kunst und im Bewußtsein der Verpflichtung des Arztes dem einzelnen und der Allgemeinheit gegenüber auszuüben und die Grenzen des eigenen Wissens und Könnens zu erkennen und danach zu handeln."*

Damit hatten sich diejenigen durchgesetzt, die den fertigen Arzt am Ende der Ausbildung verlangten.

Auf der Ebene der Approbationsordnung, also der genaueren Fassung der Anforderungen, können folgende Einzelziele unterschieden werden<sup>7</sup>:

**PRÜFUNGSINHALT NACH  
AUSBILDUNGSZIELDEFINITION DER APPROÄ:**

<b>KENNTNISSE</b>	medizinische fachübergreifende und methodische
<b>PRAKTISCHE FERTIGKEITEN</b>	
<b>PSYCHISCHE FÄHIGKEITEN</b>	
<b>EINSTELLUNGEN</b>	geistige und ethische Grundlagen Verpflichtung gegenüber dem Einzelnen und der Allgemeinheit

zur Erreichung von

<b>HANDLUNGSFÄHIGKEIT IN</b>	Prävention Diagnostik Therapie und Rehabilitation
<b>FÄHIGKEIT ZUR BERÜCKSICHTIGUNG DER ENTWICKLUNGEN IN</b>	Wissenschaft Umwelt und Gesellschaft
<b>KOOPERATIONSFÄHIGKEIT MIT</b>	anderen Ärzten anderen Berufen im Gesundheitswesen

**Die Problematik dieses Ausbildungsziels**

Nachdem Ende der achtziger Jahre auch von der Gesundheitspolitik nicht mehr übersehen werden konnte, daß erneut eine grundsätzliche Reform der ärztlichen Ausbildung vonnöten sei und zu diesem Zweck vom Bundesministerium für Gesundheit eine Sachverständigenkommission eingesetzt worden war, nahm dort auch die Diskussion um das Ausbildungsziel, hier Studienziel genannt, einen bedeutenden Teil der Arbeit ein. Im Ergebnis dieser Arbeit wurde im März 1993 folgender Vorschlag formuliert:

*"1. Studienziel*

*Am Ende des Studiums steht der in den wissenschaftlichen und praktischen Grundlagen der Medizin ausgebildete, eigenverantwortlich tätige und zur Weiterbildung befähigte Arzt."*<sup>8</sup>

Damit ist der unter den Bedingungen des deutschen Gesundheitswesens in diesem Zusammenhang mißverständliche, weil auf die Tätigkeit als Arzt in eigener Praxis fehlzuinterpretierende Begriff "selbständig" ausdrücklich fallen gelassen worden. Der Begriff "eigenverantwortlich" drückt in ausreichender Weise aus, daß der junge Arzt selbstverständlich wie jeder Absolvent eines akademischen Studiums im Rahmen der von ihm zu verlangenden Erfahrung eigenverantwortlich arbeiten können muß<sup>9</sup>.

Zu dieser Formulierung hatte Jörg-D. Hoppe bereits auf dem 94. Deutschen Ärztetag 1991 in Hamburg als Vorstandsmittglied der Bundesärztekammer folgendes ausgeführt:

*"Nachdem nunmehr seitens des Bundesministeriums für Gesundheit in Übereinstimmung mit der großen Mehrheit der Mitglieder der Sachverständigenkommission festgestellt wurde, 'eigenverantwortlich' bedeute, daß der frisch approbierte Mediziner ohne Aufsicht im engen Sinne tätig werden dürfe, während der Begriff 'selb-*

*ständig' die Tätigkeit in eigener Praxis meine, steht in Aussicht, daß die Ausbildungszieldefinition in der gegenwärtigen Fassung der Bundesärzteordnung und der Approbationsordnung lediglich durch die Streichung des Wortes 'selbständig' verändert wird, was natürlich politisch und namentlich berufspolitisch gesehen, eine große Bedeutung hat. Dies geschieht mit Zustimmung der Bundesärztekammer."*<sup>10</sup>

Diese u.a. auch mehrfach bei anderen Gelegenheiten und vor allen Dingen in der Sachverständigenkommission mitgeteilte Auffassung der Bundesärztekammer hat zu der endgültigen Ausformulierung der Zieldefinition beigetragen. Hoppe selbst hatte die Situation auch so beschrieben<sup>11</sup>:

*"Im Jahre 1990 hat der 93. Deutsche Ärztetag sich lediglich für eine mindestens dreijährige, spezifische Weiterbildung in Allgemeinmedizin als obligatorischer Voraussetzung für eine selbständige allgemeinärztliche Berufsausübung ausgesprochen und den Vorstand der Bundesärztekammer aufgefordert, sich für die Verwirklichung dieser obligatorischen Weiterbildung einzusetzen. Basierend auf diesem Beschluß hat die Bundesärztekammer bezüglich der Änderung des Ausbildungsziels in der Bundesärzteordnung und in der Approbationsordnung lediglich mitgetragen, daß das Wort "selbständig" gestrichen wird, weil sich die Sachverständigenkommission vorher darauf geeinigt hat, daß mit dem Wort "selbständig" nur und ausschließlich die Ausübung des Arztberufes in eigener Praxis gemeint sei."*

Daß der Arzt am Ende des Studiums zur "Weiterbildung befähigt" sein soll, ist sicher unbestritten. Letztlich wird die Auffassung, daß der Arzt unmittelbar im Anschluß an das Studium nicht "selbständig" (im Sinne der Führung einer eigenen Praxis) tätig werden soll, getragen von dem Beschluß des 93. Deutschen Ärztetags in Würzburg 1990 zur "Weiterbildung in Allgemeinmedizin", in dem es heißt:

*"Der Deutsche Ärztetag spricht sich für eine mindestens dreijährige strukturierte Weiterbildung in Allgemeinmedizin als obligatorische Voraussetzung für eine selbständige allgemeinärztliche Berufsausübung aus und fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, sich für die Verwirklichung dieser obligatorischen Weiterbildung einzusetzen."*<sup>12</sup>

Trotz der sehr eindeutigen Empfehlung der Sachverständigenkommission<sup>13</sup>, des Gremiums, das in den vergangenen 20 Jahren wohl die breiteste Verankerung in allen mit dem Gesundheitswesen befaßten Organisationen hatte<sup>14</sup>, enthielt schon die erste Entwurfsfassung für eine Neuregelung der Approbationsordnung aus dem Bundesministerium für Gesundheit vom Dezember 1993 eine abweichende Formulierung:

*"Ziel der ärztlichen Ausbildung ist der wissenschaftlich und praktisch in der Medizin ausgebildete Arzt, der zur eigenverantwortlichen und selbständigen Berufsausübung, zur Weiterbildung und zu ständiger Fortbildung befähigt ist. ..."*

Diese Formulierung findet sich auch in den bisherigen weiteren Fassungen einschließlich der Anfang 1996 vom Ministerium in die öffentliche Diskussion gegeb-

nen "Fassung nach dem Arbeitsstand der Bund-Länder-Arbeitsgruppe Dezember 1995."

Warum findet sich hier nun wieder der Begriff "selbständig"?

Einerseits kam es durch einen Fehler bei der Endredaktion der Sachverständigenempfehlung zu einer, im Nachhinein gesehen, völlig unnötigen Kontroverse.<sup>15</sup> Unterschiedliche Interpretationen des Wortes "selbständig" finden sich bis heute in entsprechenden Beiträgen.

Der Vizepräsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. J.-D. Hoppe, berichtet für die Wiedereinfügung folgendes Ereignis<sup>16</sup>: In der ersten größeren Veranstaltung, die Bundesminister Seehofer im Herbst 1993 mit Medizinstudenten zur Diskussion der neuen Ausbildungsordnung durchführte, passierte folgendes: Von den Studenten wurde er gefragt, wie er denn den Begriff "selbständig" einfach streichen könne, da doch selbstverständlich auch ein Arzt am Ende seines Studiums "selbständig" handeln können müsse. Der Bundesminister hatte offenbar die langwierige Diskussion, die zur Streichung dieses Begriffes geführt hatte, nicht in Erinnerung - wahrscheinlich kannte er sie gar nicht. Spontan überzeugt sagte er zu, daß dieser Begriff wieder aufgenommen werde. Als ihm nach der Veranstaltung die Experten seines Hauses entsprechende Vorhaltungen machten und darzustellen versuchten, daß die Herausnahme gut begründet gewesen sei, reagierte er mit einer definitiven Entscheidung, jetzt bliebe es so.

Man mag diese Episode als ein Maß für die Ernsthaftigkeit nehmen, mit der Politiker der höchsten Ebene sich mit Fragen der ärztlichen Ausbildung beschäftigen. Andererseits wäre es zu kurz gegriffen, dies nur auf eine Laune zurückzuführen, da tatsächlich nach wie vor innerhalb der Ärzteschaft Interessen vorhanden sind, die eine solche Formulierung begrüßen.

Und nicht zuletzt ist eine solche Formulierung ohne entsprechende Erläuterung, etwa in einem Begründungsteil zu einer Gesetzesnovellierung, geeignet an den Fakultäten Mißverständnisse bezüglich des Ausbildungsziels weiter bestehen zu lassen: Faßt man den Begriff "selbständig" in dem Sinne, daß die Fähigkeit zur Führung einer eigenen Praxis vorhanden sein müsse, so kann jedes auch noch so kleine Spezialfach für sich in Anspruch nehmen, es müsse im Lehrplan und in der Prüfung in einem Umfang vertreten sein, der garantiere, daß jeder Arzt über die entsprechenden spezialistischen Kenntnisse und Fähigkeiten verfüge. Und dies eben macht es unmöglich, Studienpläne, Prüfungsstoff, Gegenstandskataloge und MC-Fragenpools von unnötigem Spezialwissen zu befreien oder, um es mit einem Begriff zu sagen, wie er sich schon lange auch in der medizinischen Curriculumdiskussion eingebürgert hat, diese zu "entrümpeln".

## Rahmenbedingungen der Berufsausübung

Aufmerksam betrachtet werden müssen gleichzeitig die Entwicklungen außerhalb des Ausbildungsrechts und der -wirklichkeit an den Hochschulen, die der Diskussi-

on um die verschiedenen Fassungen der Approbationsordnung in den letzten zehn Jahren parallel erfolgten.

So haben sich im Sozialrecht in den letzten Jahren, auch die ärztliche Berufsausübung beschränkende, grundsätzliche Wandlungen vollzogen. Nicht zuletzt in der Folge des schon erwähnten Beschlusses des Deutschen Ärztetages aus dem Jahre 1990 sind neue Bestimmungen inkraft getreten:

Der § 73 des Sozialgesetzbuches Band V (SGB V) lautet seit der Ergänzung und Veränderung durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1992:

### *Kassenärztliche Versorgung*

*(1) Die vertragsärztliche Versorgung gliedert sich in die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung. Die hausärztliche Versorgung beinhaltet insbesondere*

- 1. die allgemeine und fortgesetzte ärztliche Betreuung eines Patienten in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis seines häuslichen und familiären Umfeldes,*
- 2. die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen,*
- 3. die Dokumentation, insbesondere Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten, Befunde und Berichte aus der ambulanten und stationären Versorgung,*
- 4. die Einleitung oder Durchführung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen.*

*(1a) An der hausärztlichen Versorgung nehmen Ärzte für Allgemeinmedizin und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung teil. Kinderärzte und Internisten ohne Teilgebietsbezeichnung wählen, ob sie an der hausärztlichen oder an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen. ... An der fachärztlichen Versorgung nehmen Ärzte mit Gebietsbezeichnung teil, mit Ausnahme der Ärzte für Allgemeinmedizin sowie derjenigen Internisten und Kinderärzte ohne Teilgebietsbezeichnung, die die Wahrnehmung hausärztlicher Versorgungsaufgaben gewählt haben. ...*

Die bereits niedergelassenen Internisten mußten von ihrem Wahlrecht bis Ende 1995 Gebrauch machen. Auch wenn der örtliche Zulassungsausschuß (der Kassenärztlichen Vereinigung und der Landesverbände der Krankenkassen nach § 96 SGB V) sowie die Spitzenverbände der Krankenkassen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bezüglich bestimmter Übergangregelungen noch zeitliche Spielräume haben, so folgt hieraus doch zwingend, daß langfristig nur spezifisch qualifizierte Ärzte hausärztlich versorgen dürfen. Die derzeitigen Weiterbildungsordnungen sehen nicht vor, daß Internisten hausärztliche Qualifikationen erwerben. Insofern kann das Wahlrecht für die neu niedergelassenen Internisten nur solange aufrecht erhalten werden, wie nicht genügend Fachärzte für Allgemeinmedizin zur Verfügung stehen - es sei denn, der Weiterbildungsgang zum Internisten würde soweit verändert, daß er hausärztliche Qualifikationen erwerben würde. Dann müßte ein eigener Weiterbildungsgang zum Allgemeinmediziner aufgegeben werden.

Eine weitere gewichtige Änderung ist im § 95a des SGB V erfolgt:



Voraussetzung für die Eintragung in das Arztregister für Vertragsärzte

(1) Bei Ärzten setzt die Eintragung in das Arztregister voraus:

1. die Approbation als Arzt,
2. den erfolgreichen Abschluß entweder einer allgemeinmedizinischen Weiterbildung oder einer Weiterbildung in einem anderen Fachgebiet mit der Befugnis zum Führen einer entsprechenden Gebietsbezeichnung oder den Nachweis einer Qualifikation, die gemäß den Absätzen 4 und 5 anerkannt ist.

(2) Eine allgemeinmedizinische Weiterbildung im Sinne des Absatzes 1 Nr. 2 ist nachgewiesen, wenn der Arzt nach landesrechtlichen Vorschriften zum Führen der Facharztbezeichnung für Allgemeinmedizin berechtigt ist und diese Berechtigung nach einer mindestens dreijährigen erfolgreichen Weiterbildung in der Allgemeinmedizin bei zur Weiterbildung berechtigten Ärzten und in dafür zugelassenen Einrichtungen erworben hat.

Dies ist, nach nunmehrigem Ablauf einiger Übergangsbestimmungen, eine vollständige Veränderung des gesetzlichen Rahmens, in dem niedergelassene Ärzte tätig werden.

Man kann sogar sagen, daß diese Umwälzung der Bedingungen, in denen ärztliche Hochschulausbildung erfolgt, die wichtigste Änderung seit Einführung staatlicher Prüfungsordnungen vor 140 - 110 Jahren in den deutschen Staaten darstellt.

Wie haben die Fakultäten, wie hat das IMPP mit seinen Sachverständigen, wie haben die Unterrichtsverantwortlichen der einzelnen Fächer und Kurse reagiert? Die Antwort muß bisher lauten:

Überhaupt nicht, nirgendwo gibt es bisher Anzeichen dafür, daß Fakultäten und Fachvertreter sich aufgrund der einschneidenden Veränderungen, vor denen ihre Studenten nach Abschluß ihrer Ausbildung stehen werden, ebenso einschneidende Veränderungen in ihrem Lehr- und Prüfungsangebot geplant hätten.

## Schlußfolgerung

Man muß nun die Auffassung vertreten, daß, nachdem die eindeutige Meinungsäußerung der Sachverständigenkommission, aber auch die zitierten Äußerungen der Bundesärztekammer, vorliegen, ein "selbständiger" Arzt in dem Sinne, daß er selbständig seine Praxis ausüben könne, nicht mehr Ziel der Ausbildung sein kann. Dies gilt umso mehr, weil aufgrund der neuen Rahmenbedingungen des Sozialrechts nur noch weitergebildete Ärzte zur Kassenpraxis zugelassen werden. Auch wenn die Formulierung im Entwurf der neuen Approbationsordnung, deren Verabschiedung vom Ministerium noch auf das Jahr 1996 terminiert war, enthalten bleiben sollte, kann der Begriff "selbständig" nicht mehr im Sinne der Fähigkeit, eine eigene Praxis schon unmittelbar nach Ende des Studiums führen zu können, interpretiert werden.

Andererseits kommt der Hauptwiderstand gegen die Empfehlungen des Murrhardter Kreises<sup>17</sup>, die hier stellvertretend für die deutschen Studienreformbemühungen genannt sein sollen, auch weil diese Empfeh-

lungen wenigstens noch fragmentarisch in den Approbationsordnungsentwürfen erkennbar sind, aus den wissenschaftlichen Gesellschaften und Vertretungen der einzelnen Fächer. Nach wie vor ist die Tendenz ungebrochen, daß möglichst jedes Fach mit eigener Lehrveranstaltung und eigenem Prüfungsstoff vertreten sein will. Über die Gründe hat Uexküll<sup>18</sup> mehrfach und ausführlich schon vor vielen Jahren berichtet.

Die Stofffülle, die weder von Lehrenden, insbesondere aber nicht von Lernenden, sinnvoll bewältigt werden kann, ist regelmäßig Gegenstand der Kritik.

Ihr kann nicht mit der gegenwärtigen Approbationsordnung begrenzend entgegengetreten werden., die nach wie vor die Fächerrepräsentanz vor integrierenden, fächerübergreifenden Curriculumanteilen betont. Die Befürchtung, daß mit der Erwähnung in der Ausbildungsordnung, mit der dort vorgeschriebenen Pflichtveranstaltung des Faches, bei einer Streichung zugunsten fächerübergreifender Lehranteile gleichzeitig wichtige Institute und Kliniken, Abteilungen und Dozentenstellen ihr Aussterben erwarten müßten, ist nicht von der Hand zu weisen. Ihre Weiterexistenz oder gar ihr notwendiger Ausbau bedarf der hochschul- und gesundheitspolitischen Vorgaben gegenüber den Fakultäten, die neuen Anforderungen unter dem Druck finanzieller Engpässe und zur Bewahrung vorhandener Einrichtungen oft allzu spät oder garnicht gerecht werden.

## Anmerkungen

- 1 Bei der Tagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung am 2. Dezember 1995 in Köln sowie dem Internationalen Kongreß "Qualität der Lehre" vom 8.-10. Februar 1996 in Münster wurden Teile des Aufsatzes mit jeweils unterschiedlicher Schwerpunktsetzung vorgetragen.
- 2 Manger-König, Ludwig von (1969), Ärztliche Bestallungsordnung und Studienreform. In: Pia, Hans W / (Hrsg.): Ärztliche Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung. Stuttgart. S. 36-44, hier S. 39.
- 3 Zitiert nach: Kapuste, Hannes (1969), Die große Reform des Medizinstudiums läßt auf sich warten : kritischer Kommentar zum Entwurf der neuen Approbationsordnung. Wirtschaft und Wissenschaft 17 (Heft 5): 23-28, hier S. 24.
- 4 Loddenkemper, R(ober) und U(do) Schagen (1972), Vorschlag zur Gewichtung der Fächer nach der Approbationsordnung für Ärzte vom 28.10.1970. Info archiv : Beilage zu FU-Info Heft 1: 2-8.
- 5 Das Studium der Humanmedizin an der Universität Ulm. Rahmenplan für die ärztliche Ausbildung nach der neuen Approbationsordnung. Uni Ulm Intern, Mitteilungen des Rektors der Universität Ulm, Nr. 31 (15.6.1973), S. 14.
- 6 Viertes Gesetz zur Änderung der Bundesärzteordnung vom 14. März 1985. BGBl I, Nr. 16, v. 22. März 1985, S. 555f. - Zur weiteren Vorgeschichte im einzelnen vergleiche auch: Toellner, Richard (1990), Reform ohne Ziel? Zur Geschichte einer Tragikomödie. Med. Ausbildung 7 (Sonderheft Sept. 1990) : 74 - 80 - Schagen, Udo (1990), Zwei Jahrzehnte Ausbildungsreform - und keine Entscheidung zum Ausbildungsziel. Med. Ausbildung 7 (Sonderheft Sept. 1990) : 67 - 73.
- 7 Zusammengestellt nach der 7. Änderung der ApprO, 21.12.1989, § 1 Abs. 1.
- 8 Bundesministerium für Gesundheit (1993), Kurzfassung, Bericht der Sachverständigengruppe zu Fragen der Neuordnung des Medizinstudiums beim Bundesminister für Gesundheit. Bonn. S. 3, 3. Abs.
- 9 Gemot Lorenz diskutiert aus dieser Sicht unter dem Titel "Hat das Ausbildungsziel "selbständig" Konsequenzen für die Aus- und Weiterbildung" in dieser Zeitschrift (12/1995 (Heft2) : 182-185) insofern

- cher das, was in der Ausbildungszieldefinition mit dem Begriff "eigenverantwortlich" ausreichend beschrieben ist.
- 10 Anhang zum stenographischen Wortbericht des Deutschen Ärztesages, Seite II-6, 3. Abs.
  - 11 Hoppe, Jörg-Dietrich (1993), Eigenverantwortlich aber nicht selbständig? - Kommentar zum Thema "Neuorientierung des Medizinstudiums". psychomed 5(Heft 4): 232.
  - 12 Dt. Ärztebl. 87/1990: C-1130.
  - 13 Gerfried Gebert hat bedauerlicherweise in dieser Zeitschrift (Die Reform der Ausbildung zum Arzt. 11/1994 (Heft 2):142-147) unterstellen können, die Sachverständigenkommission sowie der Wissenschaftsrat in seinen Leitlinien von 1992 hätten vorgeschlagen, "die Ausbildung zum Arzt im wesentlichen an den Bedürfnissen der ärztlichen Primärversorgung zu orientieren". Die entsprechenden Original-Papiere enthalten keine solche Formulierung. Auch legt die Lektüre dieser Arbeiten insgesamt eine solche Interpretation nicht einmal nahe. Insofern entbehren auch seine hierauf aufgebauten Schlußfolgerungen (S. 139, 142f) ihrer Grundlage.
  - 14 Schagen, Udo (1993), Die Arbeit der Sachverständigengruppe zu Fragen der Neuordnung des Medizinstudiums beim Bundesminister für Gesundheit. Med. Ausbildung 10 (Heft 2) : 139 - 142.
  - 15 Ebd. - Mitteilungen d. Hochschulverb. 41/1993 (Heft 4) : 240 - 243, (Heft 5): 337 - 339, (Heft 6): 393 - 394 zwischen Grifka (Mitglied Bundesvorstand des Marburger Bundes), Fleischhauer (Univ. Bonn), Gilbert (Mitglied der Sachverst. gruppe beim BMG, RCDS), Wirsching (Universität Freiburg), Schreiner/Remstedt (Fachtagung Medizin)
  - 16 Persönliche Mitteilung gegenüber dem Verfasser.
  - 17 Robert Bosch Stiftung Murrhardter Kreis (Hrsg.) (1995 / 3., vollst. überarb. Aufl.), Das Arztbild der Zukunft. Analysen künftiger Anforderungen an den Arzt. Konsequenzen für die Ausbildung und Wege zu ihrer Reform. Gerlingen.
  - 18 Uexküll, Thure von (1971), Das Problem der Ausbildung zum Arzt in der modernen Welt : ein Kommentar zur neuen Approbationsordnung. Deutsches Ärzteblatt 68(Heft 10): 709-714.

