

» Aspekte des Lehrens und Lernens an der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln

D. Kreikenbohm-Romotzky, A. Kanthack, C. Stosch, J. Koebke

Studiendekanat der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln

Zusammenfassung: Die Kölner Universität ist eine der größten und ältesten deutschen Universitäten. Die Medizinische Fakultät der Universität zu Köln wurde bereits 1388 gegründet. Sie hat zur Zeit etwa 3600 Studierende.

Die Medizinische Fakultät hat in den letzten Jahren zahlreiche Aktivitäten unternommen, um das Studium der Humanmedizin zu reformieren. Als organisatorische Rahmenbedingungen für die Studienreform wurde ein Studiendekanat eingeführt, eine Studienkommission eingerichtet und ein Studiendekanat aufgebaut.

Im Mittelpunkt der Reformbemühungen stand die Entwicklung sowie die Umsetzung eines neuen Stundenplanmodells für den II. Klinischen Abschnitt. Neben der Umsetzung von „Kleingruppenunterricht“ im I. und II. Klinischen Abschnitt ist auch die Einführung zahlreicher Blockpraktika hervorzuheben. Außerdem werden u. a. „Wahlpflichtseminare“ angeboten und ein „Externes Stationspraktikum (ESTP)“ bei außeruniversitären Krankenhäusern ermöglicht.

Die Medizinische Fakultät verfügt auch über vom Land Nordrhein-Westfalen geförderte Erstsemester-Tutorien und „Leuchtturmprojekte“. Daneben ist es gelungen, ein systematisches Evaluationsverfahren einzuführen. Die Studierenden waren in die Studienreform maßgeblich einbezogen.

Im Zentrum der gegenwärtigen Studienreformbemühungen steht der Ausbau des „Problemorientierten Lernens (POL)“, wobei jedoch traditionelle Lehrformen einen wichtigen Stellenwert beibehalten.

Aspects of Teaching and Learning at the Faculty of Medicine of the University of Cologne: The University of Cologne is one of the largest and oldest universities in Germany. The Medical Faculty was founded in 1388; about 3600 students are enrolled in the actual curriculum.

There have been several activities at the Medical Faculty in recent years in order to reform the medical curriculum. At first, a Dean for students affairs was elected, then a commission for learning and teaching was inaugurated and finally a dean's office was installed.

One of the main reforming efforts has been the development and the verification of a new curriculum for the second part of clinical studies. Small teaching groups and practically orientated block-elements now occupy a central position. Beside this, about 15 clinical electives are offered for the students' choice. Practical, patient-orientated instructional courses are

given by external hospitals not pertaining to the Medical Faculty of Cologne.

The Medical Faculty installed several tutorials, supported by the Ministry of Science and Research of Nordrhein-Westfalen. Most of the curricular elements are now evaluated regularly. The students have been actively involved in all parts of reforming efforts.

Key words: Curriculum – Reforming efforts

Geschichte und strukturelle Aspekte

Die Entstehung der Kölner Universität geht auf das Jahr 1248 zurück. In diesem Jahr gründeten die Dominikaner, ein Bettelorden, ein Generalstudium zur Ausbildung ihres Nachwuchses in Köln. Die Gründung der Kölner Universität erfolgte 1388. In dieser alten Kölner Universität war bereits eine Medizinische Fakultät vertreten. 1798 wurde die Universität auf Befehl Napoleons geschlossen.

Die neue Kölner Universität wurde 1919 gegründet und begann ihren Lehrbetrieb mit der Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen und der Medizinischen Fakultät. Das Jahr 1919 war auch Ursprung der heutigen Universitätsklinik, die durch die Umwandlung der 1905 ins Leben gerufenen „Städtischen Krankenanstalten der Lindenburg“ entstand.

Gegenwärtig gibt es etwa 60 000 Studierende an der Kölner Universität, so daß sie nicht nur zu den ältesten, sondern auch zu den größten deutschen Universitäten zählt.¹

Die Medizinische Fakultät hat etwa 50 Kliniken und Institute, von denen ein Großteil in Zentren zusammengefaßt ist. Daneben verfügte sie 1996 über eine Soll-Bettenzahl von 1386 Betten, von denen im Jahresdurchschnitt 1367 betrieben wurden. Der Stellenplan 1996 weist ohne Auszubildende, Praktikanten und Schüler 4466 Stellen aus, von denen 769 dem ärztlichen Dienst zugeordnet sind.²

Laut Lehrbericht von 1997 verfügte die Medizinische Fakultät zum 31.12.1996 über etwa 710 besetzte Stellen des wissenschaftlichen Personals, wobei 78,5 dieser Stellen auf nicht-ärztliche Wissenschaftler entfielen.³

Studentendaten

Die Zahl der Studienanfänger belief sich im Jahr 1996/97 auf 329 Studierende der Medizin und auf 53 Studierende der Zahnmedizin, so daß insgesamt 382 Studienanfänger zu verzeichnen waren. Im Zeitraum von 1991/92 bis 1996/97 lag die Zahl der gesamten Studienanfänger zwischen 364 und 392 Studierenden, so daß keine wesentlichen Veränderungen eingetreten sind. Das zahlenmäßige Verhältnis der Studentinnen und Studenten ist weitgehend ausgewogen. Für Planungsaktivitäten wird beim Studium der Humanmedizin von einer Semesterstärke von 160 Studierenden ausgegangen.

Die Gesamtzahl der Studierenden betrug 1996/97 dagegen 3603 Studierende, 1991/92 jedoch 4242 Studierende. Dieser Rückgang ist auf eine Reduzierung der Anzahl der Studierenden im Bereich der Humanmedizin von 3836 auf 3183 in diesem Zeitraum zurückzuführen. Die Kölner Fakultät hat mit 1274 Studierenden im Jahr 1996/97 leider einen großen Anteil von Langzeitstudierenden (14. und höheres Fachsemester), der in den letzten Jahren nicht zuletzt aufgrund der sich verschlechternden ökonomischen Rahmenbedingungen für die Studierenden permanent angewachsen ist. Begrüßenswert ist der große Anteil der ausländischen Studierenden an der Medizinischen Fakultät, deren Zahl sich trotz insgesamt zurückgehender Studentenzahlen im Bereich der Medizin/Zahnmedizin im Zeitraum 1991/92 bis 1996/97 von 288 auf 392 Studierende erhöht hat, so daß ihr Anteil inzwischen mehr als 10% beträgt.

Ausbildungsorganisation

Planung, Koordination und Umsetzung für den Bereich „Lehre und Studienreform“ liegen beim Studiendekan, der Studienkommission und dem Studiendekanat. Für das Praktische Jahr (III. Klinischer Abschnitt) existiert eine eigenständige PJ-Kommission. Diese erst im Zusammenhang mit der Studienreform seit einigen Jahren etablierten strukturellen Rahmenbedingungen für die Ausbildungsorganisation haben sich bewährt, so daß sie als dauerhafte Einrichtungen zur Bewältigung der Zukunftsaufgaben auf dem Gebiet der Lehre unverzichtbar erscheinen.

Der Studiendekan ist Vorsitzender der Studienkommission und leitet das Studiendekanat. Er ist gemäß Fakultätsordnung u. a. für die Studienorganisation, das Lehrangebot gemäß §86 des Universitätsgesetzes (UG) von Nordrhein-Westfalen und die Aufstellung der Stundenpläne sowie für das Praktische Jahr zuständig. Der Studiendekan führt seine Aufgaben im Auftrag des Dekans in Zusammenarbeit mit allen an der Lehre beteiligten Einrichtungen in eigener Zuständigkeit durch. Er wird zu den Sitzungen der engeren Fakultät (Fachbereichsrat), soweit er nicht bereits Mitglied der engeren Fakultät ist, beratend hinzugezogen.

Die Studienkommission ist als ständige Fakultätskommission in der Fakultätsordnung verankert. Sie ist drittelparitätisch besetzt und besteht zur Zeit aus jeweils fünf Mitgliedern der Gruppe der Professoren, der wissenschaftlichen Mitarbeiter und der Studierenden. Die Studienkommission hat daneben derzeit fünf beratende Mitglieder, von denen drei Mitarbeiter des Studiendekanats sind. Der Aufbau des Studiendekanats begann im Januar 1993. Das Ministerium für Wissenschaft

und Forschung (MWF) hat dem Studiendekanat im Rahmen des Aktionsprogramms „Qualität der Lehre“ ab dem 1.10.1993 zusätzlich eine befristete „QDL-Stelle“ für die Studienreform zur Verfügung gestellt.

Studienreform

Im Spannungsfeld zentraler Interessen von Dozenten (Karriereoptimierung), Studierenden (Ausbildungsoptimierung), des Staates (Ressourcenoptimierung) und des Gesundheitskonsumenten (Versorgungsoptimierung) besitzt die „Lehre“ in der Regel einen untergeordneten Stellenwert und wird im Rollenkonflikt des ärztlichen Dienstes zwischen Krankenversorgung, Forschung und Lehre eher zurückgedrängt, wobei dieser Tatbestand nicht den Vorstellungen des Dekanats und Studiendekanats entspricht (Schäfer et al. 1996, S. 327).

Die Medizinische Fakultät der Universität zu Köln hat sich in den letzten Jahren in weiten Teilen, insbesondere auch auf dem Gebiet der Lehre, als engagiert und reformfreudig erwiesen. Sie hat versucht, auf allen Gebieten der Studienqualität – der fachlichen Güte des Lehrangebots (inhaltliche Qualität), dem Aufbau und der Gliederung des Studiengangs (strukturelle Qualität), der Art und Weise der Durchführung von Lehrveranstaltungen (didaktische Qualität) und der Betreuung und Beratung durch Lehrende (tutoriale Qualität) – positive Veränderungsprozesse einzuleiten (Bargel et al. 1994, S. 91 f.)

Gegenstand der in Köln durchgeführten Studienreform, die in den Lehrberichten 1995 und 1997 ausführlicher beschrieben ist, war in erster Linie die Neuorganisation des Klinischen Abschnitts im Bereich der Humanmedizin. Ausgelöst wurden die Studienreform-Bestrebungen einerseits durch die im Rahmen der 7. Novelle der Ärztlichen Approbationsordnung mit ihrer Forderung nach Kleingruppenunterricht veränderten rechtlichen Rahmenbedingungen und auf der anderen Seite durch einen aktiven Kreis von Studierenden, der mit großem Engagement eine inhaltliche und organisatorische Neuorganisation wichtiger Studieninhalte verlangte.