## **Anschrift des Verfassers**

**Dr. Udo Schagen.**  
**Forschungsstelle Zeitgeschichte im Institut für Geschichte der Medizin der FU Berlin,**  
**Klingsorstr. 116**

**12203 Berlin**

# AMEE

## Medical Education Conference

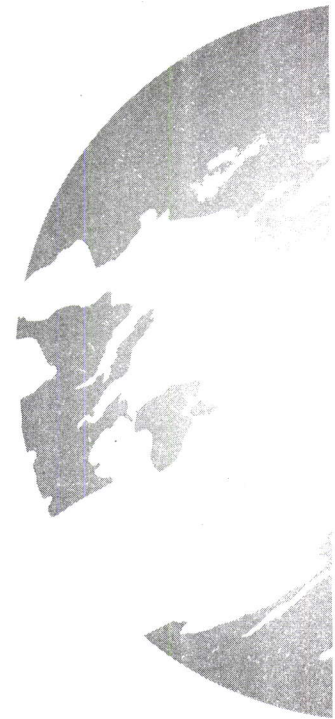
Copenhagen, Denmark

1 - 4 September 1996



You are invited to attend the Annual Meeting of AMEE which is being held in Copenhagen, European Capital of Culture 1996.

- ⌋ Look in-depth with an international panel of expert speakers at:
  - cultural aspects of medical education
  - assessing performance
  - methods of teaching and learning
  - the management of medical education.
- ⌋ Discuss papers covering a wide range of topics related to changes in the education of health care professionals.
- ⌋ View an exhibition of posters and resource materials in medical education.
- ⌋ Take part in a workshop session on topics of interest to yourself.
- ⌋ Meet colleagues from around the world and exchange views and ideas.
- ⌋ Enjoy a few days in Copenhagen, European Capital of Culture 1996.



## AMEE

Association for Medical  
Education in Europe



Ministry of  
Education



Faculty of Health  
Sciences, University  
of Copenhagen



Medical Society of  
Copenhagen



Nordic Federation for  
Medical Education



Danish Medical  
Association

AMEE Secretariat  
University of Dundee  
Tay Park House  
484 Perth Road  
Dundee DD2 1LR  
Scotland, United Kingdom

Tel: 44 1382 631962  
Fax: 44 1382 645748  
e-mail:l.a.cumming@dundee.ac.uk

# General Information

Members and non-members of AMEE are invited to attend the Association's Annual Conference which is this year being held in Europe's Capital of Culture 1996, Copenhagen, Denmark.

## Who Should Attend?

The conference will be of relevance to all teachers, educators, practitioners, students and administrators in the health-care professions. The meeting will look at important issues in undergraduate or basic education,

postgraduate or specialist training and continuing education. While the focus of the meeting will be European, a panel of international experts will contribute a broader perspective.

## What Topics will be Covered?

The topics covered during the meeting will be wide and varied reflecting the many changes that are taking place in all areas of health-care education. Themes of the meeting include:

- ┐ The culture and history of medical education.
- ┐ Assessment, including formative assessment, self assessment and the use of standardised patients.
- ┐ Teaching and learning methods and the new technologies including computers and the internet.

- ┐ The management of medical education.
- ┐ Patient/doctor communication.
- ┐ Clinical problem solving.
- ┐ International student exchange programmes.
- ┐ Curriculum planning.
- ┐ Integration of dental and medical education.
- ┐ Postgraduate education.
- ┐ Continuing education.

# Provisional Programme

## Saturday 31 August

- Optional pre-conference tour.
- 1300-1800 This tour will include visits to a number of Denmark's famous castles and the museum of modern art.
- Pre-conference workshops
- 1200-1800 Management of Medical Education  
*Dr Poul Jaszczak, Dean for Medical Education, University of Copenhagen*
- 1600-1800 Educational Issues in the Training for Rehabilitation of Torture Victims - I  
*Professor Brent Sørensen*

## Sunday 1 September

- Pre-conference workshops
- 0900-1700 Management of Medical Education  
*Dr Poul Jaszczak, Dean for Medical Education, University of Copenhagen*
- 1000-1200 Educational Issues in the Training for Rehabilitation of Torture Victims - II  
*Professor Brent Sørensen*
- 1000-1200 Aspects of Teaching Medical Ethics and Philosophy  
*Professor Henrik R. Wulff*
- 1300-1530 Guided tour of Copenhagen
- 1400-1700 Registration desk open.  
Set-up exhibitions and posters.
- 1800-2100 Official opening ceremony - Main Hall, University of Copenhagen.

## Monday 2 September

- 0900 **Session 1 - Plenary**  
The Value of Medical History as a Cultural Element in the Medical Curriculum  
*Professor Øyvind Larsen, Oslo*
- Advances in Standardised Patient Methodology  
*Professor Ron Hambleton, Amherst and Dr Miriam Friedman, Philadelphia*
- 1030 Coffee
- 1100 **Session 2 - Short Communications**
- 1300 Lunch
- 1430 **Session 3 - Poster Viewing and Presentation of Posters**
- 1600-1700 Special Interest Group Meetings  
International Medical Education  
*Professor Henry Walton, World Federation for Medical Education*
- Others by request
- 1830 Evening reception in the Town Hall of Copenhagen and a visit to the Tivoli Gardens.

## What is the Format for the Meeting?

The meeting will include:

- ⌋ **Plenary Sessions** during which the invited speakers will address key educational issues relating to the themes of the meeting. This will be followed by open discussion.
- ⌋ **Free Papers Sessions** where presenters of short communications will be allocated 10 minutes plus five minutes for discussion. You are invited to submit abstracts for consideration.
- ⌋ **Poster Presentation Sessions** where there will be the opportunity to view and discuss the posters and resources. Presenters will be allocated time to introduce the key points from their poster or resource. You are invited to submit abstracts for consideration
- ⌋ **Workshops** are designed to offer a forum for discussion and an opportunity to learn more about a wide variety of topics including; formative assessment, self assessment, computers in medical education, patient/doctor communication, clinical problem solving and international student exchange programmes. On receipt of your registration form, you will be sent more information about the exciting range of workshops available.
- ⌋ **Exhibition** of posters and resources showing the work of AMEE Corporate, Institutional and Individual members. If you wish to put up an exhibit, please contact the AMEE office.
- ⌋ **Special Interest Group Meetings** will be organised at the request of any common interest group who wish to take advantage of the time set aside in the programme. Please let the AMEE Office know of your group's needs so that advertising and venues can be arranged.
- ⌋ **General Assembly** where all AMEE members (Individual and representatives of Corporate and Institutional members) can participate in the business of the meeting and vote on any issues which arise. Other participants may attend as observers.

## Tuesday 3 September

- 0900 **Session 4 - Plenary**  
The Process of Changing Teaching Methods  
*Dr Knut Aspegren, Lund*  
The Good Teacher is More Than a Lecturer: Twelve Roles for the Teacher.  
*Professor Ronald M Harden, Dundee*  
Multi-professional Learning and the Community  
*Dr Marcos Kisil, Sao Paulo*
- 1030 Coffee
- 1100 **Session 5 - Short Communications**
- 1300 Lunch
- 1430 **Session 6 - Workshops**
- 1600 Coffee
- 1630-1730 General Assembly
- 1945 Conference dinner - National Museum of Copenhagen.

## Wednesday 4 September

- 0900 **Session 7 - Short Communications**
- 1100 **Session 8 - Plenary**  
The Central Issue of Management in Medical Education: How to Inspire, Guide and Motivate the Teachers.  
*Professor Herman van Rossum, Groningen*  
Report from Pre-conference Workshop - Management of Medical Education  
*Dr Poul Jaszczak, Copenhagen*
- 1245 Close of AMEE Conference

## Accompanying Persons Programme

### Monday 2 September

This tour will visit Roskilde Cathedral, the Viking Ship Museum and a number of castles and towns to the west of Copenhagen.

### Tuesday 3 September

This tour will take you to the north of Copenhagen to visit Hamlet's Castle, Fredensborg Castle and Frederiksborg Castle.



# BILD(UNG) UND MEDIZIN

## ZUM TITELBILD:

### HUNDERT JAHRE CHICAGOER LABORSCHULE. ODER: WER KENNT JOHN DEWEY?

F. EITEL

1996 ist in pädagogischer Hinsicht ein bedeutsames Jahr. Bedeutsam für diejenigen, die sich mit der Reform des Medizinunterrichts beschäftigen, und dabei die Gegenwart als in die Zukunft weisend und zugleich als in der Vergangenheit ruhend betrachten. Dies ist eine bewährte Reformstrategie: Der Blick in die Vergangenheit erklärt gegenwärtige Zustände und vermittelt Erfahrungen, die richtungsweisend für die Zukunft sein könnten.

Blicken wir nun zurück, dann erscheint ein Jubiläum bedeutungsvoll: 1996 jährt sich zum hundertsten Mal die Gründung der Laborschule an der Chicagoer Universität. Diese Schule wurde damals in wenigen Jahren unter dem Namen ihres Gründers als "Dewey School" berühmt.

Diese Schule war ein didaktisches Experiment, das sich von amtlichen Regulierungen und von Einflüssen der vorherrschenden Didaktikauffassungen freihalten wollte. Ihr Curriculum sollte frei sein für didaktische *Erfahrungen* [experience], die sich aus dem *Wechselspiel* angewandter pädagogischer Theorie und theoriegeleiteter Praxis ergäbe. Aus diesem erfahrungsbasierten Wechselspiel [interaction] sollte sich die Schulkwirklichkeit mit *Kontinuität* [continuity] weiter und fortentwickeln.

Damit sind drei Grundbegriffe genannt, welche die Gedankenwelt dieses wohl einflußreichsten amerikanischen Pädagogen kennzeichnen: Erfahrung [experience], Wechselwirkung [interaction] und Geschichtsbezug im Sinne der Entwicklung über die Zeit [continuity].

Doch bevor wir uns näher mit der Dewey'schen Pädagogik befassen, schauen wir uns an, wie es mit der Laborschule weiterging und was ihrem Gründer widerfuhr: Im Jahre 1904 ordnete der Universitätspräsident, William R. Harper, die Eingliederung der DeweySchool in die Übungsschule des universitären Lehrerseminars an, ohne Dewey darüber zu informieren. Daraufhin verließ John Dewey die Universität in Chicago, da seine Schule ihrer experimentellen Bestimmung und seiner Leitung entzogen war, um einen Lehrstuhl für Philosophie an der New Yorker Columbia Universität zu übernehmen. Schon zu Lebzeiten galt Dewey, einer der drei

Hauptvertreter des philosophischen Pragmatismus (Instrumentalismus), als der größte amerikanische Philosoph. Sein Anfangsgehalt war so niedrig, daß er sich und seine Familie durch einen zusätzlichen Lehrauftrag an der New Yorker Pädagogischen Hochschule, dem "Teacher's College", über Wasser halten mußte. Dieses College wird durch Dewey zum Zentrum der amerikanischen Reformpädagogik [*progressive education*]. Einer seiner Schüler, William H. Kilpatrick, der später selbst eine Professur am Teacher's College erhielt, bildet im Laufe der Zeit mehr als 30.000 Lehrer im Sinne der "progressive education" aus. Er entwickelt die *Projektmethode* [Kilpatrick (1933): Purposing, Planning, Executing, Judging], die mit dem Dewey'schen Desiderat des "Learning by doing" auf den Begriff gebracht ist.

Die progressive education breitet sich in den zwanziger Jahren über Nordamerika aus und tritt mit der europäischen Reformpädagogik in Wechselbeziehung [Piaget (1974), Kerschensteiner (Zit. n. Schreier, 1986, S. 19), Petersen (1935) u.a.; Projektmethode, Learning by doing].

Nach dem Krieg war unter dem Einfluß der amerikanischen Militärbehörden in den 50er Jahren eine erneute Rezeption des Dewey'schen Gedankengutes zu verzeichnen [Meyer: Gruppenarbeit; Tausch: sozialintegratives Verhalten der Lehrenden; Zit. nach Schreier, 1986, a.a.o.).

In den 70ern benützte die Studentenbewegung die Dewey'schen Vorstellungen von der Beteiligung der Lernenden an der Aufstellung der Lehrpläne für ihre Forderungen; die Projektmethode erlebt eine Renaissance (Schreier, 1986). Soweit die Entwicklung der Dewey'schen Reformpädagogik.

Was bedeutet diese Entwicklung nun für den heutigen Medizinunterricht? Welchen Wert hat der Dewey'sche Ansatz für die Medizindidaktik von heute?

In der Medizindidaktik ist Dewey's Ansatz kaum bekannt, geschweige denn erkennbar, obgleich die Medizin als Erfahrungs und Handlungswissenschaft hierfür geradezu prädestiniert erscheint. Die Beziehungen des "problembased learning" (Barrows, 1985) zur progres-

sive education bedürfen allerdings noch der wissenschaftlichen Klärung.

Ein Blick in das Alterswerk "Experience and Education" (Dewey, 1963) zeigt seine ungebrochene Aktualität 1. für die gegenwärtige Reformdiskussion im allgemeinen und 2. die Medizindidaktik im besonderen.

1. In manchen Passagen lesen sich Dewey's Ausführungen wie vorweggenommene konstruktivistische Ansätze [Konstruktivistische Lehr/Lerntheorien sind in der pädagogischen Psychologie en vogue und haben enge Beziehungen zur Forschung über künstliche Intelligenz]: "It is hardly necessary to say that one of the most fundamental principles of the *scientific organization* of knowledge is the *principle of cause and effect* [Hervorhebungen, F. E.]. There is no intelligent activity that does not conform to the requirements of the relation, and it is intelligent in the degree in which it is not only conformed to but consciously borne in mind [Dewey a.a.o., S. 83]."

Ein weiterer Hinweis für Dewey's "konstruktivistische" Denkweise: Dewey hat die heute u.a. durch den Murrhardter Kreis (1995) wiederbelebte Forderung einer Gestaltung der Stoffvermittlung in unterschiedlichen Differenzierungen und sukzessiven Schwierigkeitsgraden [sogenannte "Lehr/Lernspirale"] vorformuliert: "... growth depends upon the presence of difficulty to be overcome by the exercise of intelligence [Strukturierung des Wissens, siehe vorhergehendes Zitat]. Once more, it is part of the educator's responsibility to see equally to two things: First, that the problem grows out of the conditions of the experience had in the present [Vorwissen], and that it is within the range of the capacity of student ["Studenten dort abholen, wo sie stehen"]; and secondly, that it is such that it arouses in the learner an active quest for information and for production of new ideas [Anreiz zu selbstgesteuertem Weiterlernen und Konstruktion neuen Wissens]. The new facts and new ideas thus obtained [erworbenes, strukturiertes Wissen] become the ground for further experiences in which new problems are presented. The process is a continuous *spiral* [Hervorhebung F. E.; S. 79, a.a.o.]."

Erstaunlicherweise beschreibt Dewey (1963) bereits im Jahre 1938 auch konstruktivistische Ansätze, die Elemente des heutigen Qualitätsmanagements [vgl. Zielerreichung und Wirkungsanalyse, (Eitel, 1994)] durchaus enthalten. Zum Beispiel: "In the earlier forms of experience the causal relation does not offer itself in the abstract but in the form of the relation of means employed to ends attained [Soll-Istwert-Vergleich, (Eitel 1994)]; of the relation of means and consequences [a.a.o., S. 83/84]."

2. Für die gegenwärtige, angewandte Medizindidaktik läßt sich aus dem in Punkt 1 Dargestellten

als curriculares Programm ableiten, Situationen und Lernumgebungen [vgl. das Konzept der "Lernplätze", (Eitel et al 1994)] bereitzustellen, die es den Lernenden ermöglichen, möglichst zahlreiche Erfahrungen über die Wechselwirkungen innerhalb der physiologischen [Salutogenese] bzw. pathophysiologischer Gegebenheiten [Aetiopathogenese] und deren schulmäßige Beeinflussung sowie über deren anamnestiche Entwicklung und prognostische Bedeutung beim Patienten, also deren zeitliche Kontinuität, zu sammeln, zu untersuchen und ihrem Wissensschatz einzuverleiben.

Fallstudien (Renschler et al 1989) und Lernplätze mit computergestützten, hypermedialen Simulationen (Eitel et al 1995 a) sind die moderne Antwort auf das Dewey'sche Statement: "The trouble with education is not the absence of situations in which the causal relation is exemplified in the relation of means and consequences. Failure to utilize the situation so as to lead the learner on to grasp the relation in the given cases of experience is, however, only too common."

Wenn mit diesem problembasierten und fallorientierten Lernumgebungen die angehenden Mediziner/innen genügend gereift sind, d.h. anwendbares Vorwissen erworben haben, tritt entsprechend dem Konzept der Lernebenen [vgl. Eitel et al 1993] eine andere Lehr/Lernmethode in den Vordergrund des curricularen Programms: die induktive Entwicklung und Anwendung von diagnostischen und therapeutischen Kausalmodellen durch die Lernenden am authentischen, nichtsimulierten Fall im Berufsfeld unter anfänglich engmaschiger und mit zunehmender Kompetenz der Lernenden immer loser werdende Supervision von Experten [ApprenticeshipModell, expertengestütztes Lernen (EGL) im Sinne eines Coaching, (vgl. Eitel 1995, Eitel et al 1993, Eitel et al 1994)]. Auch Elemente dieses Ansatzes finden sich bei Dewey: "With increased maturity, the problem of interrelation of means becomes more urgent. In the degree in which intelligent observation is transferred from the relation of means to ends to the more complex question of the relation of means to one another, the idea of cause and effect becomes prominent and explicit. The final justification of shops, kitchens, and so on in the school is not just that they afford opportunity for activity [learning by doing, der Verf.], but that they provide opportunity for the *kind* of activity or for the acquisition of mechanical, skills which leads students to attend to the relation of means and ends, and then to consideration of the way things interact with one another to produce definite effects. It is the same in principle as the ground for laboratories in scientific research [Dewey, a.a.o., S. 84/85]."

Damals wie heute wird die Ausbildungsmisere beklagt [vgl. Eitel 1992]: "We are told that our schools, old and new, are failing in the main task. They do not develop, it is said, the capacity for cri-

tical discrimination and the ability to reason. The ability to think is smothered, we are told, by accumulation of miscellaneous illdigested information, and by the attempt to acquire forms of skill which will be immediately useful in the business and commercial world [Dewey, a.a.o., S. 85]."

Die Lösung dieser Problematik liegt für Dewey in einer wissenschaftsorientierten und zugleich erfahrungsbasierten Lehre: "... experiences in order to be educative must lead out into an expanding world of subjectmatter, a subjectmatter of facts or information and of ideas. This condition is satisfied only as the educator views teaching and learning as a continous process of reconstruction [sic! siehe Konstruktivismus, der Verfasser] of experience [Dewey, a.a.o., S. 87]." Sind hier nicht auch Gedanken der Social Cognitive Theory, eines der modernen pädagogischen Paradigmen, vorweggenommen?

Die Stärke der Dewey'schen Erziehungsphilosophie liegt in ihrer methodischen Offenlegung von Dualismen und Dogmen und in der Einführung des Bewährungskriteriums für die Hypothesentestung bzw. der expliziten Rückkoppelung von Handlungsfolgen in die Handlungsentwürfe bzw. planungen. Dewey war ein genialer Evaluator. Moderne pädagogische Ansätze wie die reflexive Praxis (Schoen, 1987) werden hier vorweggenommen: "... The method of intelligence manifested in the experimental method demands keeping track of ideas, activities, and observed consequences. Keeping track is a matter of reflective review and summarizing, in which there is both discrimination and record of the significant features of a developing experiences. To reflect is to look back over what has been done so as to extract the net meanings which are the capital stock for intelligent dealing with further experiences. It is the heart of intellectual organization and of the disciplined mind [Dewey, a.a.o., S. 87]."

Moderne Denkansätze in der Medizin, wie sie z. B. in der evidencebased medicine (Guyatt 1992) zum Ausdruck kommen, werden von Dewey vorge-dacht und gegen romantischen Irrationalismus (etwa den Reduktionismus bzw. TechnokratieVorwurf) verteidigt: "I am aware that the emphasis I have placed upon scientific method may be misleading, for it may result only in calling up the special technique of laboratory research as that is conducted by specialists. But the meaning of the emphasis placed upon scientific method has little to do with specialized techniques. It means that scientific method is the only authentic means at our command for getting at the significance of our everyday experiences of the world in which we live. It means that scientific method provides a working pattern of the way in which and the conditions under which experiences are used to lead ever onward and outward [Dewey, a.a.o., S. 87/88]."