Durchgeführte Ausbildungs-Innovationen

Seit 1991 hat die Medizinische Fakultät gemeinsam mit der Fachschaft Medizin fortlaufend an der Umsetzung der 7. Änderungsverordnung zur Approbationsordnung (ÄAppO) gearbeitet. Fakultät und Fachschaft haben sich dabei von folgenden Überlegungen leiten lassen:

- Die Untersuchungskurse im I. Klinischen Abschnitt sollten verbessert werden.
- In den Unterrichtsveranstaltungen sollte die interdisziplinäre Kooperation der Fächer verstärkt werden.
- Die Unterrichtsangebote sollten durch neue Unterrichtsformen wie problemorientiertes Lernen erweitert und durch neue Möglichkeiten zum Selbststudium (Mediothek/Videothek) ergänzt werden.
- Gute Lehre sollte einen höheren Stellenwert innerhalb des Fakultätslebens bekommen.
- In einer größeren Zahl von Unterrichtsveranstaltungen des II. Klinischen Abschnitts sollten nach den Vorgaben der ÄAppO durch Kleingruppenunterricht eine größere Patienten- und Dozentennähe der Studierenden erreicht und die Praxisanteile erhöht werden.

Im Mittelpunkt der bereits umgesetzten Reformbestrebungen stand die Etablierung einer „Kölner Variante des Münsteraner Modells“ für den II. Klinischen Studienabschnitt. Dabei mußte ein mit den gesetzlichen Normen der 7. Änderungsverordnung zur Änderung der ÄAppO inhaltlich konformes Stundenplanmodell entwickelt werden. Das Stundenplanmodell wurde von den Fakultätsgremien inklusive der Studenten- und Fachschaftsvertreter beschlossen. Daneben wurden im Bereich der Vorklinik, des I. Klinischen Abschnitts sowie des Praktischen Jahres Veränderungen eingeleitet.

Vorklinik

Im vorklinischen Bereich ist die Anpassung an die gesetzlich veränderten Rahmenbedingungen durch die Integration der neuen Pflichtveranstaltungen organisatorisch abgeschlossen.

Ein besonders großer Handlungsbedarf besteht noch bei den für die Medizinstudenten von anderen Fachrichtungen angebotenen Service-Veranstaltungen, die nur unzureichend auf die Bedürfnisse der Humanmedizin abgestimmt zu sein scheinen. Entsprechende Verbesserungsbestrebungen sind bei diesen Veranstaltungen bereits eingeleitet worden.

Seitens der Studienkommission erfolgten im vorklinischen Bereich insbesondere konzeptionelle Aktivitäten bei der Veranstaltung „Einführung in die Klinische Medizin“.

Klinische Abschnitte

In den Klinischen Abschnitten wurde insbesondere eine generelle Einführung des Kleingruppenunterrichts in den Fächern der klinisch-praktischen Medizin angestrebt.

I. Klinischer Abschnitt

Im I. Klinischen Abschnitt wurde aus studentischer Sicht die Neuorganisation des Untersuchungskurses I (UK I) als besonders wesentlich hervorgehoben. In Zusammenarbeit mit den Studierenden konnte eine Neukonzeption dieses Kurses entwickelt werden. Sie beinhaltet neben der Umsetzung des Kleingruppenunterrichts auch eine konkrete Unterrichtsplanung. Dieser Kurs konnte erstmals im Sommersemester 1994, nicht zuletzt aufgrund der großen Kooperationsbereitschaft der beteiligten Fachgebiete, erfolgreich durchgeführt werden. Der Kurs besteht aus einem Kern-U-Kurs und einem Rotations-U-Kurs, an denen zahlreiche Fachgebiete der klinisch-praktischen Medizin beteiligt sind. Daneben ist im Rotations-U-Kurs auch ein Block „Selbststudium Mediothek“ enthalten.

Die angestrebte Konzeption des Untersuchungskurses II (UK II) als Blockpraktikum ist nur ansatzweise gelungen, da die akademischen Lehrkrankenhäuser in der Regel über das Praktische Jahr hinausgehende weitere Lehrverpflichtungen ablehnten, so daß gegenwärtig nur ein Teil der Veranstaltungen als Blockpraktika stattfinden können. Zumindest wurde jedoch für den UK II der Kleingruppenunterricht umgesetzt.

Daneben war es nach Ansicht der Studienkommission für den I. klinischen Abschnitt von Bedeutung, die Psychosomatik-Vorlesung und einen Teil des Psychosomatik-Praktikums bereits in das 1. klinische Semester zu verlagern, damit die in diesem Bereich vermittelten Kenntnisse, insbesondere auch

auf dem Gebiet der Gesprächsführung, in den Veranstaltungen der höheren Semester genutzt werden können.

II. Klinischer Abschnitt

Für den II. Klinischen Abschnitt mußte zur Umsetzung der gesetzlichen Normen und dem in ihnen vorgeschriebenen Kleingruppenunterricht ein vollständig neues Stundenplanmodell entwickelt werden. Mit der stufenweisen Einführung des von der Studienkommission unter Einbeziehung der Vertreter der Studierenden entwickelten Stundenplanmodells für den II. Klinischen Abschnitt wurde ab dem Sommersemester 1995 mit dem 3. klinischen Semester begonnen. Mit dem Ablauf des 6. klinischen Semesters im Wintersemester 1996/97 war die organisatorische Umsetzung des Modells abgeschlossen.

Durch Kurshefte, Kurzinformationen, Klinikleitfäden und Einführungs- bzw. Abschlußveranstaltungen in Kooperation mit der Fachschaft Medizin wurden diverse Aktivitäten eingeleitet und durchgeführt, um zufriedenstellende organisatorische Rahmenbedingungen für die von der Studienreform aktuell betroffenen Studierenden zu gewährleisten.