Wenn heute medizinische Fachgesellschaften hergehen und Handlungsleitlinien, klinische Algorithmen, Entscheidungsbäume und dergleichen zu formulieren trachten (AWMF 1995), wenn Qualitätszirkel auf der Basis einer Theorie der kooperativen Selbstqualifikation gegründet werden (Eitel, 1996), wenn evaluative Rückkoppelungen von Prozeß und OutcomeBeobachtungen in die Qualitätsplanung vorgenommen werden (Eitel, 1994), wenn zielführende Praxis auf dem Boden begründeter Theorie und umgekehrt Theorie durch Praxis z. B. in der klinischen Forschung angestrebt wird, dann klärt das Studium Dewey'scher Schriften unsere Ideen, Hypothesen und Pläne, führt zu einem tieferen Verständnis dessen, was wir der Medizin im allgemeinen und im Medizinunterricht im besonderen tun, und verspricht Erfolg für die Zukunft, wie uns auch Dewey's Leben und Wirken exemplarisch zeigen [siehe den Beitrag von G. Wagner in diesem Heft]. Expertengeleitetes Lernen und erfahrungsbasierter Unterricht Dewey'scher Prägung, nicht im Hörsaal, sondern im Berufsfeld, scheinen einer Überlegung wert, vor allem für die Medizindidaktiker, die klinischen Unterricht planen [vgl. Murrhardter Kreis 1995, Eitel et al 1993, Eitel 1995].

Das letzte Kapitel in "Experience and Education" heißt: "Experience The Means and Goal of Education." Unterstützung eines aktiven, Erfahrung vermittelnden, selbstregulierten, konstruktivistischen Lernens ist ebenso pädagogische Methode, wie die pädagogische Theorie das unabhängige Weiterlernen zu vermitteln und anzuregen trachtet (intrinsische Lernmotivation, vgl. Eitel et al 1993). Diejenigen Lehrenden, die sich selbst überflüssig machen, weil ihre Schüler autonom und kompetent zu handeln gelernt haben, sind erfolgreich als Lehrende.

## Literatur

- AWMF (1995): Mitteilungen aus der AWMF, Typoscript, Geschäftsstelle AWMF, Moorenstr. 5, Geb. 15.12., 40225 Düsseldorf, Oktober 1995, Seite 1
- Barrows, H. S. (1983): Problem-based, self-directed learning, Journal of the American Medical Association 250: 3077 - 3080
- Dewey, J. (1963): Experience and Education, New York: Collier Book, Macmillan
- Eitel F. (1992): Die Ausbildungsmisere. In: L. Schweiberer, J.R. Iz-bicki (Hrsg.), Akademische Chirurgie - Aus-, Weiter- und Fortbildung - Analysen und Perspektiven, Springer-Verlag, Berlin, S. 123-132
- Eitel F., Kanz K.G., Seibold R., Sklarek J., Feuchtgruber G., Steiner B., Neumann A., Schweiberer, L., Holzbach R., Prenzel M. (1993): Verbesserung des Studentenunterrichts - Sicherung der Strukturqualität Medizinischer Versorgung. In: Habeck D., Schagen U., Wagner G. (Hrsg.), Reform der Ärzteausbildung - Neue Wege in den Fakultäten, Blackwell Wissenschaft, Berlin:243-266
- Eitel F. (1994): Die Erfassung der Lehrqualität - Modell zur Sicherung der Strukturqualität in der Gesundheitsversorgung. In: Seibert N., Serve H.J. (Hrsg.): Bildung und Erziehung an der Schwelle zum dritten Jahrtausend. PimS Verlag: München, S. 1230 - 1270

- Eitel F., Seibold R., Kanz K.G., Lackner Ch., Steiner B., Bräth A., Sohn M., Schweiberer L. (1994): Organisation des klinischen Praktikums im Fach Chirurgie - Das Modellprojekt der LMU München. In: Bichler K.-H., Mattauch W. (Hrsg.), Innovationen und Trends des Medizinstudiums im klinischen Teil. pmi Verlag, Frankfurt:56-69
- Eitel, F. (1995): Lernforschung als Voraussetzung für die Unterrichtsorganisation. In: Bichler, K. H., Mattauch, W., Wechsel, H. W. (Hrsg.): Innovationen und Trends des Medizinstudiums im klinischen Teil, Bd. II. pmi Verlagsguppe, Frankfurt/Main, S. 72 - 96
- Eitel, F., Kuprion, J., Schweiberer, L. (1995 a): Lehr- und Lernprogramme - CBT in der klinischen Ausbildung. In: Peter C. Maurer, Stefan von Sommoggy (Hrsg.): Gefäßchirurgie im Fortschritt, Blackwell Wissenschaft Berlin , S. 166-177
- Eitel, F., Schweiberer, L. (1995 b): Das Münchener Curriculare Innovationsprojekt (M-CIP). In: Murrhardter Kreis (Hrsg.): 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 überarbeitete Auflage, Bleicher Verlag, S. 308-312
- Eitel, F. (1996): Kooperative Selbstqualifikation: Ein Konzept für die Einrichtung von Qualitätszirkeln, unveröffentlichtes Manuskript, Publikation in Vorbereitung
- Guyatt, G. (1992): The Evidence-based Medicine Working Group Journal of American Medical Association 268: 2420 - 26
- Kerschensteiner Zit. nach Schreier 1986. Schreier, H. (1986): John Dewey: Erziehung durch und für Erfahrung, Stuttgart: Klett-Cotta
- Kilpatrick, W. H. (ed) (1933): The Educational Frontier, New York: Century
- Murrhardter Kreis (Hrsg.): 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 überarbeitete Auflage, Bleicher Verlag
- Piaget, J. (Hrsg.) (1974): Theorien und Methoden der modernen Erziehung, Frankfurt/M.: Fischer
- Renschler, H. E. (1987): Definition der Fallmethode aus ihrer geschichtlichen Entwicklung in den Medizinschulen Europas, Schweizerische Rundschau Med. Praxis 76: 981-96
- Schoen, D. A. (1987): Educating the Reflective Practitioner, Jossey-Bass, San Francisco

**Anschrift des Verfassers**  
**Prof. Dr. med. Florian Eitel**  
**Chirurgische Univ.-Klinik und Poliklinik**  
**Nussbaumstr. 20**  
**D-80336 München**

# ASPEKTE ZUR ERZIEHUNGSPHILOSOPHIE JOHN DEWEYS (1859 - 1952)

HEINZ WARNECKE

## Zusammenfassung

Der hier vorgestellte Beitrag behandelt unter bestimmten Aspekten die erziehungsphilosophischen, psychologischen und pädagogischen Begriffe Deweys und seine Auffassungen, die auf empirischen Untersuchungen gründen. Er verdeutlicht am Beispiel die fortwährende Bedeutung dieser Auffassungen für die Entwicklung der Erziehungsziele und beinhaltet Hinweise für das Studium und die Bewertung der Auffassungen Deweys.

## Summary

The here presented contribution deals for selected aspects with the educational-philosophical, psychological and pedagogical terms of Dewey and his values based on empirical investigations. It exemplifies clearly the continuous importance of this values for the development of educational aims and includes hints for the study and evaluation of Dewey's ideas.

---

Unter mehreren Gesichtspunkten zeigt sich die nähere Bekanntschaft mit den erziehungsphilosophischen, psychologischen und pädagogischen Reformvorstellungen Deweys und seiner wissenschaftlichen Schule für gegenwärtige Hochschulreformbestrebungen förderlich. Deshalb sollen vorgestellt werden:

- Grundvorstellungen Deweys zur "progressiv education" an seinem Credo und seinem Begriff des "guten Ziels";
- Ergebnisse der experimentellen Unterrichtsversuche an der "Laboratory-School" Deweys im Hinblick auf höhere Ausbildungseffekte;
- die aktuelle Bedeutung des von Dewey entwickelten Begriffs "habit" für die Anwendung der Projektidee in der gegenwärtigen Hochschulbildung.

Zu dieser Darstellung ermutigen den Autor einige vergleichende und historische Studien zu Problemen der Hochschulausbildung und die Teilnahme an Erörterungen über Bildungskonzepte in zurückliegenden Jahren. (Luther/Warnecke, 1986, Warnecke, 1990, 1992)

## 1. Wie entstand das progressive Credo Deweys?

Aus der Lehrtätigkeit wandte sich Dewey - wie aus der biographischen Darstellung von G. Wagner (im vorliegenden Heft 13/96) zu entnehmen ist - der pragmatischen Philosophie zu, aus der er dann seine Erziehungsphilosophie und sein Credo entwickelte. Diese Zuwendung erfolgte, weil Dewey sich in der eigenen Lehrtätigkeit davon überzeugt hatte, daß die amerikanische öffentliche Schule seiner Zeit nicht die Aufgabe erfüllte, die Lernenden auf die Bewältigung der Lebens- und Berufsaufgaben vorzubereiten. Als wesentliche

Ursache dafür, sah er die Ausbildung an lebensfremden Idealen, lebensfernen Unterrichts- und Ausbildungszielen an. Aus der entschiedenen Ablehnung idealistischer Grundvorstellungen resultierte bei Dewey zunächst eine ebensolche Zuwendung zu pragmatischen Grundvorstellungen und Zielen. Davon zeugt vor allem das pädagogische Credo Deweys, das er auf den - im Beitrag von E. Eitel bereits hervorgehobenen - Begriff "experience" konzentrierte:

"Erziehung ist eine Entwicklung innerhalb, durch und im Hinblick auf Erfahrung." (Dewey 1938, Schreier, S. 71)

In wesentlichen Zügen folgt Dewey bei der Beschreibung des Begriffsinhaltes "experience" pragmatischen Vorstellungen, wenn er von Erfahrungen als einem Ergebnis spricht, "das verwertet werden kann, um die wahrscheinlichen Ergebnisse der nächsten Zukunft vorauszuberechnen, oder um uns an die kommenden Geschehnisse anzupassen" (Dewey 1916, Schreier S.140).

Dewey untersuchte die Frage, wie macht der Mensch in der ihn umgebenden Welt Erfahrungen? Er gelangt zu der einsichtigen Feststellung, daß Erfahrungen bedeuten, "etwas zu erleiden" oder "etwas zu machen, mit Dingen etwas zu tun"; daß Erfahrungen eine passive und eine aktive Seite aufweisen. "Wir lernen etwas," führt Dewey aus, "wenn eine Betätigung hineinverfolgt wird in ihre Folgen, wenn die durch unser Handeln hervorgebrachte Veränderung zurückwirkt auf uns selbst und in uns eine Veränderung bewirkt" (Dewey 1916, Schreier, S.140). Mit dieser Begleitung des Handelns durch das eigene Denken gewinnt die Erfahrung Sinn und Bedeutung. Indem Dewey auf den hohen Stellenwert des Denkens bei der Erfahrungsentwicklung des Menschen in der Welt aufmerksam macht, weitet er

die Grenzen pragmatischer Vorstellungen aus. Er setzt das anspruchsvolle Ziel:

- "die intellektuellen Bestandteile unserer Erfahrung herauszuheben und klar ersichtlich zu machen", verlangt, den Lernenden
- "auf immer größer und besser strukturierte Bereiche der Erfahrung" hinzuführen, setzt die dauernde "Neugestaltung und Neuordnung der Erfahrung" des Lernenden zum Ziel bei
- hinreichender Berücksichtigung des "Blickpunktes der Zukunft". (Dewey 1916, Schreier, S. 128 f.)

Dewey sieht sich veranlaßt, die pragmatische Orientierung auf "nächste Ziele" auszuweiten und auf ferner liegende, weniger genau zu bestimmende Zukunftsziele zu orientieren.

## 2. Wie verbindet Dewey naheliegende, fernere, allgemeine und Zukunftsziele?

Dewey teilte mit den Vertretern des Pragmatismus die rigorose Ablehnung von der Wirklichkeit des Lebens entfernter, höchster ideeller Ziele der Ausbildung.

Doch mit nicht minder großer Entschiedenheit spricht sich Dewey in seiner Erziehungsphilosophie für Zukunftsziele aus. Er zählt dazu Ziele wie

- "das gleiche Recht auf Bildung",
- "das Recht auf Arbeit",
- die Befähigung zu sozialer Verantwortung,
- zur Vertretung eigener und gemeinschaftlicher Interessen, kurz:
- Handeln im Sinne der Ideale der Demokratie. (Dewey 1916, 1930, S. 175ff.)

Sein Kriterium für wirklich "allgemeine Ziele" ist, daß das Ziel den Gesichtskreis weitet, daß es dazu motiviert bzw. anregt, immer mehr Folgen und Beziehungen in Betracht zu ziehen. "Wir verstehen also ein allgemeines oder umfassendes Ziel im Sinne einer weiten Überschau über das gegenwärtige Betätigungsfeld", so führt Dewey aus (Dewey 1916, Schreier, S. 138).

In diesem Feld sollen die Kräfte der Lernenden entfaltet, die individuell besonderen Kräfte und Verhaltensformen entwickelt werden.

Was ist nach Dewey im Vergleich zum "von außen her gesetzten" Ziel ein "gutes Ziel"? Das ist in jedem Fall ein solches, das auf das Auslösen menschlichen Handelns gerichtet ist. Dewey nennt drei wichtige Momente eines guten, aktiven Ziels:

Erstens "muß es in den wesentlichen Betätigungen und Bedürfnissen (einschließlich der ursprünglichen Instinkte und der erworbenen Verhaltensweisen) begründet sein". Für erwachsene Lernende ist dabei der hohe Entwicklungsstand der intellektuellen Betätigungen und Bedürfnisse zu beachten.

Zweitens muß sich ein derartiges Ziel "in eine Methode des Zusammenwirkens mit den Betätigungen der zu Erziehenden umsetzen" lassen. "Es muß nahelegen, daß eine Umgebung geschaffen wird, wie sie die Befreiung und Ordnung der Fähigkeiten des zu Erziehenden notwendig ist". Auch für Lernende im Erwachsenenalter gilt Deweys Bewertung: "wenn (das Ziel - H.W.) nicht so beschaffen ist, daß sich bestimmte Maßnahmen aus ihm ableiten lassen", "Maßnahmen, die das Ziel fortwährend bestätigen, berichtigen oder erweitern", so ist das Ziel für Lehrende wie für Lernende ohne Wert.

Drittens muß die Formulierung des Zieles "gewisse Fragen und Beobachtungen nahelegen" oder "zu einer anderen Gruppe von Fragen und Beobachtungen" veranlassen. Je mehr Ziele im Sinne einer Überschau über ein Betätigungsfeld abgesteckt sind, desto besser. Diese Aussage ist für die Fixierung von Ausbildungszielen für junge Erwachsene von besonderer Bedeutung, weil sie in stärkerem Maße als Jüngere befähigt sind, immer mehr Folgen und Beziehungen bei ihrem Handeln in Betracht zu ziehen (Dewey 1916, Schreier, S. 136/137).

Von besonderer Wichtigkeit ist, daß das Handeln im Hinblick auf ein Ziel immer "verständiges Handeln" ist. Ein wirkliches Verständnis für etwas, was getan werden soll, schließt ein, daß man einen Plan dafür hat, der Mittel und Schwierigkeiten berücksichtigt. Ein gutes, aktives Ziel aufzustellen heißt, Verantwortung zu übernehmen" für die Beobachtungen, Vorausberechnungen und Anordnungen, die für die Durchführung einer Tätigkeit erforderlich sind" (Dewey 1916, Schreier, S. 136). Das verlangt vom Lehrenden wie vom Lernenden, die Zielerörterung bis zur Klarheit über den Weg und die Mittel voranzutreiben.

Bedenkenswert ist die Empfehlung Deweys, Ausbildungsziele zunächst im Umriss vorzustellen. Oft reichen die als Umriss gesetzten Richtpunkte aus. Bei verwickelteren Sachlagen ergibt sich, daß nicht beachtete oder nicht hinreichend berücksichtigte Bedingungen Handlungskonsequenzen fordern. Das umrissene Ziel kann in diesem Fall überprüft, erweitert, eingeschränkt, konkretisiert werden, um die Kraft auf die nächstfolgenden Ziele zu konzentrieren (Dewey 1916, Schreier, S. 133).

Das Credo Deweys und seine Aussagen zum Ausbildungsziel können für eigene Reformbemühungen Anstoß und Orientierung geben:

"Es gibt, so denke ich, (John Dewey - H.W.) in der Philosophie der progressiven Erziehung keinen sinnvolleren Punkt als ihr Insistieren auf die Bedeutung, die der Beteiligung der Lernenden bei der Formulierung der Ziele zukommt, welche ihre Aktivität beim Lernprozeß steuern, genauso, wie kein Fehler der traditionellen



Erziehung schwerer wiegt, als ihr Versäumnis sich der aktiven Kooperation der Schüler bei der Aufstellung der das Lernen betreffenden Ziele zu versichern." (Dewey 1938, Schreier, S. 280)

### **3. Wie ist Ausbildung innerhalb und im Hinblick auf Erfahrung erprobt worden?**

In Übereinstimmung mit dem erwähnten Credo Deweys unterschied sich die "Laboratory School" wesentlich von den öffentlichen Schulen der USA in jener Zeit. Mit dem Grundsatz: "Das Leben ist das Primäre, das allein Objektive, das Lernen ist sekundär, das Mittel, das Objektive zu vervollkommen" (Kilpatrick 1966, S. 23) fand die Experimentalschule bei reformengagierten Lehrern und Eltern Unterstützung, wenn auch bei einem größeren Kreis von Eltern und Lehrern von Skepsis getragenes Interesse und öffentliche Gegnerschaft vorherrschte.

Die Bedeutung der Gründung der "Laboratory-School" kann kaum überschätzt werden. Schon der Philosoph Immanuel Kant (1724-1804) hatte in seinen Grundvorstellungen "Über Pädagogik", 1803, eine progressive Veränderung der (Aus-)Bildung von der Veränderung der Schulen und der Lehrer und die Veränderung der Letzteren von der Gründung und Entwicklung einer privat finanzierten Experimentalschule abhängig gemacht. Nur an einer derartigen Schule hätten die Lehrer die "Freyheit, nach eigenen Plänen und Methoden zu arbeiten" (Kant, 1803 S. 451).

Ein vergleichbares Anliegen verfolgte A. S. Makarenko (1888-1939) durch die Einrichtung einer Schulkolonie mit Lehr- und Produktionsstätten. Die unter dem Titel "Der Weg ins Leben" 1935 veröffentlichten Ergebnisse verweisen auf interessante Parallelen zu den Experimenten Deweys.

Die "Laboratory-School" war von 1896 bis 1904 ein Ort, an dem die jüngeren Lernenden einzeln und in kleinen Gruppen intensiv Erfahrungen sammelten und verarbeiteten. Die Lernenden im Vorschulalter machten sich beispielsweise mit den Tätigkeiten der Eltern, den Arbeitstätigkeiten von Farmern, von Meistern und Arbeitern durch eigene produktive Tätigkeit vertraut. Im Schulalter lernten sie sowohl die handwerklichen als auch die Denk- und Rechenoperationen kennen, die Arbeitstätigkeiten begleiten. Im Laufe der Zeit wurde die "Geschichte der Arbeit" zu einem durchgehenden Lehrgang ausgebaut. Die Geschichte erschien als "upward spiral of progressive action", als erfolgreiches Ringen des Menschen mit der Natur und Problemen wie der Sozialstruktur. Die älteren Lernenden erwarben auf Themengebieten der Weltgeschichte und der Geschichte der USA wichtige Erfahrungen. Darunter sind die Erfahrung der Kommunikation und Kooperation zur Lösung sozialer Probleme hervorzuheben (Bohnsack 1976, S. 240ff., S. 274ff. S. 296ff.). Für die erfolgreiche Arbeit der Schule spricht, daß sie 1904 auf 150 Lernende angewachsen war und die Erweiterung um eine Oberstufe und eine Berufsschule erfolgen sollte.

Die experimentelle Erprobung der Erziehungsphilosophie Deweys führte zu umfangreichen Ergebnissen, die unter verschiedenen Gesichtspunkten von aktueller Bedeutung sind. Ein Hauptgesichtspunkt ist das Bestreben der Lehrenden und Lernenden, "vor Ort" und "bei den Meistern" Erfahrungen zu sammeln, diese geistig zu durchdringen und in der Erörterung und durch eigene Versuche, die volle Bedeutung des Erlebten und Erfahrenen zu erfassen, nach Dewey "zu wissenschaftlich geordneter Erfahrung zu gelangen" (Dewey 1938, Schreier, S. 307).

Das unmittelbare Erleben zu lernender Arbeitstätigkeiten unter den Bedingungen des Alltags ist auch für die Hochschulausbildung unverzichtbar. Für die medizinische Ausbildung ist die Ausbildung beim "Meister vor Ort" in der Klinik, im Krankenhaus unerlässlich. Ebenfalls bedeutsam ist es, individuelle Fortschritte im Lernen, im Erleben und Erfahren von Neuem mit zeitweiliger Arbeit in Gruppen zu verbinden. Dewey fragt wohl zu recht: "Wieviel schärfer und umfassender würden unsere Beobachtungen und Begriffe sein, wenn wir sie bilden würden in einer lebendigen, aktiven Erfahrung, die zum Urteilen, zu eifrigem Suchen nach Beziehungen der Dinge zwingt?" (Dewey 1930, Schreier, S. 145)

### **4. Wie kann die Projektidee weiter ausgestaltet werden?**

Der biographischen Darstellung und der Literaturübersicht ist zu entnehmen, daß die von Dewey, Kilpatrick und anderen Vertretern der Dewey-Schule weiter entwickelte Projektidee sich annähernd Hundert Jahre wirksam erhalten hat. Die Idee geht auf den erfolgreichen Versuch zurück, Lernenden Aufgaben komplexen Charakters zu geben, die sowohl mit den Unterrichtszielen als auch den Interessen und Bedürfnissen der Heranwachsenden in Einklang stehen. Für Projekte im Unterricht gilt, daß das jeweilige Projekt ein komplexes Vorhaben ist, das nach William Heard Kilpatrick (1871-1965) von den Kindern geplant und organisiert wird. Die Aktivität, das Verantwortungsbewußtsein und die Selbständigkeit der Schüler soll gefördert werden: "Das Projekt ist ein ganzheitliches Vorhaben, das über die traditionellen Fach- und Stoffeinteilungen hinweggeht und die Bildungseinheiten schafft, die sowohl dem Lebensraum der Schüler, als auch den Anforderungen an das spätere Berufs- und gesellschaftliche Leben dieser Schüler entsprechen." (Kilpatrick, nach Elzer 1985)

Seitdem die ersten Projekte im Unterricht erprobt wurden, ist die Projektidee in unterschiedlichen Richtungen weiterentwickelt und offenbar nicht nur positiv beeinflusst worden.