Zentrales Element der Studienreform war die angestrebte generelle Einführung des Kleingruppenunterrichts in den Fächern der klinisch-praktischen Medizin, wobei insbesondere das Blockpraktika-/Blockseminare-Rotationsmodell im 5. klinischen Semester einen zentralen Stellenwert hat. Daneben sind aber mit den ESTP (Ergänzende Stationspraktika) auch zusätzliche praxisorientierte Bestandteile sowie z. B. mit den Wahlpflichtfächern neue Inhalte und Unterrichtselemente eingeführt worden.

Insgesamt ging die Studienkommission bei ihrem entwickelten Modell von einer „Lehr-Lernspirale“ aus, bei der die Praxisorientierung in den höheren Semestern zunehmend verstärkt werden sollte.

Folgende wesentlich neue Elemente enthält der reformierte Stundenplan für den II. Klinischen Abschnitt:

3. klinisches Semester:

Einführung von „Ergänzenden Stationspraktika (ESTP)“ in nichtakademischen Lehrkrankenhäusern.

Es stehen zur Zeit etwa 160 Plätze zur Verfügung. Durchführung von entsprechenden ESTP-Tutorien. Abhaltung von Wahlpflicht-Seminaren.

4. klinisches Semester:

Einführung eines HNO-/Augenheilkunde-Kleingruppenunterricht-Rotationsmodells.

5. klinisches Semester:

Durchführung eines Blockpraktika-/Blockseminare-Rotationsmodells unter Beteiligung der Fachgebiete Chirurgie, Dermatologie, Gynäkologie/Geburtshilfe, Innere Medizin, Kinderheilkunde, Neurologie und Psychiatrie sowie der Radiologie. Für dieses Gesamtmodell wurde ein umfangreiches Kursheft entwickelt, aus dem die organisatorischen und inhaltlichen Rahmenbedingungen der jeweils ein- oder zweiwöchigen

Blockpraktika/Blockseminare transparent nachzuvollziehen sind.

6. klinisches Semester:

Weitgehende Freihaltung des 6. klinischen Semesters von scheinpflichtigen Veranstaltungen (nur Allgemeinmedizin und Notfallmedizin) zur Erleichterung der Prüfungsvorbereitung.

Das Blockpraktika-/Blockseminare-Rotationsmodell im 5. klinischen Semester wird überwiegend in der Universitätsklinik durchgeführt. In den Fachgebieten Chirurgie, Frauenheilkunde und Innere Medizin konnten auch akademische Lehrkrankenhäuser und außeruniversitäre Krankenhäuser für die Mitarbeit gewonnen werden.

Voraussetzung für die Teilnahme ist der Besuch der Propädeutik-Veranstaltungen im 3. und 4. klinischen Semester sowie der Nachweis der Beteiligung am „ESTP“ und an zwei Wahlpflichtseminaren.

III. Klinischer Abschnitt

Die Medizinische Fakultät kooperiert gegenwärtig mit zwölf Lehrkrankenhäusern, die insgesamt über ein Bettenvolumen von nahezu 6500 Betten verfügen.

Die Fakultät hat sich auch der Ausbildung in ihren akademischen Lehrkrankenhäusern in den letzten Jahren stärker angenommen. Im Einvernehmen mit dem MWF wurden neue Richtlinien für das „Praktische Jahr (PJ)“ geschaffen, die Vertragsgrundlage zwischen den Akademischen Lehrkrankenhäusern der Fakultät und dem Land Nordrhein-Westfalen (NRW) geworden sind. Es konnten verbindliche Lehr- und Leistungspläne für die Ausbildung im III. Klinischen Abschnitt entwickelt werden, die zukünftig auch für die Wahlfächer verwirklicht werden sollen.

Mittlerweile ist durch die PJ-Kommission in Zusammenarbeit mit der Fachschaft und dem Studiendekanat ein Konzept zur Systematisierung der Qualitätssicherung im Praktischen Jahr (interne/externe Evaluation) verabschiedet und in Teilen (studentische Veranstaltungskritik) bereits durchgeführt worden. Die Vertreter der akademischen Lehrkrankenhäuser haben dieses ihnen vorgestellte Konzept ausnahmslos akzeptiert und begrüßt.

Daneben hat die Fakultät auch damit begonnen, die Qualität ihrer eigenen PJ-Ausbildung nachhaltig zu steigern.

Ausbildungsbezogene Besonderheiten

Die Fakultät versucht, die Effizienz des Medizinstudiums in Köln und den Stellenwert der Lehre auch durch öffentlichkeitswirksame Veranstaltungen und Anreizsysteme sowie die Beteiligung an universitätsübergreifenden Kooperationen zu fördern.

In diesem Zusammenhang kann u.a. auf das internationale Kölner Symposium zur „Qualität der Lehre“ im Februar 1995 – das bislang im deutschen Raum größte Symposium dieser Art mit insgesamt 250 Teilnehmern – hingewiesen werden. Hervorzuheben ist auch die intensive Beteiligung der Medi-

zischen Fakultät am 4. Europäischen Kongreß „Qualität der Lehre in der Medizin“ im September 1997 in Bern, an dem die Fakultät mit zahlreichen Vorträgen vertreten war.

Im November 1996 wurde in der Fakultät erstmalig ein von einem privaten Stifter zur Verfügung gestellter Lehrpreis in Höhe von 10 000 DM hälftig an einen Vertreter der Vorklinik und einen Preisträger aus dem klinischen Bereich vergeben. Für die Preisvergabe schlugen die Studierenden dem „Lehrpreisvergabe-Gremium“ (Dekan, Studiendekan, drei Studierende) Kandidatinnen oder Kandidaten vor. Da die Studierenden über die Mehrheit in dem Gremium verfügen, ist ihr Votum für die Preisvergabe letztendlich ausschlaggebend.