Gegenwärtig besteht eine Tendenz der Lehrenden unter Berufung auf Sach- und Fachkompetenz, eine möglichst große Zahl von Entscheidungen über in Aussicht genommene Projekte vorwegzunehmen und die Lernenden

vor nahezu vollendete Tatsachen zu stellen. Die Projekte werden auf diese Weise zu Mitteln, "von außen her" vorgegebene Ziele zu erreichen. Die Identifizierung der Lernenden mit den Zielen bleibt aus, der Gewinn neuer Erfahrungen wird wohl kaum erreicht.

Bei einer anderen Tendenz der Gestaltung der Projektidee wird der Lernenden überfordert. Er wird als formal Gleichberechtigter in die Projektentwicklung einbezogen. Unter diesen Umständen kann das fernere Ausbildungsziel, der Sach- und Fachinhalt leicht aus dem Auge verloren werden. Zielstellung, Planung und Bewertung könnten unter Aspekten allzu naheliegender Erfahrungen der Lernenden bewertet werden. Das Projekt verlöre den Sinn, auf anspruchsvolle Probleme und Aufgaben in Leben und Beruf vorzubereiten.

Dewey's Rat wäre bei Erwägungen dieser Art: "Gegenwärtiges Tun unter dem Gesichtspunkt der Zukunft sehen, die wiederum mit der Gegenwart durch das Prinzip der Kontinuität in Verbindung steht". (Dewey 1938, Schreier, S. 98)

Empfehlenswert ist, sich der Begriffe und Vorstellungen zu erinnern, die Dewey im Blick auf den Lernenden und sein Handeln in der Welt präzisiert hat. Unter diesen ist der Begriff des "habit" ein Schlüsselbegriff (Corell 1971, S. 14). Für Dewey sind "habits" nicht bloß passive Dispositionen zu einem bestimmten Handeln. Er beobachtete und formulierte: "Die Handlungen folgen nicht ohne Zusammenhang aufeinander, sondern jede Tat enthält in sich eine Tendenz und einen Hang zu weiteren Handlungen. Diese hinterlassen einen bleibenden Eindruck, eine Spur in dem handelnden Subjekt. Diese Tatsache ist uns im Vorhandensein der 'habits' vertraut." (Dewey, Tuft 1932; Corell 1971, S. 14)

Die Tendenz zu weiteren Handlungen ist im Verlauf der Projektarbeit von außerordentlich großer Bedeutung. Dewey macht diesen Vorgang verständlich, indem er hervorhebt, daß "habits" sowohl Verhaltensformen umfassen, die kontinuierlich wachsen, als auch solche, die "veralten", die in gewissem Umfang erneuert oder ersetzt werden. Die "Disposition von Aktivitäten in bestimmten Richtungen", die der einzelne in seinem Verhalten zur Welt erlernt hat, drückt sich in kompliziert verwobenen Handlungstendenzen aus.

Nach Maßgabe der in den Situationen gegebenen Handlungsnotwendigkeiten verbinden sich diese zur Disposition. Corell faßt diese Vorstellungen Dewey's mit den Worten zusammen: "Damit ist letztlich gesagt, daß der Mensch das ist, was er in seiner Wechselwirkung mit der Welt durch die habits jeweils je neu wird. Das Insgesamt der habits einer Person verändert sich durch jede neue Erfahrung." (Corell 1971, S. 15)

Bei der Anwendung der Projektidee in der gegenwärtigen Ausbildung ergibt sich bei der Vorstellung, daß das Selbst, die Summe der "habits" weitgehend ausgeprägt ist, daß die Lernenden von Beginn an in die Projektfindung und Gestaltung stark einbezogen werden müssen.

Für die Ausgestaltung der Projektidee ist dem Leser die nähere Bekanntschaft mit den erwähnten Schriften John Dewey's zu empfehlen. Weil er seine Erziehungsphilosophie nicht als abgeschlossenes System von Begriffen und Aussagen verstand, sondern als eine Überschau für den Lehrenden, offen für die sich aus der Alltagsarbeit ergebenden Probleme, finden sich zahlreiche Anknüpfungspunkte für kritisches Weiterdenken.

Als Schlußwort empfiehlt sich dem Leser ein Hinweis Dewey's: "Ein Geschäftsmann geht so vor, daß er die heutigen Aktiva und Passiva mit den gestrigen vergleicht, und daß er die Pläne für Morgen entwirft, indem er das Studium der damit angezeigten Bewegung mit einem Studium der Umstände der Umwelt, so wie sie jetzt ist verbindet. Mit dem Geschäft des Lebens ist es nicht anders. Die Zukunft ist eine Projektion des Inhalts der Gegenwart, eine Projektion, die in dem Maß von Willkürlichkeit frei ist, als sie die Bewegung der sich bewegenden Gegenwart errät. Mit dem Arzt stünde es schlimm, der sich bei einem heilenden Handeln durch den Entwurf eines Bildes vollkommener Gesundheit leiten ließe..." (Dewey 1922, Schreier, S. 173) Und gilt nicht auch für die Reform der medizinischen Ausbildung Dewey's Rat, daß Zukunftsbild im Blick zu behalten, vor allem aber die Ursachen für Erfolge und Mißerfolge zu erkunden und die Situation, vor Ort Schritt um Schritt zu verbessern?

## Literatur

- Bohnsack, Fritz: *Erziehung zur Demokratie. John Dewey's Pädagogik und ihre Bedeutung für die Reform unserer Schule.* Ravensburg 1976.
- Corell, Werner: *Pädagogische Verhaltenspsychologie. Grundlagen, Methoden und Ergebnisse der neueren verhaltenspsychologischen Forschung.* München, Basel 1971.
- Dewey, John: *Demokratie und Erziehung. Eine Einleitung in die Philosophische Pädagogik.* Hrsg.: Erich Hylla. Breslau 1930.
- Dewey, John: *Erziehung durch und für Erfahrung.* Eingel., ausgew. und komm. v. Helmut Schreier. Stuttgart 1994.
- Dewey, John/Tuft, James: *Ethics.* New York 1908.
- Dewey, John: *Experience and Education.* New York 1938. Zit. nach: John Dewey: *Erziehung durch und für Erfahrung.* Eingel., ausgew. und komm. v. Helmut Schreier. Stuttgart 1994.
- Dewey, John: *Master Educator.* Ed.: William W. Brickman. New York 1966.
- Kant, Immanuel: *Über Pädagogik. Königsberg 1803.* In: *Werke Bd. IX.* Berlin, Leipzig 1923.
- Kilpatrick, William Heard: *Reminiscence of Dewey and His Influence.* In: John Dewey: *Master Educator.* Ed.: Brickman, William W. New York 1966.
- Lucas, Werner/Wagner, Günther: *Aktivierung der Studenten in Seminaren und Übungen durch zeitweilige Gruppenarbeit.* In: *Das Hochschulwesen. Beil.: Aus Theorie und Praxis der Hochschulpädagogik.* 35 (1987)10.
- Makarenko, A. S.: *Der Weg ins Leben. Ein pädagogisches Poem.* Berlin 1951.

- Medizinische Reformstudiengänge. Beispiele aus Deutschland, Kanada, den Niederlanden, der Schweiz, Schweden und den USA. Hrsg.: Eberhard Göbel, Sven Römstedt. Frankfurt a.M. 1994.
- Luther, B./Warnecke, H.: Jugendforschung und Hochschulausbildung in der Medizin. In: Das Hochschulwesen. Berlin 34 (1986)10.
- Psychologische Grundfragen der Erziehung. Hrsg.: Werner Corell. Paderborn 1974.
- Reform der Ärzteausbildung. Neue Wege in den Fakultäten. Hrsg.: Dietrich Habeck, Udo Schagen, Günther Wagner. Berlin 1993.
- Renschler, H. E.: Definition der Fallmethode aus ihrer geschichtlichen Entwicklung in den Medizinschulen Europas. In: Schweizerische Rundschau für Medizinische Praxis 76 (1987)36.
- Elzer, Hans Michael: Begriffe und Personen aus der Geschichte der Pädagogik. Hrsg.: F. J. Eckert, K. Lotz. Frankfurt a.M., Bern, New York 1985.
- Enzyklopädie Erziehungswissenschaften. Bd. 8 Sekundarstufe, Erziehung im Jugendalter. Stuttgart 1983.
- Wagner, Günther: Erkenntnisse zur interessefördernden, aktivierenden Gestaltung von seminaristischen Lehrveranstaltungen. In: Reform der Ärzteausbildung. Neue Wege in den Fakultäten. Hrsg.: Dietrich Habeck, Udo Schagen, Günther Wagner. Berlin 1993.

Warnecke, Heinz: Virchow und Leubuscher zur Reform der medizinischen Ausbildung. In: Medizinprofessoren und ärztliche Ausbildung. Beiträge zur Geschichte der Medizin. Hrsg.: Günther Wagner, G. Wessel. Jena 1992.

Warnecke, Heinz: Zur Bedeutung des historischen Aspektes bei der Entwicklung der neuen Bildungskonzepte. In: Neue akademische Bildungskonzepte und Hochschulpädagogik. Zentrale Arbeitstagung Hochschulpädagogik am 31. August und 1. September 1990 in Dresden. Hrsg.: Gertraude Buck-Bechler. TU-Dresden 1990.

## **Anschrift des Verfassers**

**Dr. Heinz Warnecke, Dozent (i.R.),  
ehemals Wissenschaftsbereich Hochschulpädagogik,  
Humboldt-Universität zu Berlin  
Winsstraße 65**

**10405 Berlin**

# JOHN DEWEY (1859-1952) -

## LEBEN UND WIRKEN FÜR PROGRESSIVE EDUKATION

GÜNTHER WAGNER

### Zusammenfassung

J. Dewey (1859-1952) entwickelte eine progressive „Erziehungsphilosophie“, die in ihrer Praxisbedeutung und soziologischen Ausstrahlung zur beachteten Theorie der Pädagogik und Schulpolitik der USA im 20. Jahrhundert wurde und darüber hinaus große internationale Beachtung fand.

Bemerkenswert aus seiner Biographie ist, wie Dewey, in Kindheit und Jugend mit Realitätssinn und Optimismus ausgestattet, seinen Weg über den Lehrerberuf in die Wissenschaft nahm und zu einem herausragenden Philosophen, Psychologen und Reformpädagogen in Einheit wurde.

*„John Dewey was the dean of twentieth-century American educators as a philosopher, psychologist, and practicing educator. He developed and practiced educational reforms that had a profound effect on education throughout the world. ... His teaching and writing, much of it promoting learning by doing, made him the chief prophet of progressive education.“* (Leavitt 1978, S. 371).

Intrinsisch motiviert gelangte er in enger Theorie-Praxis-Verbindung (-Erforschung) zu Erkenntnissen über neue Wege in der Edukation, die eine Abkehr von

veralteter Schulpraxis, von starren Gewohnheiten einleiteten - zugunsten einer Didaktik im Sinne von „Learning by Doing“ und des Projektunterrichts, den sein „Schüler“ W. Kilpatrick einführte. Seine Reformpädagogik erwies sich aus sozialpädagogischer Sicht als zwingend notwendig und erfolgreich. Sie ist als wertvolle Theorie Kompaß und Steuerrad für konzeptionelle und didaktische Schul- bzw. Ausbildungsgestaltung in die Geschichte eingegangen und besitzt dabei aktuelle Bedeutung.

Deweys Leistungen und die von ihm geprägten „Schüler“/Doktoranden rechtfertigen den Rang einer wissenschaftlichen Schulbegründung. Das unterstreicht auch seine internationale „Rezeption“, nicht zuletzt in Europa, und seine Berater- und Lehrtätigkeit in mehreren Ländern (z.B. China, Türkei, Mexiko, Chile, Sowjetunion).

Die Auseinandersetzung mit Deweyschem Gedankengut hielt auch in Deutschland während der 2. Hälfte des 20. Jahrhunderts an und ist offensichtlich unter dem Orientierungs-, Anregungs- und Transfer-Aspekt für das Verständnis von Reformbestrebungen und Neuerungen (z.B. in der Ausbildungsgestaltung der Medizin) nützlich und weiterhin beachtenswert.

---

Es ist ein Novum und sicherlich für viele überraschend, daß sich ein klinischer Hochschullehrer mit dem Gedanken an das 100-Jahr-Jubiläum des Beginns experimenteller Untersuchungen an der „Chicagoer Laborschule“ in die europäische „Rezeption“ des amerikanischen Erziehungsphilosophen John Dewey und seiner Erkenntnisse einbringt. Florian Eitel (1996) entdeckt jedoch im Editorial, daß sich das Erschließen der Erkenntnisse und Maxime Deweys als Quelle für Anregungen und Ideen bei der konzeptionellen und didaktischen Bildungsgestaltung lohnt.

Deweys Gedankengut liefert im Nachhinein (weil vorgedacht !) für gegenwärtige Ansätze und Reformbestrebungen in der medizinischen Ausbildung Bestätigung, Fundierung, tieferes Verständnis, eingeschlossen Aspekte / Anregungen für die Verifizierung von Hypothesen bzw. Vorhaben.

Eitels Plädoyer für das „Dewey-Werk“ erklärt sich u.a. dadurch, daß er, der „Dewey als genialen Evaluator“ einschätzt, sich selbst um die Evaluation für effektive Ausbildungsverbesserung in kreativer Weise verdient gemacht hat.

Aus Eitels Beitrag wird im umfassenderen Sinne deutlich, daß die Erziehungsphilosophie Deweys mit dem tragenden Fundament des pädagogischen Pragmatismus offenbar eng mit der Medizin, als Erfahrungs- und Handlungswissenschaft, korrespondiert. So wurde quasi „das Tor zur fruchtbaren Dewey-Landschaft für die Lehrenden in der Medizin aufgestoßen“.

Deweys Wirken wurde vielfältig gewürdigt. So rechnet ihn der berühmte Philosoph A.N. Whitehead (1861-1947) in seiner Laudatio zum 80. Geburtstag (1939) zu den „größten Geistern der Menschheit“ mit dem Verdienst, „erstarrte Denkgewohnheiten im Bildungswesen zerstört“ und neue Wege durch eine tragfähige, praxis-

verbundene Theorie mit Bedeutung für Gegenwart und Zukunft gewiesen zu haben.

Die Würdigung durch Whitehead wird unterlegt und erhärtet, wenn man allein schon an die leistungsbedingten Ehrenfunktionen Deweys zu relativ frühen Lebzeiten (-und nicht nur oder erst „altershalber“-) denkt, z.B. „a president of the American Psychological Association (1899-1900) and the American Philosophical Society (1905/06) and president of the American Association of University Professors“ (Leavitt, 1978, S. 371). Damit werden gleichzeitig seine drei Arbeitsrichtungen deutlich, die in seinem Wirken integrativ/interdisziplinär zum Tragen kommen und in der von ihm angewandten Einheit von Theorie und Praxis den evidenten Wert seiner Erziehungsphilosophie ausmachen. Deweys „progressive Edukation“ breitete sich vor allem in den 20er Jahren über Nord-Amerika aus, fand international Beachtung und löste in Europa mehrere Rezeptions- oder Auseinandersetzungsphasen aus, z.B. in Deutschland verbunden mit den Namen Kerschensteiner, P. Petersen, Hylla, Baumgarten, Heise, Correl, Bohnsack. In aktueller Hinsicht hat sich Helmut Schreier (1. Auflage 1986 / 2. Auflage 1994) besonders um die „Pflege des Dewey-Erbes“ verdient gemacht, so daß dieser Beitrag - auch zufolge der hier gebotenen Kurz- bzw. Überblicksdarstellung - einen Brückenschlag zu Schreiers „Dewey-Werk“ darstellt - sowohl im Hinblick auf die dort ins Deutsche übersetzten Dewey-Texte mit instruktiven Kommentaren als auch bezüglich der dort umfassender angegebenen Quellen. Angemerkt sei jedoch, daß die in Beitragsfolge erschienene Dewey-Biographie von G. Dykhuizen (1959, 1961, 1962, 1964, 1965) mit insgesamt 100 Seiten offenbar in Deutschland nicht oder wenig nutzbar gemacht wurde; sie fand aber für den sprachbeflissenen Interessenten hier als Ergänzungsliteratur Aufnahme.

Nach dieser Praefatio nun zum Werdegang und Wirken des großen Pioniers für progressive Bildungsgestaltung :

Wer war John Dewey ? Wie vollzog sich sein Werdegang ? Was zeichnete sein Wirken aus ? Woran lassen sich seine Wirksamkeit und Ausstrahlung ermessen ?

### **(1) Kindheit / Jugend , College, Lehrertätigkeit**

John Dewey wurde am 20. Oktober 1859 in Burlington (US-Bundesstaat Vermont) als 3. Kind des Lebensmittelhändlers Archibald S. und seiner Ehefrau Lucina A. (Rich) geboren. Die Lebensbedingungen in der am Ufer des Champlain-Sees idyllisch gelegenen Kleinstadt, - wie überschaubare, jedermann einsichtige Verhältnisse, Alltagspflichten, Kopf- und Handarbeit gleichermaßen betreffend, Gespräche, - prägten den in seiner Entwicklung beibehaltenen Realitätssinn.

Als Durchschnittsschüler beschäftigte er sich außerhalb der Schule lieber mit praktischen Dingen, als sich in Bücher zu vertiefen. Trotzdem blieben Bibliotheken und die unmittelbare Nähe der Universität von Vermont nicht ohne Wirkung auf ihn. Er absolvierte hier ein 4-jähriges Studium. Dykhuizen bemerkt hierzu : „*Particularly significant to him were the studies of the fourth year, designed to introduce the student of fundamental*

*political, economic, philosophical, and religious theories and intended to be the capstone of the student's undergraduate academic experience. Dewey found these courses interesting and provocative, and his thinking along broad intellectual and philosophical lines may be said to have started during his senior year in college.*“ (Zitiert bei Benton 1978, S. 680). Er beendete als Primus von 18 Kommilitonen 1879 das Studium. Das Examen berechtigte ihn zur Ausübung des Lehramts. He was graduated with the A.B. degree (1879). (Leavitt 1978, S. 371)

Anschließend begann er seine Karriere als Lehrer und unterrichtete an der Highschool in South Oil City (Pennsylvania) die Fächer Latein, Algebra und Naturwissenschaften (Jane M. Dewey 1939, Dykhuizen 1959).

Nach zwei Jahren übernahm Dewey eine Stelle als Elementarschullehrer in der Nähe seines Heimatortes und begann seinen Interessen folgend auf privater Basis das Studium der Philosophie.

Bei seiner Tätigkeit als Lehrer war er zwar nicht sonderlich erfolgreich, fand aber einen Zugang zu den realistischen Problemen im Bildungswesen. Hier erfolgte eine Impulsgebung für seine lebenslang betriebene Arbeitsrichtung, in der er sich mit der Schulproblematik nicht nur im Hinblick auf die Erziehungsphilosophie und Schultheorie, sondern auch durch eigene Schulpraxis mit empirischer Erprobung in der Chicagoer Laborschule befaßte (Schreier 1994, S. 10). Für diese Aufgabe war neben seinem Interesse an psychologischen Fragen sein Engagement zur Philosophie von Bedeutung. Seine ersten philosophischen Arbeiten veröffentlichte er mit 23 Jahren (1882) mit den Themen „Metaphysische Annahmen des Materialismus“ und „Pantheismus Spinozas“.

Ermuntert durch seinen Professor Torrey von der Universität Vermont, bei dem er Privatunterricht nahm, und beflügelt durch seine ersten Publikationserfolge beschloß er, ein Philosophiestudium an einer renommierten Universität aufzunehmen.

### **(2) Kant-Studien / Promotion, Aufstieg zum renommierten Hochschullehrer (1882-1894)**

John Dewey absolvierte ein zweijähriges Philosophiestudium (Herbst 1882 bis 1884) an der Johns-Hopkins-Universität zu Baltimore im Südstaat Maryland. Hauptgegenstand seines Studiums war die Philosophie des deutschen Idealismus (Hegel, Kant). Gleichzeitig wandte er sich der Psychologie zu und studierte auch bei Charles Sanders Peirce (1839-1914), dem Begründer des modernen Pragmatismus neben William James (1842-1910). Er schloß das Studium mit einer Dissertation über die Philosophie Immanuel Kants ab, wurde zum Doktor der Philosophie promoviert und „was graduated with the Ph. D. degree (1884)“ (Leavitt 1978).

Mit 25 Jahren (1884) trat Dewey eine Dozentur für Philosophie an der Universität von Michigan in Ann Arbor an. Die Dozentur war auf Anregung eines Gastprofessors namens Georg S. Harris zustande gekommen, der in Baltimore auf Dewey aufmerksam geworden war. Nachdem Dewey 1886 zum Associate Profes-



sor ernannt worden war, lehrte er auf ein Jahr befristet (1888/89) als Professor für Philosophie an der Universität von Minnesota, um 1889 nach Ann Arbor - avanciert zum Vorsitzenden der Philosophieabteilung der Universität - zurückzukehren.