Neben dem bereits erwähnten Blockpraktika-/Blockseminar-Rotationsmodell, dem „ESTP“ und den Wahlpflichtseminaren im Klinischen Abschnitt, können in der Vorklinik insbesondere die vom Land NRW geförderten Erstsemester-Tutorien in der Anatomie und Psychosomatik hervorgehoben werden.

Ein besonderer Anreiz der Ausbildungsförderung besteht in der Vorklinik außerdem durch das im Rahmen des QDL-Programms finanzierten Leuchtturmprojekt „Moderne Technik der medizinischen Grundlagenforschung und ihre Anwendung“ (Elective-Programm), bei dem die Teilnahme an leistungsorientierten Kriterien ausgerichtet ist. Neben diesem existieren an der Medizinischen Fakultät noch zwei weitere Leuchtturmprojekte: „Problemorientiertes Lernen in der allgemeinen Pharmakologie“, dessen Elemente auch in Bern präsentiert wurden, und die „Arbeitsgruppe Medizin-Didaktik“.

Diese Leuchtturmprojekte dienen im Sinne der Förderungskriterien neben der Erprobung neuer Lehr- und Lernformen, die das Denken in übergreifenden Zusammenhängen, Eigenständigkeit, Verantwortungsbewußtsein und Selbstreflexion fördern, auch der Entwicklung neuer Lehr- und Lernmedien für das Selbststudium (MWF NRW 1997, S. 120).

Für das Praktikum „Allgemeinmedizin“, das als zweiwöchiges Blockpraktikum bei niedergelassenen Allgemeinmedizinern stattfindet, konnten etwa 180 Ausbildungsplätze geschaffen werden. Das neu in die Studienordnung aufgenommene „ESTP“ wird an Krankenhäusern im Großraum Köln durchgeführt, die bisher nicht in Unterrichtsveranstaltungen einbezogen waren.

Die Medizinische Fakultät beteiligt sich auch im umfangreichen Ausmaß am europäischen Austauschprogramm „Socrates“ und unterhält darüber hinaus zahlreiche Beziehungen zu anderen Fakultäten im In- und Ausland. Das Curriculum der Medizinischen Fakultät wurde dem „ECTS“ (European Community Course Credit Transfer System), einem System zur Anrechenbarkeit von Lehrveranstaltungen im Heimatland, angeglichen. Damit wurde eine wesentliche Voraussetzung für die praktische Durchführung des Socrates-Austauschprogramms geschaffen.

Hervorzuheben ist auch die in Kooperation mit der WiSo-Fakultät erfolgte Einführung des Studiengangs „Gesundheitsökonomie“. Als weitere ausbildungsrelevante Besonderheit ist erwähnenswert, daß der Fakultät seitens des MWF eine dem Studiendekanat zugeordnete „QDL-Stelle“ bewilligt wurde.

Die Kölner Medizinische Fakultät verfügt u.a. über eine für Selbststudiumzwecke aufgebaute Mediothek/Videothek sowie über ein kleines „Lehrzentrum“.

Die zahlreichen Studienreform-Bemühungen der Medizinischen Fakultät haben sich leider noch nicht positiv auf die Studiendauer ausgewirkt.

Bei der permanent angestiegenen Studiendauer der Studierenden spielen neben den hohen Lebenshaltungskosten in Großstädten und dem damit verbundenen erhöhten Zwang zur Erwerbstätigkeit auch sonstige Verschlechterungen der sozioökonomischen Rahmenbedingungen, z.B. abnehmende Unterstützungsmöglichkeiten der Eltern und eine restriktive Bafög-Politik, eine Rolle. Daneben besteht in Großstädten auch ein erhöhtes Freizeitangebot.

Die Studiendauer von Medizinstudenten, die insgesamt als sehr motiviert gelten, zeichnet sich jedoch grundsätzlich durch eine geringe Varianz der Studiendauer aus, so daß der Großteil der Medizinstudenten ihr Studium zwischen dem 12. und 14. Semester abschließt (Minks et al. 1994, S. 12 f.).

Trotz der teilweise relativierbaren Studiendauerdaten besteht in Köln insbesondere auch auf diesem Feld noch Handlungsbedarf, wobei im vorklinischen Bereich bereits Maßnahmen erfolgten.

Aktuelle Reformbestrebungen

Auf der organisatorischen Ebene wurde die umfangreiche Reform des II. Klinischen Abschnitts inzwischen abgeschlossen. Für die Zukunft gilt es, Weiterentwicklungen auf der inhaltlichen, qualitativen Ebene umzusetzen und neue gesetzliche Rahmenbedingungen, die im Zusammenhang mit der 8. Novelle zur ÄAppO eintreten, in das Studium einzubauen.