Während des Dezenniums im Mittleren Westen erfolgte am 28. Juli 1886 die Heirat mit Alice Chipman. Aus der Ehe gingen sechs Kinder, davon drei Töchter und drei Söhne hervor (zwei Jungen verstarben im frühen Alter). Für Dewey war es ein glücklicher Umstand, daß seine Frau nicht nur auf für ihn günstige Arbeitsbedingungen bedacht war, sondern ihn in zunehmenden Maße bei seinen Vorhaben und Unternehmungen als wertvolle Mitarbeiterin unterstützte (z.B. später auch in Chicago und bei seiner China-Reise).

In Ann Arbor kam es zu fruchtbaren Kontakten und zur Freundschaft mit George Herbert Mead (1863-1931), der als Philosoph und Sozialpsychologe vor allem mit seiner Theorie der sozialen Struktur des Bewußtseins („Sozialbehaviorismus“) sich ebenfalls einen bleibenden Namen erwarb. Dewey bewirkte damals zunächst Meads Berufung zum Assistenz-Professor nach Chicago. Als Ausdruck enger Verbundenheit kann gelten, daß beide Familien in Chicago in einem Haus wohnten.

Die in Chicago weiter wirkende Freundschaft hatte in fachlicher Hinsicht eine gemeinsame philosophische Basis, zumal sich auch G.H. Mead mit den idealistischen Philosophien Kants und Hegels auseinandergesetzt hatte und beide sich der von Charles Darwin (1809-1882) entwickelten Evolutionstheorie zugewandt hatten, die im ausgehenden 19. Jahrhundert in der amerikanischen Philosophie einen besonders fruchtbaren Boden fand. Dieser Aspekt ist offensichtlich im Zusammenhang zu sehen mit den gesellschaftspolitischen Veränderungen innerhalb der USA, in deren Rahmen es zu einem Aufschwung vornehmlich auch in dem bis dahin wenig erschlossenen Westen des Kontinents kam. Diesen progressiven Veränderungen wohnte bei allen auftretenden Widersprüchen ein Fortschrittsmythos inne. Mit diesen Problemen hat sich Dewey immer wieder auseinandergesetzt (Schreier 1994, S.10).

Auf diesem hier angedeuteten zeithistorischen Hintergrund hat sich Deweys Lebensabschnitt vom 23. Bis 35. Lebensjahr vollzogen. Dewey erreichte in dieser Zeit einen zielstrebigsten Aufstieg, der mit der zweijährigen Phase des Promovierens begann und zum renommierten Professor führte. Dabei waren ebenfalls für seinen weiteren Lebensweg die Familiengründung und freundschaftliche Kontakte zu Fachkollegen von Bedeutung (Dykhuizen 1961).

### **(3) Lehre, Forschung / Laborschule, soziales Umfeld in Chicago (1894-1904)**

Dewey wurde 1894 mit dem Vorsitz der Abteilung für Philosophie, Psychologie und Pädagogik an die Universität Chicago berufen (Dykhuizen 1964). Gegenüber Ann Arbor, wo Dewey sein Leben ohne Hektik, eher besinnlich, kontemplativ geführt hatte, kam er nun in Chicago in eine enorm dynamische Großstadt. Chicago hatte um die Jahrhundertwende etwa 1 Million Einwohner mit hohem Anteil von Einwanderern, war eines der Zentren der sich stürmisch entwickelnden Großin-

dustrie und ein Herd sozialer Probleme und Spannungen - mit viel Korruption und Kriminalität sowie mit großem Gefälle von Reichtum und Armut. Dewey fühlte sich vor diesem Hintergrund in seinem erziehungswissenschaftlichen, sozialpädagogischen Anliegen bestärkt, engagierte sich in sozialreformerischen Initiativgruppen und Aktionen; er wandte sich der Praxis seiner Erziehungsphilosophie zu. 1896 gründete er eine „Laborschule“.

Was hatte es für eine Bewandnis mit diesem unter seinem Namen als „Dewey-School“ weltweit so berühmt gewordenen Unternehmen ?

Es ging hier um ein didaktisches Experiment mit einer modellhaften „embryonischen“ Schulwirklichkeit, ergo frei und unabhängig von amtlich geltenden Vorschriften und Einflüssen der damals herrschenden bzw. üblichen Pädagogik. Vielmehr kam eine flexible Unterrichtsgestaltung zur Anwendung, die mit der Entwicklung seiner Erziehungsphilosophie korrelativ verbunden war. Die schulische Gestaltung erfolgte nicht als „Exekution einer detailliert und präzise vorher festgelegten Vorstellung, sondern im Sinne der wechselweisen Beförderung von Theorie und Praxis nach Maßgabe der jeweils gegebenen Situation“ (Schreier 1994, S. 12).

Den Untersuchungen des Unterrichts an der Laborschule lag zugrunde, daß durch das Beteiligtwerden und -fühlen - schon bei der Wahl der Themen aus dem Erfahrungserleben der Lernenden - ein eigenes Wollen (anstelle des Sollens) entspringt und daß in freimütiger Atmosphäre die Interaktion als Kommunikation und Kooperation zwischen den Lernenden zum Dominieren gelangt und daß sich der Lehrende sozialintegrativ (ohne den Störfaktor der formalen reglementierenden Autorität) „einbringt“. Die zu erprobenden Verfahrensweisen in kleineren Gruppen und überhaupt die gesamte Planung und Realisierung der zum Experiment gehörenden Untersuchungsmethoden waren ein relativ aufwendiges Forschungsvorhaben. Die Wahrung der für empirische Untersuchungen erforderlich gehaltenen Unabhängigkeit zwang zur Erschließung von Drittmitteln (bzw. Spenden) - eine Herausforderung, der sich Dewey besonders durch Vorträge und Vorlesungsreihen über die Theorie der kindlichen Entwicklung und Schule vor möglichst großen Auditorien außerhalb der Universität stellte. Die öffentlichen Vorträge gehörten von dieser Zeit an ständig zum Wirken von Dewey. Hierbei baute Dewey die Argumentation in seinen Vorträgen aus und benutzte bewußt idiomatische Redewendungen bzw. volkstümlich verbreitete Redensarten, um von der Zuhörerschaft verstanden zu werden, Vorbehalte abzubauen und Interesse zu wecken. Viele seiner Einzelbeiträge und sogar einige seiner Hauptwerke sind aus Vorträgen und Ansprachen in Verbindung mit den öffentlichen Auftritten hervorgegangen. So publizierte Dewey überarbeitete Skripten seiner Vorlesungsreihen und Vorträge als Bücher, z.B. das in 12 Sprachen übersetzte „The School und Society“ (1899) und „The Child and the Curriculum“ (1902). In Bezug auf die Zusammenarbeit Deweys mit George H. Mead kam es - trotz wechselseitiger Anregungen der beiden Philosophen des Interaktionismus - nicht zur gemeinsamen Autorentätigkeit für ein Buch - wohl auch deswegen, weil Mead sich lieber in Dialog und Vortrag



Ausdruck verlieh. Die von Mead gewonnenen Erkenntnisse zu Rhetorik und Interaktion bereicherten jedoch Theorie und Praxis der progressiven Edukation. Nahezu kurios ist, daß Mead's Hauptwerk „Geist, Identität und Gesellschaft“ (1934) der zufälligen Aufbewahrung einer Mitschrift der Vorlesungsreihe durch einen Studenten verdankte. Anders war es mit Professor James Tufts, der zum „Triumvirat“ der „Chicago-School“ gehörte; mit ihm publizierte Dewey gemeinsam das Werk „Ethics“ (1908).

Dewey legte neben der Kommunikation und Kooperation mit den Fachkollegen großen Wert auf Kontakte mit Schulpraktikern, um über die Realität informiert zu sein, vergleichen zu können und auf diesem Wege auch Ergebnisse der Forschung in die Schulpraxis zu überführen. Er betraute sogar eine für seine Didaktik aufgeschlossene Rektorin der Chicago-Normal-School mit einem Lehrauftrag in seinem Fachbereich an der Universität. Deweys Vorstellungen von progressiver Edukation wurden u.a. auch durch Francis W. Parker, Rektor einer Normal-School in Cook County, bereichert, dessen Schule Deweys Kinder zeitweise besucht und dabei Elemente aktivierender/interaktioneller Unterrichtsweise erlebt hatten. Parker war für Dewey auch deswegen ein interessanter Partner, weil er sich beim Studium in Berlin mit den Auffassungen von Pestalozzi (1746-1827) und Fröbel (1782-1852) vertraut gemacht hatte und weil er in seiner zum Superintendenten avancierten Stellung im Distrikt von Quincy (Massachusetts) sich um entsprechende Reformen bemühte (Dykhuisen 1964, S. 227 ff.).

Die Mitglieder der „Chicago-School“ widmeten sich mit Engagement den sozialen und politischen Problemen der Schulreform einschließlich der Frauenrechtsbewegung, um Folgerungen für die Überwindung der Misere an den Schulen abzuleiten (Baumgarten 1938).

Das führte in zunehmenden Maße konservative Kräfte auf den Plan, so daß vom Präsidenten der Chicagoer Universität William R. Harper die Eingliederung der „Dewey-School“ in die Übungsschule des universitären Lehrerseminars, ohne ein Gespräch mit Dewey zu führen, angeordnet wurde. Da dadurch die Laborschule ihrer experimentellen Bestimmung und der Führung sowie Kontrolle durch Dewey beraubt war, kündigte Dewey ohne Zögern. Während sein Freund Prof. Mead in Chicago zeitweise Schwierigkeiten hatte, führte Dewey nun der Weg nach New York, wo sich ihm (45jährig) mit der Annahme eines Berufsangebotes ein seinem Anliegen und bisherigen Werdegang entsprechendes Wirkungsfeld eröffnete.

#### **(4) Hochschullehrertätigkeit und Aktivitäten in New York (1904 bis 1939)**

Die 1904 angetretene Professur an der philosophisch-psychologischen Fakultät der Columbia Universität zu New York hatte John Dewey 26 Jahre (bis zur Emeritierung als 80jähriger) inne, wobei er jedoch nach der Emeritierung auch weiterhin aktiv wirksam war.

Aufgrund eines anfangs niedrigen Gehalts übernahm Dewey zusätzlich einen Lehrauftrag am Teacher's College mit angegliederter Übungsschule in New York City; und es währte nicht lange, daß dieses College

einen klangvollen Namen als führende Hochschule für die Bewegung der progressiven Edukation erlangte.

Einer der renommiertesten Schüler Deweys wurde hier William H. Kilpatrick, der später auch zum Professor an diesem College avancierte. Er war maßgeblich daran beteiligt, im Laufe der Jahre etwa 30 000 Lehrer in ihrer Ausbildung mit den „Erkenntnissen der progressiven Edukation“ (Reformpädagogik) vertraut gemacht zu haben (Elzer 1985).

Die von Kilpatrick unter dem Aspekt „Learning by Doing“ entwickelte Projektmethode fand durch die Absolventen des Colleges eine starke Verbreitung. Bei dieser modifizierbaren Verfahrensweise geht es um aus der Lebenswirklichkeit / Erfahrung entnommene Themen (Probleme), die von den Lernenden relativ selbständig und in gegenseitiger Hilfe - bei zurückhaltender, bedarfsgerechter Steuerung des Lehrenden - bearbeitet bzw. zur Lösung oder Entscheidung gebracht werden - und zwar in den Arbeitsschritten oder Ablaufphasen : Purposing, Planning, Exekuting, Judging. Es war jedoch so, daß bei eklektischer Folge von Projektunterricht die Systematik der Fächer verlorenging bzw. in Kauf genommen wurde, was zur gravierenden Kritik der nicht wenigen Gegner gehörte. Ferner wurde für die Ablehnung die Kritik angeführt, daß die mit der Projekt-Methodik erreichbaren Effekte nicht automatisch eintraten, weil dieser Prozeß des Unterrichtens im Gegensatz zum gewohnten Unterricht im Klassenverband eine ganz andere, neue Qualität der Führung durch den Lehrenden (ohne starr festgelegte Vorbereitung und mit bedarfsgerechter Steuerung) erforderte.

Es sei angemerkt, daß Interpreten der Fortschrittserziehung die Projektmethode als Anwendung der Projektidee auf das Bildungswesen „in einem nicht entfremdeten Sinne“ (Schreier 1994, S.77) verstanden wissen wollen. Damit soll die Bedeutung der Projekthalte in ihrer erziehungs-, erfahrungswirksamen Substanz hervorgehoben werden und der Gefahr schematischer Anwendung („als platte Problemvorgabe und Lösungsaufgabe“) und einer unvermeidbar trivialen „Methodengläubigkeit“ oder einem Absinken in Routine begegnet werden.

Die revolutionierende Dimension einer auf Aktivität, Interaktion, gemeinsames Anstrengungs- und Erfolgserleben gerichteten Lehr- und Lerndidaktik war in der damaligen Zeit eine mutige, fortschrittliche Konsequenz. Zielte sie doch auf Befähigung zur Demokratie, auf Verinnerlichung zeitgemäßer Bildung und auf den Aufbau von Gerechtigkeitssinn und sozialem Gewissen, um sich im Leben zurechtzufinden und Produktives zu leisten. Das bedeutete Ablehnung erstarrter Gewohnheiten im Schulleben und Abkehr von lebensfremder, formaler Unterrichtsgestaltung im gängelnden, diktatorischen Führungsstil.

Kilpatrick's Bereicherung der „Learning by Doing“-Didaktik durch die Projektmethode zeigte die zur methodischen Kreativität herausfordernde Tragfähigkeit der Lehre von der progressiven Edukation. Ohne Zweifel kann J. Dewey in diesem Zusammenhang der Rang eines „Schulbegründers“ beigemessen werden.

Seiner wissenschaftlichen Produktivität und dem Umfeldklima in der New Yorker Periode war es zu verdanken, daß den in Chicago entstandenen Publikationen

weitere beachtete Schriften zu Problemen des Schulwesens folgten, z.B. „How we think“ (1910), „School of Tomorrow“ (1915, Co-Autor Evelyn Dewey, seine Tochter), „Democracy and Education“ (1916), „Experience and Education“ (1938), „Logic : The Theorie of Inquiry (1938), Freedom and Culture (1939), Problems of Man (1946), and Knowing and the Known (with Arthur Bentley, 1949).“ (Als eine Auswahl von Deweys über 40 größeren Schriften bzw. Bücher).

Die Dewey gezollte Anerkennung kam ferner darin zum Ausdruck, daß er bei der Gründung des Verbandes „Progressive Education Association“ (PEA) Ehrenpräsident wurde. Nach Dykhuizen sei hinzugefügt : „*When the University of Paris, in 1930, awarded him an honorary degree, it referred to him as 'the most profound, most complete expression of American genius'.*“ (Zitiert bei Benton 1978, S. 680)

Es gehört zum Lebensbild von J. Dewey, daß sein ausgesprochener Familiensinn Erwähnung verdient, weil er durch die Familie nicht nur Freude und Erbauung, sondern auch wertvolle Erfahrungen gewinnen bzw. Lebensnähe bewahren konnte. Das ist belegbar durch seine 41jährige, kinderreiche Ehe mit seiner Frau Alice Chipman Dewey als seiner Mitarbeiterin und durch das Interesse seiner Töchter an seiner Arbeit, wie oben bereits erwähnt. Dewey ging nach mehrjähriger Witwerzeit mit Roberta Lowitz Grant 1946 eine zweite Ehe ein. Dabei ist bemerkenswert, daß zwei Kinder adoptiert wurden.

Besonders in der New Yorker Schaffensperiode entwickelte Dewey eine verstärkte Wirksamkeit in internationaler (globaler) Hinsicht über die zahlreichen Publikationen (Artikel und Bücher) hinaus durch Auslandsaufenthalte z.B. als Gastprofessor und Konsiliarus.

### **(5) Zur internationalen Wirksamkeit von J. Dewey**

Deweys Ausstrahlung trug maßgeblich dazu bei, daß die Erkenntnisse der progressiven Edukation während der 20er Jahre in Nordamerika verstärkt Verbreitung, aber auch bei europäischen Reformpädagogen Beachtung fanden. So fühlten sich im Deutschland der Weimarer Republik z.B. der „Arbeitsschulvertreter“ Georg Kerschensteiner (1854-1932) und Peter Petersen (1881-1952) in ihren zum Teil konformen bzw. ähnlichen Auffassungen bestärkt. Das belegen z.B. eine Studienreise von Kerschensteiner nach New York und u.a. eine von Petersen herausgegebene Schrift „Projektplan“ mit Arbeiten von Dewey und Kilpatrick (1935). Petersen war schon seit seiner Hamburger Zeit in früheren Jahren Anhänger des amerikanischen Pragmatismus, dessen Begründer Charles S. Peirce und William James in Deweys philosophischem Wirken großen Einfluß hatten. Es sei hier angemerkt, daß die von James 1907 in Wien gehaltenen Vorlesungen vom Wiener Philosophen Wilhelm Jerusalem ins Deutsche übersetzt 1908 in Leipzig erschienen sind und auf diesem Wege zur Verbreitung des Pragmatismus in Europa beitrugen.

Petersen (1955, S.15) setzte seine Bemühungen nach dem 2. Weltkrieg fort, stieß aber in Ost-Deutschland auf Ablehnung, da hier vom zentralistischen Schulsystem ganz andere Prämissen vorgegeben waren.

In den 50er Jahren wurde eine erneute Rezeptionsphase Deweyschen Gedankengutes deutlich, die offenbar mit den Absichten der Amerikaner verbunden war, das westdeutsche Schulwesen mit ihren eigenen Vorstellungen von Demokratie zu „befruchten“ (Bohnsack 1976). So verbreitete sich an den deutschen Schulen u.a. die Gruppenarbeit, die übrigens eine lange Tradition im Hochschulwesen besitzt (vgl. Wagner/Wesel 1992), und das „sozialintegrative Verhalten des Lehrers“ (zitiert bei Schreier 1994, S. 19). Es muß aber erwähnt werden, daß derartige „Importe“ keineswegs unbesehen übernommen worden sind. Schreier (1994, S.19) verweist auf die Auseinandersetzung mit Deweys Pädagogik z.B. durch Heise und Corell (1957) und auf das Aktuell-Werden früherer Arbeiten der deutschen „Dewey-Schüler“ Baumgarten und Hylla.

Interessant, wie in der „Pädagogik der DDR“ Dewey und seine Auffassungen in Publikationen extrem abgewertet wurden (vgl. Günther/Hofmann/König u.a. 1966, S. 365, 424, 496, 569), obwohl Elemente des „Learning by Doing“, gestützt durch didaktische Forschung, in der Schulpraxis aller Ebenen Eingang fanden, z.B. mehr oder weniger als Fall-, Incident-, Konferenz-, Planspiel-Methode (vgl. Hanke 1965) und als „zeitweilige Gruppenarbeit“ (Kooperationsform, die die Projektmethode im Ablauf tangiert)(vgl. Lucas/Wagner 1987).

In den 70er Jahren hob sich eine weitere Phase der Dewey-Rezeption heraus. Das zeigte sich besonders in der Studentebewegung mit dem Verlangen der Lernenden, am Aufstellen der Lehrpläne beteiligt zu werden - ein tragender Gesichtspunkt in Deweys Pädagogik. Da dieses Moment dem Demokratieverständnis entspricht und sich in der Motivation der Lernenden positiv niederschlägt, wurde es zum immanenten Bestandteil der konzeptionellen und didaktischen Arbeit fortschrittlicher Pädagogen (Bohnsack 1976; Schreier 1994, S. 19 ff.).

In dieser biographischen Skizze verdienen Deweys Auslandsaufenthalte Erwähnung, weil sich darin seine zu Lebzeiten erlangte internationale Anerkennung widerspiegelt. So erfolgte von 1919-1921 ein Aufenthalt in China, wo er als Gastprofessor an den Universitäten Nanking und Peking lehrte und auch in Fragen der Schulorganisation als Konsiliarus wirksam wurde. 1924 nahm er eine Einladung in die Türkei wahr, um beim Aufbau des neuen Schulwesens zu beraten. Aus ähnlichem Anlaß besuchte er Mexiko (1926) und ebenfalls auf Einladung der Regierung die Sowjetunion (1928). Es sei erwähnt, daß Deweys humanistische Haltung und sozialpolitische Aufgeschlossenheit sich auch in den Auswertungen seiner Auslandsaufenthalte widerspiegeln. So äußerte er sich z.B. recht positiv in den Reiseberichten über seine Einsichten in das sowjetische Schulwesen; dabei wußte er aber zwischen Erscheinung und Wesen zu unterscheiden, indem er den dogmatischen Sozialismus ablehnte und eine unüberbrückbare Kluft zwischen den Positionen seiner progressiven Erziehungsphilosophie und den marxistischen Auffassungen artikulierte (Bohnsack 1976, 1991; Schreier 1994).

Die internationale Dimension Deweys sei exemplarisch auch damit belegt, daß der später berühmt gewordene chinesische Gelehrte Hu Shih 1917 bei Dewey (als pater



doctoris) eine Dissertation über die Entwicklung der Logik im alten China schrieb. Hierin hat er die „Pictures of I-Ging“ mit dem Begriff der Ideen in der westlichen Philosophie verglichen (Wolfgang Bauer, S.12). Sicherlich würde das „Dewey-Bild“ durch Untersuchungen über wechselseitige Einflüsse mit Philosophen und Didaktikern anderer Länder zu weiteren Erkenntnissen führen (F. Bohnsack 1976, S. 69; zit. bei H. Schreier 1994, S.82).

## **(6) „Dewey-Erbe“ - Nachbetrachtung (Epilog)**

Im Rahmen dieser Lebensskizze soll erwähnt werden, daß Deweys Wirken keineswegs ohne Gegnerschaft und Anfeindungen verlief. Das betraf nicht nur das oben beschriebene Beispiel der „Liquidierung der Laborschule“ in Chicago. Manche seiner politischen Gegner in den USA haben auch in der New-York-Zeit seine Bemühungen, pädagogische und politische Aspekte in ihrer Verflechtung zu beachten, überhaupt realistische Einsichten zur Kenntnis zu nehmen, zum Anlaß für Diffamierungen genommen und ihn persönlich als „Leftist“ angeprangert.

Nach seinem Tode (2.6.1952 in New York) erlebte die fortschrittliche Erziehungsbewegung zeitweise besonders heftige Angriffe, z.B. im Zusammenhang mit dem sog. „Sputnik-Schock“ (1961) und den Abgrenzungsproblemen des kalten Krieges. Der daraufhin in Verbindung mit der Kybernetik verstärkt angewandte programmierte Unterricht nach den Grundmodellen von Skinner und Crowder konnte die Erwartungen an die Leistungssteigerung im Schulwesen nicht erfüllen und wurde schon Ende der 60er Jahre aus bildungsökonomischen Gründen in den USA und bald danach in Europa reduziert bzw. eingestellt. Diese Unterrichtsweise hat offensichtlich begrenzte Potenzen, deren sinnvoller Nutzen jedoch eine ergänzende Einordnung darstellen kann, wie z.B. programmierte Studienanleitungen in Kopplung mit standardisierten Lehrbüchern oder anderen Informationsträgern (vgl. G. Wagner; J. Scheibe 1981).

Inzwischen gibt es jedoch eine zunehmende Anerkennung und Aufwertung des Lebenswerkes von J. Dewey. Bei der Befragung nach zehn Persönlichkeiten, die das amerikanische Bildungswesen konstruktiv beeinflussten, haben immerhin 80 Prozent der befragten Historiker Dewey neben vier anderen genannt (Z. „Phi Delta Kappa“ Sept. 1976, pp. 56-65; zitiert bei Schreier 1994, S.20).

Dewey-Kenner bzw. -Schüler in Deutschland haben sich verdient gemacht um Pflege und Ausbau des „Dewey-Erbes“ (z.B. Erich Hylla 1930, Fritz Bohnsack 1976, Helmut Schreier 1986, 1994).

Neu, aber absolut begrüßenswert hierbei ist, daß ein Hochschullehrer der Medizin in seinem pädagogischen Engagement die Orientierung an Deweys Gedankengut als wert- und zweckvoll für die Verbesserung der medizinischen Ausbildung beweiskräftig empfiehlt (Eitel 1996). Eitel vermittelt einen Zugang, um die allenthalben anzutreffende enge Sicht der auf ein Fach oder nur einen Fachabschnitt (sub-)spezialisierten Hochschulkräfte auszuweiten und sich in der Ausbildungsgestal-

tung mehr dem interdisziplinären Kausal- und Ganzheitsdenken bzw. praxisrelevanten Kernproblemen mit aufsteigenden Anforderungen an die Selbständigkeit und Eigenverantwortung zuzuwenden.

Erfolgreiche Hochschullehrer verstehen es, die Studenten zum selbstintendierten und selbstregulierenden Weiterlernen zu motivieren und zu befähigen, so daß autonomes, individuelles Aneignen von Wissen und Können einen Teil der Lehrveranstaltungen überflüssig machen kann und der Lehrende sich in anderer Weise (Tutor, Mentor, Coach) für bedarfsgerechte Anleitung oder Anregung und Rückkopplung „empfiehlt“. So sei erwähnt, daß es mancherorts diesbezügliche Aktivitäten gibt (vgl. Habeck/Schagen/Wagner 1993), z.B. auch mit Reduzierung von Lehrveranstaltungen im Fach Anatomie (C. Lemke/N. Zimmermann/W. Linß 1993, S. 319-330).

Natürlich sind solche dem Geist von Dewey entsprechende Ausbildungspraktiken nicht ohne weiteres auf „das Konto von Dewey und seiner Schule zu buchen“. Dabei entsprechen empirisch fundierte Erkenntnisse besonders bzw. am ehesten den Wertmaßstäben Dewey's, wie das in den Literaturangaben von F. Eitel (1996) in diesem Heft für die medizinische Ausbildung zum Ausdruck kommt (vgl. auch G. Wagner /Th. Wagner 1990; G. Wagner 1993). Die Hinwendung auf das Studium von Deweys Erkenntnissen führt, wenn auch im Nachhinein, zur Bestätigung und zum tieferen Verständnis dessen, was unter heutigen Bedingungen (u.a. der multimedialen Technik) in der Wissenschaftsentwicklung und Praxis der Medizin und der Aus- und Weiterbildungsgestaltung getan wird. Es geht um die Verbreitung effektiver Medizindidaktik mit dem Aufgreifen probater Wege (vgl. u.a. E. Leitner 1982), wobei insbesondere solche Gestaltungselemente wie expertengeleitetes Studium und erfahrungsbasierte bzw. exemplarisch-problemhafte Lehrweise Dewey'scher Art - weniger im Hörsaal, sondern mehr im Praxisfeld (nach Vorbereitung durch computergestützte, hypermediale Simulationen) - verstärkte Überlegungen an den Fakultäten und Lehrstühlen verdienen. So können von Dewey konstruktive Anregungen mit Transferwert genutzt werden, die sich z.B. beziehen auf : die wissenschaftsorientierte, forschungsbezogene und zugleich praxisrelevante (erfahrungsfundierte) Lehre ; The Evidence-based Medicine Working Group ... (Guyatt 1992; zitiert bei F. Eitel in diesem Heft); Differenzierungen in der Lehrstoffvermittlung mit schrittweiser Erhöhung von Schwierigkeitsgraden und angeregten bzw. angeleiteten Individualstrecken; Selbstkontrolle, Behebung von Wissenslücken und Fähigkeitsmängeln aus eigenem Antrieb der Studierenden; Abbau des Lehrstoff-Zeit-Problems durch sinnvoller Nutzen von Lösungsvarianten in den Bereichen der Inhaltsauswahl, der didaktisch-methodischen Gestaltung sowie der Förderung von Selbständigkeit (intrinsische Motivation), um ein hohes Fähigkeitsniveau auf- und auszubauen.

Sicherlich können die Erkenntnisse Deweys wegen ihres allgemeingültigen Charakters bedeutsame Impulse und Aspekte vermitteln für eine synthetisierende, fachübergreifende Medizindidaktik. Bei dieser Aufgabenstellung, eine komplexe (weitgehend geschlossene) Darstellung als Leitorientierung für die effektive Gestal-

tung der Lehre in den medizinischen Fächern zu erarbeiten, würde das Zusammenführen z.B. von aktuellen Untersuchungsergebnissen, aber auch von Erkenntnissen aus Biographien bedeutender Mediziner und Medizindidaktiker durch Deweys generalisierte und nach wie vor progressiv orientierte Erkenntnisse eine hilfreiche Orientierung haben. Unabhängig davon haben ohne Zweifel die in der Zeitschrift „Medizinische Ausbildung“ publizierten Beiträge (vgl. Bruchmann, Göbel, Schagen, Seehausen, Habeck 1995, S. 189 ff.) einen hohen Stellenwert, weil hier aufgrund ihrer zumeist aktuellen Bedeutung relativ kurzfristig Diskussionen im Interesse der Ausbildungsverbesserung ausgelöst werden, wie das z.B. der Fall ist bei dem Beitrag von K. Schimmelpfennig / F. Eitel / D. Habeck (1995, S.88-102).

## Literatur

- Bauer, Wolfgang : Einführung. In : I. Ging, Text und Materialien. Aus d. Chinesischen übers. von R. Wilhelm, Düsseldorf/Köln (Diederichs), 6. Aufl. 1980, S. 3-14
- Baumgarten, Eduard : Die geistigen Grundlagen des amerikanischen Gemeinwesens. Frankfurt/M. 1938 Bd. II : Der Pragmatismus, Abschn. „John Dewey“, S. 212-332
- Benton, William (Hrsg.): The New Encyclopaedia Britannica. - Chicago, London, Toronto, Genua, Sydney, Tokyo, Manila, Seoul 1978, Bd. V: Dewey, John, S. 680-682 (von : G. Dykhuizen)
- Bohnsack, Fritz : Erziehung zur Demokratie. John Deweys Pädagogik und ihre Bedeutung für die Reform unserer Schule. Ravensburg (Otto Maier) 1976
- Bohnsack, Fritz : John Dewey (1859-1952). In : Klassiker der Pädagogik. Bd. 2, Hrsg. H. Scheuerl, München 1991
- Bruchmann, Ch.,E. Göbel; U.Schagen; V. Seehausen; D. Habeck : Gesamtverzeichnis der Jahrgänge 1 (1984) bis 12 (1995), Autoren und Sachregister.- Z.f. Med. Ausb. 12 (1995): 189ff.
- Corell, Werner : Die Anthropologie John Deweys und ihre Bedeutung für die Pädagogik. Diss. Tübingen 1957
- Dewey, Jane M. : Biography of John Dewey. -In: P.A. Schilpp (ed.), The Philosophy of John Dewey, New York 1939, pp. 3-45
- Dewey, John : Erziehung durch und für Erfahrung. Eingeleitet, ausgewählt und kommentiert von : Helmut Schreier. Klett-Cotta-Verlag, 2. Aufl., Stuttgart 1994
- Dewey, John; Kilpatrick; William Heard : Der Projektplan. Grundlegung und Praxis. - Hrsg.:Peter Petersen. Böhlau Nachf. Weimar 1935
- Dykhuizen, George (1) John Dewey, The Vermont Years.- In: Journal of the History of Ideas 20 (1959) : 515-544; (2) John Dewey at John Hopkins (1882-1884).- In: ibid. 22(1961): 103-116; (3) John Dewey and the University of Michigan.- In: ibid. 23 (1962) : 513-544; (4) John Dewey : The Chicago Years.- In: Journal of the History of Philosophy 2(1964): 227-253; (5) John Dewey in Chicago : Some Biographical Notes.- In: ibid. 3 (1965): 217-233
- Eitel, Florian : Hundert Jahre Chicagoer Laborschule. Oder : Wer kennt John Dewey ?-In: Zeitsch. F. Medizinische Ausbildung 13 (1996)
- Elzer, Hans-Michael : Begriffe und Personen aus der Geschichte der Pädagogik. Edit.: F.J. Eckert, K. Lotz, Frankfurt/M., Bern, New York 1985
- Günther, Karl-Heinz; Hofmann, Franz; Hohendorf, Frank; König, Helmut; Schuffenbauer, Heinz (1966): Geschichte der Erziehung. Verlag Volk und Wissen Berlin, S.126
- Habeck, Dietrich; Schagen, Udo; Wagner, Günther (Hrsg.) : Reform der Arztausbildung. Neue Wege in den Fakultäten. - Blackwell Berlin 1993
- Hanke, Herbert : Eine neue Qualität der Untersuchungsmethoden erreichen.- In: Berufsausbildung Berlin Nr. 11 u. 12/1965
- Kerschensteiner, G. : Begriff Arbeitsschule Leipzig/Berlin 1921
- Kilpatrick, William Heard (ed.) : The Educational Frontier.- New York : Century 1933
- Leavitt, Jerome F. : Dewey, John. - In: Biographical Dictionary of American Educators (ed. By John F. Ohles; Vol I), London 1978
- Leitner, Erich : Zur Methodik der Fallpräsentation.- In: Allgemeinmedizin/International General Practice. Krüger-Verlag, Dortmund (AMJ) 1 (1982) : 24/24
- Lenke, Cornelius; Zimmermann, Norbert; Linß, Werner : Unterschiedliche Lehrformen in Anatomie und Möglichkeiten der Aktivierung der Studenten.- In: Reform der Arztausbildung. Neue Wege in den Fakultäten. Blackwell Berlin 1993, S.319-331
- Lucas, Werner; Wagner, Günther : Aktivierung der Studenten in Seminaren und Übungen durch zeitweilige Gruppenarbeit.- In: Das Hochschulwesen Berlin 35 (1987): IV-IX
- Mead, George H.: Geist, Identität und Gesellschaft aus der Sicht des Sozialbehaviorismus. Frankfurt/M. (Suhrkamp) 1987. Ausg. : Titel „Mind, Self and Society. From the Standpoint of a Social Behaviorist“, erschienen 1934
- Parker, F.W. (1981) Ideas That Shaped American Schools.- In: „Phi Beta Kappa“, January-Heft 1981, pp. 314-319
- Petersen, Peter : Der kleine Jena-Plan.- 25./26. Aufl. Braunschweig 1955
- Schimmelpfennig, Kurt; Eitel, Florian; Habeck, Dietrich: Die fragwürdigen Bereiche des Entwurfs des Neuen Approbationsordnung. Kriterien zur Beurteilung des im Dezember 1995 kommenden Entwurfs unter besonderer Berücksichtigung der ersten Studienphase. In: Medizinische Ausbildung 12 (1995) 2
- Schreier, Helmut : Die Sache des Sachunterrichts. Entwurf einer Didaktik auf der Grundlage der Erfahrungspädagogik.- Paderborn (Schöningh) 1982
- Schreier, Helmut : John Dewey (1859-1952). Einige Aspekte zu Biographie und Wirkungsgeschichte (S. 10-20). - Bibliographie der Schriften Deweys (S. 337 ...).- In: John Dewey. Erziehung durch und für Erfahrung. Hrsg.: Benner, D. / W. Schmied-Kowarzik; Klett-Cotta, 2. Aufl. Stuttgart 1994
- Wagner, Günther : Erkenntnisse zur interessensfördernden, aktivierenden Gestaltung von seminaristischen Lehrveranstaltungen.- In: Reform der Arztausbildung. Neue Wege in den Fakultäten. Hrsg.: Dietrich Habeck, Udo Schagen, Günther Wagner. Blackwell Berlin 1993
- Wagner, Günther; Scheibe, Jochen : Was vermag eine in Einheit zum Lehrbuch gestaltete Studienanleitung für die Intensivierung des Selbststudiums zu leisten ? Empirische Studie zur Arbeit mit der Anleitung zum Lehrbuch „Grundlagen der Sportmedizin“. Ambrosius Barth Verlag Leipzig 1981
- Wagner, Günther; Wagner, Thomas : Empirische Befunde zur Vorlesungsgestaltung in klinischen Disziplinen aus didaktischer Sicht. In : Medizinische Ausbildung 7 (1990) 2
- Wagner, Günther; Wessel, Gerhard : Didaktische Erkenntnisse aus Biographien bedeutender Mediziner.- In: Medizinprofessoren und ärztliche Ausbildung. Verlagsgesellschaft pmi Frankfurt/M. (Univers.-Verlag Jena) 1992, S. 317-329
- Withehead, Alfred North : John Dewey and his Influence.- In: A. Schilpp (ed.) : The Philosophy of John Dewey. New York 1939

## Bildnachweis

Titelbild (Einband) published 1995 by Prometheus Books in cooperation with the John Dewey Foundation (Suite 1007, 570 Seventh Avenue, New York, NY 10018); Prometheus Books: 59 John Glenn Drive, Amherst, New York.

## Anschrift des Verfassers

Dr. Günther Wagner (ehem. Arbeitskreis Medizindidaktik der Medizinischen Fakultät / Universität Jena)  
 Anschrift : Breite Straße 38, D-12167 Berlin

**G M A**  
**TAGUNG DER GESELLSCHAFT FÜR MEDIZINISCHE AUSBILDUNG**  
(DEUTSCHE SEKTION DER ASSOCIATION FOR MEDICAL EDUCATION IN EUROPE)

**WISSENSCHAFTLICHE WINTERTAGUNG DER GESELLSCHAFT**

**VERANSTALTUNGSORT: BERLIN**

Freie Universität Berlin

Institut für Toxikologie

Garystr. 5

14194 Berlin - Dahlem

**ZEIT:**

Samstag den 7. Dezember 1996, 10 Uhr

**AUSKÜNFTE:**

Prof. Dr. K. Schimmelpfennig, daselbst. Tel.: 030-8385222 Fax: 030-8318141

**HAUPTTHEMEN:**

- 1.) Studienbegleitende Leistungsprüfungen
- 2.) Probleme der praktisch-mündlichen Prüfungen
- 3.) Internet als Informationssystem für das Medizinstudium

**CALL FOR PAPERS**

**ÖFFENTLICHE VERKEHRSMITTEL:**

U-Bahnstation Thielplatz: 5 Minuten.-S-Bahnstation Lichterfelde-West mit Anschluß Bus 111, Haltestelle Corrensplatz:1 Minute; Auto: Parkplatz Thielallee 69 Ecke Garystr.

## BUCHANKÜNDIGUNG

# ZOOLOGISCHES WÖRTERBUCH

Tiernamen, allgemeinbiologische, anatomische, physiologische Termini und Kurzbiographien

Erwin J. Hentschel und Günther H. Wagner

mit einer „Einführung in die Terminologie und Nomenklatur“,  
einem „Verzeichnis der Autorennamen“ und einem  
„Überblick über das System des Tierreichs“

6., überarbeitete und erweiterte Auflage  
ISBN 3-8252-0367-0

**Gustav Fischer Verlag Jena**

Das bearbeitete 'Zoologische Wörterbuch' wendet sich an alle Interessenten, die sich mit der Biologie als Komplex und mit den Grundlagen oder Anwendungsgebieten der Zoologie beschäftigen und Wert auf ein handliches Nachschlagewerk legen.

Gegenüber den vorangegangenen Auflagen ist die 6. Auflage durch eine umfangreiche Neubearbeitung in folgender Hinsicht gekennzeichnet:

Präzisierung der textlichen Einführung in die zoologische Fachsprache (Terminologie und Nomenklatur);

Erweiterung des gleichzeitig aktualisierten, verbesserten lexikalischen Hauptteils um 87 Seiten vor allem durch

- Tiernamen, vornehmlich Gattungsnamen der Vertebrata und Evertebrata;
- Grundbegriffe der Tierzucht, Nutztiere, Kleintierhaltung;
- Termini der Physiologie/Genetik, Parasitologie, Phytomedizin, Krankheitserreger, Schädlinge;

Vervollkommnung und Aktualisierung des Registers der etwa 1550 Autoren von Taxa;

Aktualisierung des Literaturverzeichnisses (über 300 Titel), das auf weiterführende Standard- bzw. Spezialliteratur orientiert und implizit auch über andere Kategorien der Zoologieliteratur (z.B. Beiträge in Zeitschriften) informiert;

die im Vorsatz aufgenommene Tabelle über „Erstauftreten von Tiergruppen in der Erdgeschichte“, die dem aktuellen Erkenntnisstand der Paläozoologie entspricht.

Bei der Modernisierung von Inhalten der 6. Auflage haben kompetente Wissenschaftler verschiedener Arbeitsrichtungen der Zoologie und von Anwendungsgebieten mitgewirkt.

**Zielgruppen:** Studierende der Biologie, Human-/ Veterinärmedizin, Ökologie, Landwirtschaft, Phytopathologie/ -medizin; Hochschullehrer, Biologielehrer, Mitarbeiter an naturkundlichen Museen; Praktiker (Tierzucht/ -produktion, Kleintierhaltung), Hobbyzoologen (z.B. der Ornithologie, Ichthyologie, Entomologie), Tierfreunde, Vertreter von Anwendungsgebieten (Imkerei, Jagd, Fischerei), Bibliotheken.

**Fachgebiete:** Biologie, Zoologie (allgemein und Spezialgebiete), Human- /Veterinärmedizin, Landwirtschaft/ Agrarwissenschaft, Ökologie, Phytomedizin.

Hinweis von Dr. Ingeborg Wilke: „Empfohlen wird auch das ähnlich aufgebaute „Botanische Wörterbuch“ von R. Schubert / G. Wagner (ISBN 3-8252-1476-1) aus der UTB-Reihe. Damit würde der Interessent faktisch über ein „Biologisches Wörterbuch“ in zwei Bänden verfügen, die sich ergänzen bzw. eine relativ geschlossene Ganzheit darstellen.“



## **KORREKTUR ZU HEFT 12/2 (1995)**

Im letzten Heft ist uns leider ein Fehler unterlaufen. Die Seite 170 wurde versehentlich ein zweites Mal auf Seite 172 gedruckt, deren Inhalt somit fehlte. Die richtige Seite 172 finden Sie auf der Rückseite dieses Blattes, mit welcher Sie Heft 12/2 vervollständigen können. Wir bitten diesen Fehler zu entschuldigen.