Über die zum gegenwärtigen Zeitpunkt beschlossenen und umgesetzten Reformansätze des Medizinstudiums hinaus befinden sich die folgenden vier Projekte in Planung:

1. Anpassung des bisherigen Studienreformkonzeptes für den vorklinischen und klinischen Studienabschnitt über Qualitätssicherungsmaßnahmen an die aktuelle Akzeptanz bei Studierenden und Lehrenden. Auf die Umsetzbarkeit einzelner Elemente sowie auf die Leistungsfähigkeit einzelner Studienreformbausteine soll besonders geachtet werden. Schon jetzt sind in diesem Rahmen folgende Aktivitäten vorgesehen:

Ausbau der Verzahnung des vorklinischen Unterrichts mit der Klinischen Medizin und der Theoretischen Medizin: Einbeziehung der Biochemie in die Vorlesung „Anatomie und Physiologie des Nervensystems, der Muskulatur und der Sinnesorgane“ sowie die Vernetzung der „Eingeweide-Anatomie“ und der Anatomie des Bewegungsapparates mit der Physiologie und Biochemie unter Einbeziehung relevanter klinischer und klinisch-theoretischer Fächer.

Ersatz der geplanten „ESTPs“ im 4. klinischen Semester durch andere Veranstaltungen (Wahlpflichtseminare, Fächerübergreifendes POL-Tutorium), da u.a. die Durchführung von ESTPs über zwei Semester (3. und 4. klinische Semester) von den sich beteiligenden extrauniversitären Kliniken nicht gewährleistet werden kann.

2. Fortschreibung des Studienreformkonzeptes:
Ausbau der Unterrichtselemente mit Bezug zur 8. Novelle der ÄAppO

Integration weiterer Fächer in das bestehende Blockpraktika-/Blockseminar-Rotationsmodell

Studienbegleitende Tutorien zum ESTP als POL-Tutorium. Integration eines Themenblocks „Gesundheitsökonomie“ in das ESTP (eintägiger Besuch in der Verwaltung des peripheren Krankenhauses) in Kombination mit entsprechenden POL-Fällen im ESTP-begleitenden Tutorium

Fächerübergreifende Kinderheilkunde-Vorlesung unter Integration von Pädiatrie, Kinderchirurgie, Urologie, Kinderpsychiatrie u.a.

Aufbau eines „Studienführers“ der Medizinischen Fakultät (neben dem bestehenden Erstsemester-Info und dem Fachschaft-Klinikleitfaden), in dem die Programme (mit Zieldefinition, Leistungsanforderungen, Vorleistungen etc.), Termine, Orte u.ä. für die einzelnen Veranstaltungen zusammengefaßt werden.

3. Ausbau des Problemorientierten Lernens an der Medizinischen Fakultät durch die Interdisziplinäre AG Problemorientiertes Lernen – IAG-POL – (Institut für Pharmakologie, AG-Medizindidaktik der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Studiendekanat der Medizinischen Fakultät, Zentrum Anatomie, Zentrum Innere Medizin, Zentrum Physiologie) in Zusammenarbeit mit weiteren Instituten und Kliniken.

Das Problemorientierte Lernen (POL) wurde als neue Lern- und Lehrform seit 1991 vom Institut für Psychosomatik und Psychotherapie innerhalb des Kurses der Klinischen Psychologie im ersten vorklinischen Semester eingeführt. Seit dem Sommersemester 1996 findet zum Kurs der Allgemeinen Pharmakologie ein vom MWF des Landes NRW gefördertes POL-Projekt statt. Bei entsprechend guten Erfahrungen mit dem POL-Konzept ist hier langfristig eine Synthese aus POL und akzentuierten Frontalveranstaltungen auch für die spezielle Pharmakologie geplant. Die von der Fakultät bereits im WS 1993/94 beschlossenen problemorientierten Tutoriumsgruppen zu den Externen Stationspraktika (ESTPs) im 3. klinischen Semester werden seit dem SoSe 1996 mit Unterstützung von 22 Tutorinnen/Tutoren aus 13 klinischen Fächern durchgeführt.

Darüber hinaus sind hinsichtlich der erhöhten Akzeptanz der POL-Aktivitäten innerhalb und außerhalb der Fakultät die erfolgreichen POL-Veranstaltungen in der Anatomie zu erwähnen.

Zur Erhöhung der Akzeptanz von POL trug auch ein von der „Interdisziplinären Arbeitsgruppe POL“ veröffentlichtes Positionspapier bei. Darin sind die zur Zeit in der Medizinischen Fakultät existenten oder die geplanten POL-Projekte, zusammen mit den für die Umsetzung benötigten Ressourcen, dargestellt. POL soll nach weiterer freier Erprobung in verschiedenen Ebenen des Kölner Lehrmodells mit diesem abgestimmt und formal verbunden werden, wobei jedoch traditionelle Lehrformen einen wichtigen Stellenwert beibehalten.

4. Das Konzept verbindlicher Lehr- und Leistungspläne im III. Klinischen Abschnitt soll auch für die Wahlfächer verwirklicht werden. Als Muster können dabei entsprechende Vorgaben

für die Fächer Innere Medizin und Chirurgie dienen. Entsprechende Vorlagen sollen von den Fachvertretern in Kooperation mit der Studentenvertretung erarbeitet werden.

Inwieweit sich diese Aktivitäten unter den gegebenen persönlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen zufriedenstellend umsetzen lassen, wird die Zukunft zeigen.

Aktivitäten der Studierenden

Die Studienreformbemühungen der Studierenden begannen im informellen Rahmen u. a. durch die „Dekangespräche“ mit der Fachschaft Medizin und wurden später in der drittelparitätlich besetzten Studienkommission sowie mit studentischen Hilfskräften im Studiendekanat institutionalisiert. Neben dieser Einbindung der Studentenschaft gab es eine Vielzahl von Einzelprojekten, die als dezentrale Studienreformbemühungen zwischen der Fachschaft Medizin und einzelnen Kliniken bzw. Instituten entstanden und verwirklicht worden sind.