- Perkonigg, A., H.-U. Wittchen, S. Winkler:** Das Fortbildungsprogramm "Patientenseminar Angst" - Wirksamkeit und Einsatz in der Praxis. In: Z. ärztl. Fortbild. 1995, 89, S. 370-377
- Perleth, M.:** Zur Frage der Einschätzung klinischer Kompetenz im Medizinstudium - ein Beitrag zur Diskussion um die Einführung der Multiple-Choice-Prüfung. In: hochschule ost 1994, 3 (H. 2), S. 51-58
- Raetzl, M.:** Notfallkurs. In: Göbel, E., S. Remstedt (Hrsg.): Leitfaden zur Studienreform in Human- und Zahnmedizin. Frankfurt am Main 1994, S. 41-42
- Rauschenbach, D., H.-G. Zezschwitz:** Verschwundene Lehre. Wie sich Hamburger Medizinprofessoren ihrer Unterrichtsverpflichtung entzogen. In: Dr. med. Mabuse 1995, 20, (H. 97), S. 56-57
- Renschler, H.E.:** Systematik des problemorientierten, fallbezogenen, praxisgebundenen, professionellen Weiterlernens. In: Z. ärztl. Fortbild. 1995, 89, S. 392-396
- Richter, G.:** Welches Menschenbild formt künftige Ärztinnen und Ärzte an der Universität ? In: Dtsch. med. Wschr. 1994, 119, S. 1131-1134
- Ringli, W.:** Was können die Hausärzte lehrmethodisch beitragen, das die "klassische" medizinische Fakultät nicht bietet ? In: Meducs 1994, 7 (H. 1), S. 6-7
- Sandholzer, H., G. Schmiemann, A. Schreiner:** Problemorientiertes Lernen an der Universität Göttingen. In: Z. ärztl. Fortbild. 1995, 89, S. 333-336
- Schagen, U.:** Lehre und Prüfung klaffen auseinander. Neue Approbationsordnung für Ärztinnen und Ärzte ? In: ÖTV-Report Soziales und Gesundheit 1994 (Mai): S. 20-22
- Schagen, U.:** Stellungnahme zum Diskussionsentwurf eines Gesetzes zur Änderung der Bundesärzteordnung und zur Änderung der Approbationsordnung für das Bundesministerium für Gesundheit. In: VDÄÄ-Rundbrief 9, 1994, (Nr.1), S. 101-106
- Schauder, P.:** Ernährungsmedizinische Fortbildung in Deutschland - zwei Jahre nach Veröffentlichung des Lehrcurriculums "Ernährungsmedizin". In: Z. ärztl. Fortbild. 1995, 89, S. 386-391
- Schmiemann, G.:** Problemorientiert statt frontal. Neue Lernkonzepte für das Medizinstudium. In: Dr. med. Mabuse 1994, 19 (H. 91), S. 42-43
- Schott, H.:** Ärztliche Ausbildung in historischer Perspektive. In: Zeitschrift für medizinische Ethik 1994, 40, S. 75-82
- Schwarz, P.:** Klinische Praktika. In: Göbel, E., S. Remstedt (Hrsg.): Leitfaden zur Studienreform in Human- und Zahnmedizin. Frankfurt am Main 1994, S. 47-50
- Schwemmler, K., K. Henneking, Chr. Langer, R. Linder, R. Schück, I. Steinmann:** Mehr Qualität durch Aufgabenmanagement. Reform des Medizinstudiums. In: Dtsch. Ärztebl. 1994, 91, S. B-1790-1794
- Seelbach, H., W. Sohn, R. Nöring:** Lehrpraxen in der Allgemeinmedizin: Aufgaben und Ziele in einem Modellversuch. In: Bichler, K.-H., W. Mattauch: Innovationen und Trends des Medizinstudiums im klinischen Teil. Frankfurt/Main 1995, S. 189-195
- Sefrin, P.:** Konsensus als Basis einer interdisziplinären Fortbildungsreihe. In: Z. ärztl. Fortbild. 1995, 89, S. 364-366
- Sohr, S.:** Menschenkenntnis als Lernziel ? Auf der Suche nach dem "guten" Arzt. Oder: Warum kommt ein junger Mensch auf die Idee, Medizin zu studieren? In: psychomed 1995, 7, S. 93-95
- Spaeth, W.:** Mehr Geld für weniger Studenten? Widerspruch in der Medizinerbildung. In: Forschung und Lehre 1994, 1, S. 343-345
- Spielberg, P.:** Engpaß beim Übergang zum Assistenzarzt. Arbeitsmarkt. In: Dtsch. Ärztebl. 1994, 91, S. B-1843-1844
- Spielberg, P.:** Keine Probleme mit der Anerkennung. Austauschprogramme der EG. In: Dtsch. Ärztebl. 1995, 92, S. B-1065
- Stapf, K.-H., M. Wulf:** Beinflusst die Art der Prüfung die Lernmotivation ? In: Bichler, K.-H., W. Mattauch: Innovationen und Trends des Medizinstudiums im klinischen Teil. Frankfurt/Main 1995, S. 142-161
- Stein, R.:** Ärzte fürs 21. Jahrhundert heranbilden. Grundzüge des "Berliner Modells" im internationalen Trend. In: Berliner Ärzte 1995, 32 (H. 6), S. 39-41
- Stiegler, I.:** Privatuniversität. In: Göbel, E., S. Remstedt (Hrsg.): Leitfaden zur Studienreform in Human- und Zahnmedizin. Frankfurt am Main 1994, S. 39-41
- Stiegler, I., Y. Falck-Ytter, K. Hupe:** Kursweiterbildung Allgemeinmedizin - erste Erfahrungen mit dem problemorientierten Lernen in einem Weiterbildungsgang. In: Z. ärztl. Fortbild. 1995, 89, S. 355-358
- Stöbel, U., K. Kälble, U. Kluge, J. v. Troschke:** Gesundheitsförderung und Gesundheitsberatung. (K)ein Thema für die ärztliche Ausbildung ? In: Prävention 1994, 17, S. 19-23
- Strebl, H., G. Lehnert:** Vermittlung praxisorientierter Sozialmedizin im Medizinstudium - ein Vorlesungskonzept. In: Gesundh.-Wes. 1995, 57, S. 407-410
- Szecsényi, J., E. Andres, O. Bahrs, F.M. Gerlach, M. Weiß-Plumeyer:** Evaluation eines Trainingsprogramms für Moderatoren von vertragsärztlichen Qualitätszirkeln: Eine Zwischenbilanz. In: Z. ärztl. Fortbild. 1995, 89, S. 419-423
- Szecsényi, J., F.M. Gerlach:** Workshop "Wissen versus Handeln - Qualitätszirkelarbeit unterscheidet sich von traditioneller Fortbildung". In: Z. ärztl. Fortbild. 1995, 89, S. 439-440
- Tausch, B., M. Härter, W. Niebling, G. Dieter, M. Berger:** Implementierung und Evaluation von Qualitätszirkeln in der hausärztlichen Versorgung. In: Z. ärztl. Fortbild. 1995, 89, S. 402-405
- Ulrich, Chr.:** Famulatur in China. Zwischen Tradition und Moderne. In: Dtsch. Ärztebl. 1995, 92, S. C-530-31
- Wechsel, H.W., W. Mattauch, K.-H. Bichler:** Prostapalpation in der Studentenausbildung: kann das Modell den Patienten ersetzen ? In: Bichler, K.-H., W. Mattauch: Innovationen und Trends des Medizinstudiums im klinischen Teil. Frankfurt/Main 1995, S. 196-213
- Wechsel, H.W., W. Mattauch, Th. Rosenkranz, H. Bichler:** Wieviele und welche Patienten stehen für den klinischen Unterricht zur Verfügung ? In: Bichler, K.-H., W. Mattauch: Innovationen und Trends des Medizinstudiums im klinischen Teil. Frankfurt/Main 1995, S. 183-188

# FORTBILDUNGSPROGRAMM ZUR GESPRÄCHSFÜHRUNG MIT DEN ANGEHÖRIGEN PLÖTZLICH VERSTORBENER ALS BEISPIEL VON KOMMUNIKATIONSTRAINING UND AFFEKTIV-EMOTIONALEN LERNZIELEN IN DER ÄRZTLICHEN AUSBILDUNG

FRTZ A. MUTHNY

## 1. Ziele der mediznpsychologischen Lehre und die Relevanz eines Fortbildungsprogramms zum Umgang mit Angehörigen plötzlich Verstorbenen

Die unvermeidbare Konfrontation mit dem Tod im medizinischen Alltag macht wie keine andere Situation deutlich, daß die ärztliche Ausbildung über kognitive und handlungsorientierte Ziele hinausgehen und auch affektive-emotionale Prozesse einschließen muß. In der Vorklinik ist die Schaffung von Grundlagen der Kommunikation und Gesprächsführung in der ärztlichen Ausbildung zentrales Anliegen der Medizinischen Psychologie. Daß dies nicht nur theoretisch so vorgegeben ist, sondern auch praktisch so verstanden und umgesetzt wird, zeigen Ergebnisse der bundesweiten, weitgehend vollständigen (und damit repräsentativen) Umfrage unter den 35 mediznpsychologischen Instituten (Muthny et al. 1996). Dabei wurden von den Hochschullehrern der Medizinischen Psychologie als **fünf vorrangige Ziele des Kurses** in der folgenden Reihenfolge bezeichnet:

1. Vertiefungen zu den zentralen mediznpsychologischen Themen,
2. praktisches Üben typischer Situationen der Arzt-Patienten-Beziehung,
3. Wissensvermittlung für Inhalte der Medizinischen Psychologie,
4. Vermittlung ethischer Grundhaltungen und
5. gute Physikumsvorbereitung.

Diese Positionen machen deutlich, daß nicht Wissensvermittlung das alleinige oder gar wichtigste Anliegen ist, sondern sehr wohl auch geistige Reflektion und Auseinandersetzung mit Werthaltungen und Emotionen einen wichtigen Stellenwert haben, zudem explizit auch Handlungskompetenz angestrebt wird.

Genauso deutlich wird dies in der **Rangreihe der fünf wichtigsten Kursthemen** (nach faktischem Stellenwert entsprechend Zeitkontingent im Kurs) :

1. Tod und Sterben
2. Arzt-Patienten-Beziehung
3. Grundlagen der Gesprächsführung
4. Test und Experiment
5. Krankheitsverarbeitung

Dies zeigt sehr klar, daß Lehre zumindest in der Medizinischen Psychologie sich nicht auf Wissensvermittlung beschränken darf, da sonst wesentliche Ziele mißachtet und Inhalte nicht vermittelt würden. Die hohe Relevanz affektiv-emotionaler Lernziele läßt sich am besten am Thema "Tod und Sterben" aufzeigen und beschränkt sich keineswegs auf das Medizinstudium, sondern schließt auch die ärztliche Fortbildung und die anderer Berufsgruppen in der Medizin ein. Deshalb wurde dieses Beispiel gewählt, um die Bedeutung der in der Diskussion zur medizinischen Lehre oft nicht ausreichend berücksichtigten affektiv-emotionalen Lernziele zu demonstrieren.

Der Tod eines nahen Angehörigen stellt fast immer eine schwere Belastung dar, auch wenn dieser längere Zeit schwerkrank erlebt wurde und so der Verarbeitungsprozess meist lange vor dem endgültigen Verlust eingesetzt hat. Bei einem plötzlichen Todesfall durch Unfall werden zudem Realitätskonfrontation und Verarbeitungsprozesse ohne Vorbereitungszeit unmittelbar gefordert und führen so zu einer besonderen Verschärfung der Belastung (s. auch Worden 1986). Manche Personen und Familien haben gute Möglichkeiten, sich in dieser Situation gegenseitig zu stützen, für viele bedeutet es eine psychische Extremsituation, die häufig die eigenen Bewältigungsmöglichkeiten übersteigt.

Vielfältige Reaktionen der Angehörigen bei plötzlichen Todesfällen wurden z.B. von Weisman (1976) beschrieben als Gefühle der Unwirklichkeit, Trance-Zustände, Hilflosigkeit, Verschärfung von (vorher latent vorhandenen) Schuldgefühlen, Bedürfnis einer Schuldzuweisung und ausgeprägte "Warum ?"- Fragen.

Dem behandelnden Arzt vor allem auf Intensivstationen kommt dabei eine wichtige Schlüsselrolle zu, die Hilfsbotenschaft zu überbringen, die Angehörigen zu stützen und durch Haltung und Gespräch den Trauerprozess günstig zu beeinflussen (s. auch Klapp, 1985). Gespräche mit den Angehörigen beinhalten häufig auch die Frage nach einer Organspende, wenn medizinische Voraussetzungen gegeben sind.

Es herrscht weitgehend Einigkeit darüber, daß die Führung des Gesprächs mit den Angehörigen primär eine ärztliche Aufgabe ist, wenngleich es immer wieder Bestrebungen gibt, dies stärker an andere Berufsgruppen wie Seelsorger

und Psychotherapeuten zu delegieren. Der behandelnde Arzt verfügt über die wesentlichen Informationen, die die Angehörigen oft besonders beschäftigen, über den Hergang des Unfalls, vor allem aber auch über alle medizinischen Anstrengungen, das Leben zu erhalten (s. auch Kirste et al. 1988). Andererseits kann die Vorbereitung im Medizinstudium und in der ärztlichen Fort- und Weiterbildung sicher kaum als ausreichend betrachtet werden, gerade angesichts der kognitiven und emotionalen Schwierigkeit der Aufgabe und der hohen Belastungen für den Gesprächsführenden im Kontakt mit den trauernden Angehörigen. Auch aus vielen weiteren Gründen erscheint die Arbeit auf Intensivstationen mit ausgeprägten psychosozialen Anforderungen und Belastungen verbunden (s. auch Cassem & Hackett, 1972). Das Herantreten an die Angehörigen mit der Organspende-Frage ist entsprechend als die "schwierigste Frage in der unangenehmsten Situation an die unglücklichste Familie" beschrieben worden. An diesem Punkt setzt ein niederländisch-britisches Programm an (Wight 1992, Wight et al. 1994), das in den vergangenen Jahren entwickelt und im Auftrag der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO, Neu-Isenburg) vom Autor für den deutschen Sprachraum adaptiert wurde (European Donor Hospital Education Program, EDHEP). Es soll im folgenden zunächst kurz beschrieben werden.

## 2. Ziele und Arbeitsweise des EDHEP-Programms

Die Hauptziele des EDHEP-Programms richten sich auf emotionale Entlastung und Kompetenzsteigerung bei den Gesprächsführenden, eine bessere Würdigung der Situation der trauernden Angehörigen und indirekt auch auf die Verbesserung für potentielle Organempfänger (durch höhere Zustimmungs- bzw. geringere Ablehnungsraten). Damit wird, vergleicht man mit verschiedenen Fortbildungskonzeptionen (s. auch Broda & Muthny 1990, Muthny & Stegie 1993) ein vergleichsweise anspruchsvolles Spektrum möglicher Ziele psychosozialer Fortbildung abgedeckt.

Der Workshop wird in der Regel in gemischten Gruppen (meistens Ärzte und erfahrenes Pflegepersonal von Intensivstationen und chirurgischen Abteilungen) eintägig angeboten (9 - 17 Uhr). Um übungintensives Arbeiten zu ermöglichen, wird wie im niederländisch-britischen Original mit kleinen Gruppen gearbeitet (maximal 10 Teilnehmer bei 1 Moderator, max. 16 bei 2 Moderatoren, die dann zeitweilig auch in 2 Räumen arbeiten).

Die Teilnehmer kommen unter der ausdrücklichen Vorgabe, daß die Teilnahme nur für den ganzen Tag möglich ist. Die Veranstaltung findet in einem ungestörten Rahmen außerhalb der Klinik statt (i.d.R. Hotel oder Tagungseinrichtung); die Organisation erfolgt im Auftrag der DSO durch die regionalen Transplantkoordinatoren, von denen auch die Einladung ausgeht (Finanzielle Unterstützung durch die Pharmafirma Sandoz). Die konkreten Ziele für die Teilnehmer des Workshops sind vor allem

- das Kennenlernen der Psychologie der Verlust- und Trauerreaktionen,

- die Reflektion der Erfahrungen mit eigenen Verlust-erlebnissen und im Umgang mit Trauernden,
- die Erhöhung der Aufmerksamkeit für die Reaktion der Angehörigen,
- die Verbesserung der Handlungskompetenz in der angemessenen Übermittlung der Todesnachricht und
- die Verbesserung der konkreten Gesprächsführung in der Bitte um die Organspende.

**Ziele und Wege der Arbeit mit den Angehörigen**, die dabei vermittelt werden sollen, sind nach Wight (1992)

- Hilfen zu geben, die Realität des Todes zu begreifen,
- direkte und aufrichtige Informationsvermittlung,
- Begleitung der Angehörigen in ihrem Tempo,
- Freiheit und Raum für den Ausdruck von Schmerz und Trauer zu geben,
- das Prinzip, konsequent auch als 'Anwalt' der Angehörigen handeln, sowie
- Hilfe bei der Bewältigung zu leisten.

Eine besondere Rolle spielt dabei auch die Vorbereitung der Angehörigen auf die Bedingungen der Intensivstation (s. auch Hannich & Wedershoven, 1985) und die Erleichterung des Kontakts mit und das Abschiednehmen von dem Verstorbenen.

Der Workshop nutzt bewußt unterschiedliche Arbeitsweisen, von Selbsterfahrungsteilen über den Einsatz von Video-Darbietungen als Diskussionsstimulus und Rollenspielvorbereitung bis zu übungintensiven Teilen, vor allem in Form von Rollenspielen (s. Tab. 1).

Tab. 1: Arbeitsformen des EDHEP-Programms

1. **Referat/Informationsvermittlung und Gruppendiskussion**
  - zum Trauerprozeß
  - zu Prinzipien der Gesprächsführung
  - zu Motiven und Widerständen gegenüber Organspende
2. **Reflektion der eigenen Erfahrungen**
  - mit Trauer in der eigenen Biographie
  - mit Trauerreaktionen der Angehörigen im Berufsfeld
  - mit Möglichkeiten und Grenzen des eigenen Handelns
3. **Wahrnehmungstraining zum Trauerprozeß anhand von Video-Fallbeispielen**
4. **Diskussion notwendiger Kooperation verschiedener Disziplinen und Berufsgruppen innerhalb der Medizin** unterstützt durch synchronisierten Videofilm "Sudden death"
5. **Konkretes Training von Gesprächsführung in Rollenspielen**
  - mit Videofeedback
  - unter Zuhilfenahme von gespielten Angehörigen

Das Programm mit seinen Materialien wurde von den Autoren für den deutschen Sprach- und Rechtsraum adaptiert, die Video-Materialien im Auftrag der DSO synchronisiert. Eine Modifikation des Programms wurde vor allem da vorgenommen, wo eigene Fortbildungserfahrungen (und die Erfahrungen der Moderatoren), juristische Vorgaben, Akzeptanzprobleme und eine andere Fortbildungsrealität in Deutschland dies nahelegten. Nach Probeläufen wurden bundesweit 1993 und 1994 fünfzig

Moderatoren für diese Aufgabe ausgebildet, die bis Ende 1994 über 120 Workshops durchgeführt haben.

Da Moderatoren selbständig eintägige Seminare mit Ärzten und Schwestern durchführen, erscheinen eine Reihe von Voraussetzungen erforderlich, die sowohl Basisqualifikationen umfassen wie auch Voraussetzung für eine Akzeptanz des Fortbilders durch Ärzte und erfahrenes

Pflegepersonal sind (s. Tab. 2), so vor allem Psychotherapie-Ausbildung und -erfahrung, Erfahrung in der Durchführung von Gruppen, vor allem auch mit Berufsgruppen in der Medizin, sowie Grundkenntnisse und Basiserfahrungen mit Intensivmedizin, mit trauernden Angehörigen, mit Hirntoddiagnostik und Organtransplantation..

Tab. 2: Auswahlkriterien für die Moderatoren im Rahmen des EDHEP-Programms

1. **Basisqualifikationen** betreffen die berufliche Ausbildung, zum einen betrifft Qualifikation, aber auch unter dem Aspekt der Akzeptanz durch die Teilnehmer:
  - **Diplompsychologe/in**, möglichst abgeschlossene Therapieausbildung (VT, Psychoanalyse oder GT), zumindest in Therapieausbildung,
  - **Arzt/Ärztin** und Zusatztitel Psychotherapie bzw. in Therapieausbildung Psychoanalyse, Verhaltenstherapie oder Gesprächspsychotherapie
2. **Erfahrung in der Durchführung von Gruppen**, didaktische Basiserfahrung für Referate, spezielle Erfahrung mit **Gesprächstraining und Rollenspielen**,
3. **Erfahrungen in der Arbeit mit Ärzten und Pflegepersonal**,
4. **Grundkenntnisse/Basiserfahrungen** mit Intensivmedizin und Transplantation, Kenntnis der Grundzüge der Hirntoddiagnostik,
5. **Prinzipiell positive Einstellung gegenüber der Organtransplantation.**

Wünschenswerte/günstige weitere Voraussetzungen:

6. Nähere Erfahrungen mit Intensivmedizin und Transplantation (evtl. Hospitationen), Arbeit mit Transplantierten, persönliche Erfahrung mit Transplantierten, die die Bedeutung von Transplantation für die Empfänger erfahrbar machen,
7. Erfahrung in Gesprächen mit schwer belasteten Angehörigen, .
8. Beschäftigung mit der Thanatopsychologie, speziell Trauerarbeit.

### 3. Untersuchungsmethodik der Programm-Evaluation

Wesentliche Inhalte des Fragebogens waren

- Erfahrungen mit trauernden Angehörigen und mit der Bitte um Organspende,
- Rückmeldung zu organisatorischen Aspekten des Workshops,
- Bewertung der didaktischen Hilfen und einzelnen Teile des Programms,
- Rückmeldung zur Leistung der Moderatoren,
- Zufriedenheit mit Ablauf und Teilen des Workshops,
- eventuelle Veränderungs- und Verbesserungsvorschläge zu Rahmenbedingungen und behandelten Inhalten,
- Einschätzung der vermuteten Wirkungen des Workshops auf die Gesprächsführenden, die Angehörigen, die Organspende und die Kooperation zwischen Ärzten und Pflegekräften in diesem Aufgabenbereich, sowie
- einige soziodemographische und arbeitsbezogene Daten.

Dabei wurden unterschiedliche Fragetypen eingesetzt:

- offene Fragen mit Leerzeilen für freie Antworten (z.B. "Was hat Ihnen am Programm nicht gefallen?").
- Fragen, in denen sich der Teilnehmer für eine Möglichkeit entscheidet (z.B. "Wie lang sollte der Workshop

dauern ?" o halbtags o ganzer Tag o 2 Tage o 3-5 Tage) und

- Rating-Fragen, bei eine Ausprägung auf einer 5-er-Skala erfaßt wird (z.B. "Inwieweit bewirkt der Workshop mehr Wissen über den Trauerprozeß ?" - Rating 'gar nicht' bis 'sehr stark zutreffend').

Datenbasis der hier berichteten Ergebnisse ist die Rückmeldung aus insgesamt 22 EDHEP-Workshops, die 1993 und 1994 durchgeführt worden waren, davon 6 Moderatoren- und 16 Teilnehmer-Workshops.

Gegen Ende eines jeden Workshops wurden Ziele und Bedeutung der anonymen Evaluation im Rahmen des Programms erläutert und die Teilnehmer gebeten, den Evaluationsbogen auszufüllen.

### 4. Evaluationsergebnisse

#### 4.1. Beschreibung der Stichprobe (Workshop-Teilnehmer)

Insgesamt kamen so 184 Evaluations-Bögen beantwortet zurück (Rücklaufquote fast 90%). 46 der Antwortenden waren künftige Moderatoren (25%), 138 reguläre Teilnehmer (75%). Der Fragebogen war von fast 90% unmit-

telbar nach dem Workshop ausgefüllt worden, nur von 20 Teilnehmern einige Wochen später.

Das durchschnittliche Alter der Teilnehmer lag bei 33 Jahren (Bereich von 21 bis 58 Jahren), 54% waren Frauen, 44% Männer (2% ohne Angaben).

Im Mittel verfügten die Teilnehmer über eine Berufserfahrung von 9 Jahren, wobei die Kategorie 8-15 J. am häufigsten vertreten war (31%). 41% waren Ärzte, 34% Schwestern und Pfleger und 18% Psychologen. Der Anteil der Psychologen geht vor allem auf die trainierten (späteren) Moderatoren zurück. Im jetzigen Arbeitsfeld (Chirurgie, Innere, Intensivmedizin,...) arbeiteten die Antwortenden durchschnittlich 5,6 Jahre bei einem weiten Bereich von 0,5 bis 29 Jahren.

Bezüglich bisheriger Erfahrungen hatten 42% der Teilnehmer mehrere Male pro Jahr Kontakte mit Angehörigen akut Verstorbener, fast gleich viele gaben einen noch intensiveren Kontakt mit "mehrere Male pro Monat" an. Die Gruppe mit noch häufigeren Kontakten war wieder deutlich geringer (18%).

Konkrete Erfahrung mit der Frage nach Organspende hatten insgesamt 38%. Der größere Teil (60%) war (noch) nicht mit dieser Aufgabe betraut, oder, was vor allem für die Schwestern und Pfleger zutreffen dürfte, fühlte sich nicht primär mit dieser Aufgabe betraut. Die Aufgabe der

Bitte um Organspende wurde von den meisten als schwierig angesehen, immerhin 61% bezeichneten sie als 'schwierig' bis 'extrem schwierig'.

Im folgenden werden Evaluationsergebnisse zu organisatorischen und inhaltlichen Aspekten des Workshops ausschließlich für die Gesamtgruppe berichtet, bezüglich der Unterschiede zwischen den Berufsgruppen sei auf Muthny et al. (1995) verwiesen.

#### 4.2. Beurteilung organisatorischer Aspekte des Workshops durch die Teilnehmer

Wie aus Tabelle 3 hervorgeht, fanden über 90% die Gruppengröße richtig, den Tag gut organisiert, den Rahmen angemessen, das gemeinsame Training sinnvoll, die Themen angemessen dargestellt und das Programm logisch aufgebaut. Etwas reduzierte Zustimmung fand lediglich die (für manche ungewohnte) Gruppenarbeit (77%). Nur wenige Prozent äußerten sich ausgesprochen kritisch.

Bezüglich der inhaltlichen Bewertungen einzelner Teile wurde vor allem die Verständlichkeit der Inhalte hervorgehoben (97% Zustimmung), sowie die Referate als informativ und die Rollenspiel-Vorgaben als hilfreich beschrieben.

Tab. 3: Beurteilung organisatorischer Aspekte der EDHEP-Workshops (n=184)

vorgegebene Kategorien	Häufigkeit %					
	lehne voll ab 1	lehne ab 2	weder/nach 3	stimme zu 4	stimme voll zu 5	keine Angaben
Tag gut organisiert	0	2	5	41	51	1
Gruppengröße richtig	1	1	4	27	69	0
Gruppenarbeit gut	1	1	16	35	42	5
Programm logisch aufgebaut	0	2	6	46	44	2
Gemeinsames Training gut	0	1	7	25	67	1
Rahmen günstig	0	2	3	39	55	2
Themen gut dargestellt	0	0	5	42	50	2
Referate informativ	0	2	8	52	37	2
Inhalte verständlich	0	1	2	40	58	0
Informationen für Rollenspiele hilfreich	1	3	10	42	42	2



Unter den Workshop-Teilen wurden "Rückmeldungen der Moderatoren", Beobachtungsaufgaben und Video-Drama "Plötzlicher Tod" als am nützlichsten erlebt (s. Tab. 4). Aber auch weitere Teile wurden von 80 und mehr

Prozent der Teilnehmer als hilfreich erlebt: Video-Fallvignetten und Übungen "Gefühle bei Verlust und Trennung". Rollenspiele durch Teilnehmer beurteilten 76% als nützlich.

Tab. 4: Beurteilung der didaktischen Hilfen

(n = 184)

Vorgegebene Kategorien (Wie nützlich/hilfreich?)	Häufigkeit %					
	lehne voll ab 1	lehne ab 2	weder/ noch 3	stimme zu 4	stimme voll zu 5	keine Angab.
- Übung "Gefühle mit Verlust und Trennung"	1	1	12	43	37	7
- Video-Fallbeispiele	2	4	9	48	35	1
- Videodrama "plötzlicher Tod"	2	3	8	45	41	1
- Video-Dokumentation Angehörige	2	2	10	35	27	23
- Rollenspiele generell	2	2	10	35	41	9
- Darstellung trauernder Angehöriger durch Teilnehmer	1	3	11	43	35	8
- Beobachtungsaufgaben	1	1	7	50	37	4
- Rückmeldung des Moderators	0	1	6	39	50	4

### 4.3. Konkrete Vorschläge der Teilnehmer für die künftige Durchführung der Workshops

Insgesamt waren 92% der Befragten mit dem Workshop zufrieden oder gar sehr zufrieden. Trotzdem wurden Verbesserungsvorschläge unterschiedlicher Art gemacht, die sich vor allem auf eine Verlängerung auf 2 Tage richtete (38%). Allerdings sprach sich eine klare Mehrheit für die eintägige Durchführung aus, demgegenüber wünschten nur wenige eine "Straffung" auf 1/2 Tag. Bezüglich der günstigsten Wochentage für die Durchführung des Programms gab es sehr unterschiedliche Präferenzen, allen voran der Samstag, gefolgt von Dienstag, Montag oder Mittwoch. Als mögliche Alternative für die Ausweitung des einmaligen Workshops erscheint der Auffrischkurs, den immerhin 70% für sinnvoll oder gar notwendig fanden.

### 4.4. Erfahrene und antizipierte Wirkungen

Alle Teilnehmer (Ärzte, Schwestern und Psychologen) beurteilten, wie weit der Workshop wirkungsvoll für Ärzte und Pflegepersonal gesehen wird, d.h. jeder beurteilte auch die andere Berufsgruppe. Die Ergebnisse sind in Tabelle 5 dargestellt und zeigen, daß Wirkungen für Ärzte und für Pflegepersonal in ähnlicher Weise hoch eingestuft werden:

jeweils ca. 80% sehen eine starke bis sehr starke Wirkung für beide Berufsgruppen.

Im einzelnen zeigte sich die höchste Zustimmung für den besseren Umgang mit den Angehörigen (78% sahen dies als Folge des EDHEP-Workshops), gefolgt von einem besseren eigenen Gefühl im Gespräch, einer besseren langfristigen Bewältigung dieser Situation, besseren Fähigkeiten der Gesprächsführung und mehr Entscheidungskompetenz, wann die Bitte um Organspende geäußert werden kann (jeweils über 60% Zustimmung).

Mit Bezug auf die erklärten Ziele des EDHEP-Workshops erlebten über 50% in ausgeprägter Art und Weise, daß er mehr Wissen über den Trauerprozeß vermittelt, die eigenen Hemmungen im Gespräch reduziert und die Bitte um Organspende leichter macht. Noch 42% sahen eine ausgeprägte Wirkung in dem Sinne, daß die Angehörigen in der Verarbeitung des Verlustes durch das Gespräch unterstützt werden könnten. Nur 31% sahen in hohem Maße die Erreichung höherer Zustimmungsraten der Angehörigen als Folge des EDHEP-Workshops. 44% fanden außerdem, daß sich die im Workshop erworbenen Fähigkeiten sich auch sehr gut auf andere berufliche Situationen übertragen lassen.

57% der Teilnehmer betonten, daß der Workshop mehr Kooperation zwischen Ärzten und Pflegepersonal bewirke, was vor allem auf die positive Erfahrung der häufig gemischten Gruppen zurückgehen und ein interessanter Nebeneffekt der Seminare sein dürfte.

Tab. 5: Wirkungen der EDHEP-Workshops aus Sicht der Teilnehmer (n=184)

Vorgegebene Kategorien (nur Items mit sign. Diff.)	gar nicht	wenig	Häufigkeit %		sehr stark	keine Angab.
			mittel	stark		
mehr Wissen über Trauerprozeß	0	9	31	41	17	2
besserer Umgang mit Angehörigen	1	2	17	51	27	3
Frage nach Organspende fällt leichter	3	7	36	37	14	4
bessere Fähigkeiten der Gesprächsführung	1	7	29	47	14	3
ein besseres eigenes Gefühl im Gespräch	1	3	23	45	20	9
bessere Verarbeitung des Verlusts bei den Angehörigen	4	13	30	33	9	10
weniger eigene Hemmungen im Gespräch	1	10	26	45	14	4
höhere Zustimmungsraten der Angehörigen	4	11	35	26	5	18
bessere langfristige Bewältigung dieser Situation durch den Gesprächsführenden	1	3	22	44	19	12
mehr Kooperation zwischen Ärzten und Pflegepersonal	1	10	21	37	20	12
mehr Entscheidungssicherheit, wann die Frage gestellt werden kann	2	5	22	46	15	11
bessere eigene Gesprächsführung, auch in anderen beruflichen Situationen	4	8	31	34	10	12

## 5. Diskussion

Das Gespräch mit den Angehörigen plötzlich Verstorbener erscheint gleichzeitig als wichtige ethische Verpflichtung wie auch als Schlüsselsituation im Organspende-Prozeß. Medizinstudium und Routine-Fortbildung für Ärzte und Pflegepersonal genügen weder qualitativ noch quantitativ angesichts der Anforderungen der Aufgabe und der damit verbundenen emotionalen Belastung für die Betreuer (s. Tymstra et al. 1992), wie dies allerdings auch für viele andere Felder und Situationen unseres Gesundheitssystems zutrifft (s. auch Muthny & Stegie 1993, Bermejo & Muthny 1994).

Das EDHEP-Programm erreichte insgesamt eine sehr gute Akzeptanz; über 90% äußerten sich im Gesamturteil "zufrieden", und auch die erfreuliche Verbreitung (bun-

desweit 1994 fast 100 EDHEP-Workshops) sprechen eine deutliche Sprache.

Dies bestätigt einen hohen Leidensdruck und ausgeprägten Bedarf bei Ärzten und Pflegepersonal, spricht aber auch für die Güte des Programms und die lobenswerte Leistung der Moderatoren. Die Rahmenbedingungen waren dabei sicher ebenfalls förderlich (ganztägige Durchführung ungestört außerhalb der Klinik, kleine Gruppen) und wurden von den Teilnehmern ausdrücklich gewürdigt. Auch die einzelnen Elemente des Workshops wurden gut angenommen, sogar die im medizinischen Bereich gewöhnungsbedürftige Arbeitsweise in Rollenspielen, die im übungsintensiven Workshop einen zentralen Stellenwert hat.

Die **Hauptziele** des EDHEP-Workshops in Bezug auf die Teilnehmer können durch die Evaluationsergebnisse als weitgehend erreicht gelten: Die meisten Teilnehmer trauen sich danach einen besseren Umgang mit den Angehörigen zu, sehen ihre Gesprächskompetenz verbessert und sagen,

daß es ihnen leichter fällt, mit den Angehörigen zu sprechen und die Organspende-Frage zu stellen. Auch können die Schwierigkeit der Aufgabe und eigene Probleme damit eher akzeptiert werden. Ob durch den Workshop auch die Zustimmung- bzw. Ablehnungsrate von Angehörigen beeinflußt werden kann, wird etwas zurückhaltender gesehen, aber immerhin 2/3 sehen prinzipiell eine entsprechende Wirkung.

Erfreulicherweise wird dem Workshop von den Teilnehmern auch eine günstige Wirkung im Hinblick auf die Zusammenarbeit von Ärzten und Pflegepersonal attestiert.

Im Vergleich der Berufsgruppen überwiegen die **Gemeinsamkeiten** gegenüber den Unterschieden bei weitem (s. Muthny et al. 1995): Von allen Gruppen gleich (hoch) eingeschätzt wurden: günstige Gruppengröße, logischer Aufbau des Programms, angemessener Rahmen, angemessene Darstellung der Themen, Informationsgehalt der Referate, Verständlichkeit der Inhalte und Nutzen der Rollenspiele, positive Beurteilung der diadaktischen Hilfen und die Gesamtzufriedenheit mit dem Workshop.

Herausragende **berufsgruppenbezogene Unterschiede** ergeben sich für die folgenden Bereiche: Bezüglich der **organisatorischen Aspekte** des Workshops betonen Pflegekräfte am stärksten die gute Organisation und den Nutzen des gemeinsamen Trainings. Die 'gute Gruppenarbeit' konnten die Ärzte offensichtlich besser schätzen als die Psychologen. Bezüglich der Einschätzung der **Wirksamkeit des Workshops für Ärzte** (von allen Teilnehmern eingeschätzt) ergab sich im Berufsgruppenvergleich ein hochsignifikanter Unterschied in dem Sinne, daß Pflegekräfte diese Wirksamkeit für Ärzte deutlich höher einschätzten als Ärzte selbst und auch Psychologen dies taten ( $p < .005$ ).

Pflegekräfte berichteten stärker als andere Berufsgruppen 'mehr Wissen über den Trauerprozeß', bessere Fähigkeiten der Gesprächsführung und mehr Kooperation zwischen Ärzten und Pflegepersonal als wesentliche Wirkungen.

Auch eine Reihe von aufgetretenen **Schwierigkeiten bei den EDHEP-Workshops** sollen kurz angesprochen werden:

- Der Workshop setzt bei den Teilnehmern eine **grundsätzlich positive Einstellung zur Organtransplantation** voraus, die in aller Regel auch bei der überwiegenden Mehrzahl der Teilnehmer klar gegeben war. Da sich aber der Großteil der Teilnehmer aufgrund des Leidensdrucks in der Berufspraxis konkrete Hilfen erwartet, kann der Workshop nur begrenzt auf grundsätzliche Zweifel eingehen, wenn nicht die Bedürfnisse der Mehrheit frustriert werden sollen.
- Der Workshop wurde für **gemischte Gruppen von Ärzten und Pflegepersonal** entwickelt, hat aber mit dem Problem zu kämpfen, daß nur noch 1/3 der Teilnehmer Ärzte sind. Dies liegt zum einen an der größeren Zahl von Pflegekräften, zum Teil aber auch an deren höherer Motivation für psychosoziale Fortbildung. Mögliche Konsequenzen bestehen in der Beeinflussung der Gruppenzusammensetzung im Vorfeld, aber auch im Angebot

zusätzlicher berufsgruppen-homogener Workshops (s. auch Broda & Muthny 1990).

- Oft ist die Vorbildung der Teilnehmer in Gesprächsführung vergleichsweise gering, sodaß es für ein so anspruchsvolles Programm wünschenswert erscheint, in einer vorangehenden Veranstaltung Basiskompetenzen der Gesprächsführung zu vermitteln, incl. Übungsteilen für eher alltägliche klinische Kommunikationssituationen (s. auch Broda und Muthny 1990).
- Einzelne Teilnehmer kamen während der Arbeit sehr intensiv in Kontakt mit eigenen (noch nicht abgeschlossenen) Trauerprozessen. In solchen Situationen bietet das gedrängte Programm nur begrenzt Möglichkeiten, darauf angemessen einzugehen. Hier könnte bereits eine 1 1/2 bis zweitägige Durchführung grundlegend günstigere Bedingungen schaffen, wie dies ja überhaupt für die angemessene Bearbeitung des Themas Tod und Sterben gilt (s. auch Koch & Schmeling 1982).
- Der hohe Prozentsatz, der eine 2-tägige Workshop-Variante wünschte (fast 40%) oder für einen Auffrischkurs plädierte (70%), legt solche Ergänzungsangebote für einen motivierten Teilnehmerkreis zwingend nahe.

Insgesamt zeigen die Evaluationsergebnisse, daß ein ausgeprägter Bedarf medizinpsychologischer Fortbildung in der Intensivmedizin und vor allem im Umfeld der Organspende besteht (s. auch Muthny et al. 1989) und daß dieser zumindest in Teilaufgaben erfolgreich befriedigt werden kann. Andererseits erscheint aber die grundsätzliche Integration des Erwerbs von Basiskompetenzen für den Umgang mit den Angehörigen Verstorbener und andere kritische Kommunikationssituationen in das Studium unabdingbar (und damit in das Curriculum der Medizinischen Psychologie). Die Aufgaben erscheinen schwierig und gleichzeitig ethisch wichtig genug, um nicht nur in freiwilliger Fortbildung lange nach Berufsbeginn behandelt zu werden.

Langfristig zufriedenstellend kann in jedem Fall nur ein Vorgehen sein, das die trauernden Angehörigen würdigt und im Verarbeitungsprozeß unterstützt und gleichzeitig die potentiellen Empfänger nicht aus den Augen verliert, die auf eine Organspende oft vital angewiesen sind, eine gleichermaßen wichtige wie schwierige Aufgabe - Aufgabe für den Arzt und das Gesamtteam, aber auch eine künftige Aufgabe für unsere Gesellschaft.

Hier kommt der Medizinischen Aus- und Weiterbildung die wichtige Aufgabe zu, auf die besonderen Anforderung der Gesprächsführung in kritischen Situationen vorzubereiten, und diese Vorbereitung muß kognitive, affektiv-emotionale und handlungsorientierte Lernziele einschließen. Unter Lerngesichtspunkten spricht alles dafür, daß diese Aufgabe bereits früh im Studium angegangen und im Rahmen eines Gesamtkonzepts auch im klinischen Studium weiterverfolgt werden muß. Diesen wichtigen Bereich den autodidaktischen Bemühungen einzelner Ärzte und sporadischen Fortbildungsbemühungen zu überlassen, wird weder dem professionalen Selbstanspruch der Ärzte gerecht

noch erscheint es der Erwartung der Gesellschaft an Medizin und Arzt angemessen.

## Literatur

- Bernejo, I., Muthny, F.A. (1994): "Burnout" und Bedarf an psychosozialer Fortbildung und Supervision in der Altenpflege. Münster, Lit.
- Broda, M., Muthny, F.A. (1990): Umgang mit chronisch Kranken. Ein Lehr- und Handbuch für die Personalfortbildung. Stuttgart, Thieme.
- Cassem, N.H., Hackett, T.P. (1972): Sources of tension for the ICU nurse. *Am. J. Nurse*, 1426 - 1430.
- Freyberger, H., Bauditz, W., Bessert, I., Doehn, M., Hupe, W., Klosterhalfen, H. (1974): Das ärztliche Gespräch mit Angehörigen zur Erlaubnis der Nierenspende. *Münchener Med. Wochenschrift*, 1974, 116, 1009 - 1012.
- Hannich, H.J. Wedershoven, C.: Die Situation von Angehörigen auf der Intensivstation. *Anästhesie, Intensivmedizin, Notfallmedizin*, 20, 89 - 94.
- Kirste, G., Muthny, F.A., Wilms, H. (1988): Psychological aspects of the approach to donor relatives. *Clinical transplantation*, 2, 67 - 69.
- Klapp, B.F. (1985): Psychosoziale Intensivmedizin. Berlin-Heidelberg, Springer.
- Koch, U., Schmeling, C. (1982): Betreuung von Schwer- und Todkranken. Ausbildungskurs für Ärzte und Krankenpflegepersonal. München: Urban und Schwarzenberg.
- Muthny, F.A., Stegie, R. (1993): Kompetenzerleben und Belastungen von onkologischem Personal. In Muthny, F.A., Haag, G. (Hrsg.): *Onkologie im psychosozialen Kontext*. Heidelberg, Asanger, 287 - 301.
- Muthny, F.A., Buhk, H., Stankoweit, B. (1995): Medizinpsychologische Fortbildung für den Umgang mit den Angehörigen plötzlich Verstorbener - Evaluationsergebnisse von Ärzten, Pflegekräften und Psychologen. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 4, 183 - 191.
- Muthny, F.A., Buhk, H., Bullinger, M. (1996): Zur Situation der medizinpsychologischen Lehre in Deutschland - Ergebnisse der bundesweiten Umfrage unter den medizinpsychologischen Instituten. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* (im Druck).
- Simmons, R.G. (1981): Psychological reactions to giving a kidney. In Levy, N.B. (Ed.). *Psychonephrology I*. New York, London, Plenum.
- Tymstra, T., Heyink, J.W., Pruim, J., Sloof, M.J.H. (1992): Experience of bereaved relatives who granted or refused permission for organ donation. *Family Practice*, 9, 141-144.
- Weisman, A.D. (1976). Coping with untimely death. In R.E. Moos (Ed.), *Human adaptation*. Lexington, Heath, 123 - 146.
- Wight, C. (1992): The European Donor Hospital Education Programme (EDHEP). *UKTSS User's Bulletin*, Issue 4,5.
- Wight, C., Jager, K., Blok, G., Van Dalen, J., Cohen, B. (1994): The European Donor Hospital Education Programme. *EDTNA/ERCA Journal*, 20, 3-4.
- Worden, J.W. (1986): *Beratung und Therapie in Trauerfällen - ein Handbuch*. Bern-Stuttgart: Huber.

## Anschrift des Verfassers

Prof. Dr. Fritz A. Muthny  
Institut für Medizinische Psychologie  
von Esmarchstr. 56

48 129 Münster