Seit 1991 hat die Medizinische Fakultät gemeinsam mit der Fachschaft Medizin fortlaufend an der Umsetzung der 7. Änderungsverordnung zur Approbationsordnung (ÄAppO) gearbeitet. Das Stundenplanmodell für den II. Klinischen Abschnitt wurde von den Studentenvertretern in der Studienkommission maßgeblich mit entwickelt. Als derzeitige studentische Aktivitäten sind neben der Mitarbeit in der Studienkommission insbesondere die Erstellung des Klinikleitfadens und die Durchführung des Evaluationsverfahrens für die Lehrpreisvergabe zu nennen. Auch bei dem entwickelten Kölner Evaluationsverfahren „KEIL“ waren studentische Hilfskräfte erheblich beteiligt.

Evaluation

Evaluationen existieren an der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln seit 1991. Zunächst durch die Fachschaft Medizin durchgeführt, anschließend dann von den Mitarbeitern im Studiendekanat übernommen und weiterentwickelt, nehmen diese Datenerhebungen in der Beurteilung der Lehraktivitäten seitdem einen immer größeren Raum ein.

Neben diesen zentral durchgeführten Evaluationen existieren inzwischen zahlreiche dezentrale, von den einzelnen Instituten und Kliniken durchgeführte Erhebungen zur Qualität der eigenen Lehrveranstaltungen.

Das auf diesem Hintergrund entwickelte „Kölner Evaluationsinventar für Lehrveranstaltungen (KEIL)“ wurde auf dem 4. Europäischen Kongreß „Qualität der Lehre in der Medizin“ im September 1997 in Bern vorgestellt. Die Ergebnisse des ersten Durchlaufs (SoSe 1997) sind dem Lehrbericht 1997 als Anhang beigefügt.

In der neugegründeten Arbeitsgemeinschaft der Studiendekane der Medizinischen Fakultäten in Deutschland hat die Kölner Fakultät zur Zeit die Leitung der AG-Evaluationen übernommen.

Evaluationsmethoden beschränken sich jedoch nicht nur in Köln auf empirische Datenerhebungen und Datenanalysen, sondern beinhalten auch andere Kommunikationsprozesse

wie persönliche Gespräche und die Einführung eines „Kummerkastens“. Sie können daneben durch Anreizsysteme (z. B. Lehrpreis, Lehrpromotion, Lehrhabilitation) und didaktische Hilfsmittel (z. B. Studienführer, Kurshefte) begleitet werden. Auch auf diesem Gebiet gilt es, trotz der bereits eingeleiteten Maßnahmen, weitere Fortschritte zu erzielen.

Die seit dem Lehrbericht 1995 erfolgten Evaluationen haben im wesentlichen den im Rahmen der Studienreform eingeschlagenen Weg bestätigt, wobei für die Studienreform die damals bereits aufgeführten Schwerpunktprobleme – Verstärkung der Praxisanteile, Ausbau des Kleingruppenunterrichts und Einführung interaktiver sowie fächerübergreifender Lehrformen – als Orientierungsrahmen dienten und noch immer von zentraler Bedeutung sind.

Zukunftsperspektiven

Mit der erfolgten Anpassung der Lehrorganisation an die 7. Novelle der ÄAppO fühlt sich die Fakultät auch für die geplante 8. Novelle zur ÄAppO gerüstet, da die zu erwartenden inhaltlichen und organisatorischen Änderungen in das bestehende Kölner Konzept verhältnismäßig problemlos integriert werden können.

Es darf jedoch nicht vergessen werden, daß es nicht genügt, den gesetzlichen Vorgaben, die nur die Rahmenbedingungen festlegen, Rechnung zu tragen. Weiterhin gilt es, nach adäquaten Lehr- und Lernformen Ausschau zu halten. Erfolgreiches Lernen hat aber immer auch mit Eigenarbeit des Lernenden zu tun (Kromrey 1993, S. 42).

In Nordrhein-Westfalen wurden durch das Aktionsprogramm „Qualität der Lehre“ zahlreiche Impulse für die Studienreform ausgelöst, von denen auch die Medizinische Fakultät der Universität zu Köln, nicht zuletzt durch die Finanzierung einer „QDL-Stelle“ und der Förderung von Leuchtturmprojekten, profitiert hat.

Die Akzeptanz eines Qualifizierungsbedarfs in der Lehre und die Einsicht für die Notwendigkeit von Qualitätssicherungsmaßnahmen durch systematische Evaluationen scheint auch an den NRW-Hochschulen in den letzten Jahren gewachsen zu sein, wobei die Entwicklung in Richtung einer verstärkten outputorientierten Mittelvergabe diese Tendenzen zukünftig noch verstärken kann (Carstensen 1997, S. 36f.).

Anmerkungen

¹ Vgl. Studienführer 1996/97 der Universität zu Köln, S. 27–32 und Universitätskliniken Köln – Leitfaden durch die Medizinischen Einrichtungen, Köln 1996, S. 16–19

² Vgl. Geschäfts- und Jahresbericht 1996 der Medizinischen Einrichtungen der Universität zu Köln

³ Dieser Beitrag stellt in den folgenden Inhalten eine Kurzfassung wesentlicher Bestandteile des von den Autoren verfaßten Lehrberichtes 1997 dar, der im Januar 1998 fertiggestellt wurde.

Literatur

¹ Bargel, T., M. Ramm: Das Studium der Medizin. Bonn (1994)

² Carstensen, D.: Wirksamkeit der internen und externen Evaluation von Lehre und Studium. HIS-Kurzinformationen (September 1997)

- ³ Geschäfts- und Jahresbericht 1996 der Medizinischen Einrichtungen der Universität zu Köln
- ⁴ Kromrey, H.: Studentische Vorlesungskritik. Soziologie 1 (1993)
- ⁵ Minks, K.-H., G. W. Bathke (Hrsg.): Absolventenreport Medizin. Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft Bonn (9/1994)
- ⁶ MWF NRW (Hrsg.): Reformen und Ressourcen, Zwischenbilanz und Perspektiven des Aktionsprogramms „Qualität der Lehre“. Schriftenreihe zur Studienreform, Bd. 1. Düsseldorf (1997)
- ⁷ Schäfer, N., J. Koebke, D. Kreikenbohm-Romotzky, C. Stosch: Evaluation des Vorklinischen Studienabschnitts an der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln – Oktober 1994. In: Koebke, J., E. Neugebauer, R. Lefering (Hrsg.): Die Qualität der Lehre in der Medizin. Urban & Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore (1996)
- ⁸ Studienführer 1996/97 der Universität zu Köln
- ⁹ Universitätskliniken Köln – Leitfaden durch die Medizinischen Einrichtungen, Köln (1996)

Dr. D. Kreikenbohm-Romotzky

Med. Fakultät der Univ. zu Köln
50924 Köln

BUCHBESPRECHUNG

Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. **Evidenz-basierte Medizin**. Bearbeitung der deutschen Ausgabe: Kunz R, Fritsche L. 1999. (Zuckschwerdt Verlag, München, Bern, Wien, New York.)

Der Untertitel des 200 Seiten starken Taschenbuches lautet „Evidenz-basierte Medizin – Umsetzung und Vermittlung“. Damit ist das Programm bzw. Ziel des Buches beschrieben, das eine deutsche Adaptation der englischen Originalausgabe von 1996 darstellt. Einleitend wird die Notwendigkeit Evidenz-basierter Medizin besprochen. Die folgenden Kapitel behandeln, wie man beantwortbare klinische Fragen stellt, wie man nach der besten Evidenz sucht und sie kritisch bewertet, inwieweit die aufgefundene Evidenz auf den einzelnen Patienten anwendbar ist, und schließlich die Selbstbewertung des Mediziners, der sich der Evidenz-basierten Methode bedient. Dabei werden auch didaktische Elemente erörtert. Im Anhang finden sich wertvolle ergänzende Angaben zur Cochrane-Collaboration, zur Leitlinienentwicklung, zur Evidenz-basierten Medizin in Deutschland sowie wichtige Adressen und Informationsquellen.

Bei Evidenz-basierter Medizin geht es darum, auf dem neuesten Kenntnisstand zu bleiben und klinisches Lernen zu pflegen. In den einzelnen Kapiteln wird das Evidenz-basierte Vorgehen bei der Diagnosestellung, bei der Erstellung einer Prognose, bei der Therapiewahl, bei der Abschätzung von Nebenwirkungen und der Gewährleistung einer qualitativ besten Versorgung dargestellt. Diese Teile sind am Rand jeweils markiert, so daß man sich im Buch leicht zurechtfindet. Hervorzuheben ist, daß jedem Kapitel ein eigener Anhang für Lehren und Lernen von Evidence-based Medicine angefügt ist. Zielgruppe dieses Buches sind alle Kliniker und alle an Evidenz-basierter Medizin Interessierte. Da dieses Buch aber ein neues Paradigma beschreibt, ist der Rezensent der Auffassung, daß dieses Buch alle in der Gesundheitsversorgung und in medizinischen Berufen Tätigen sowie in Forschung und Lehre der Medizin Tätigen betrifft.

Das Buch gibt einen aktuellen Überblick über den gegenwärtigen Stand der Evidenz-basierten Medizin, es ist klar und übersichtlich gegliedert, wesentliche Punkte sind in Tabellen und Abbildungen zusammenfassend dargestellt, so daß es insgesamt sehr leserfreundlich ausgestattet ist. Es ist leicht zu lesen, auch in den schwierigeren mathematischen Teilen. Lediglich die Übersetzung holpert manchmal. Selbst das Geleitwort und Vorwort sind lesenswert, was nicht häufig vorkommt. Im Geleitwort wird die unterschiedliche Bedeutung von Evidenz im Deutschen und Englischen dargelegt: Aufgrund ihrer Kulturgeschichte haben die Angloamerikaner einen empirischen Zugang zu diesem Begriff, der mit „gültig aufgrund erhobener Fakten oder Umstände“ zu übersetzen wäre, während der Begriff im Deutschen „Augenscheinlichkeit, unmittelbare Einsichtigkeit, offensichtliche Gewißheit“ bedeutet. Im englischen Vorwort wird in lockerer und humorvoller Weise dargestellt, wie es zur Evidenz-basierten Medizin kam, und vor allem fehlen die entsprechenden Danksagungen nicht.

In zusammenfassender Wertung ist zu sagen, daß dieses Buch fallorientiert, anschaulich und überaus nützlich ist, daß es in seinem Aufbau klar, leserfreundlich und nicht zu umfänglich sowie vom Verlag hervorragend ausgestattet ist. Insofern kann dieses Buch uneingeschränkt zur Lektüre und Weiterbildung in diesem wichtigen und zukunftssträchtigen Gebiet empfohlen werden.

F. Eitel