

## » Das „Geheime Curriculum“ der Studierenden

Quantitative Untersuchung zur Einschätzung der Wichtigkeit der unterschiedlichen Fächer im Medizinstudium unter besonderer Berücksichtigung der Arzt-Patient-Kommunikation

**Zusammenfassung: Ziel der Studie:** Ausgehend von der Hypothese, dass nicht alle Fächer des Medizinstudiums den gleichen Stellenwert bei den Studierenden besitzen, soll diese Arbeit zur Veranschaulichung des sogenannten „Geheimen Curriculums“ der Studierenden – also der relativen Wertigkeit der Fächer (in den Augen der Studierenden) gegeneinander – beitragen. **Methodik:** Die im Rahmen der Studienabschnittsevaluationen (im SoSe 97 und im WiSe 97/98 mittels eines standardisierten Fragebogens mit 5-Punkte-Lickert-Skalen) an der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln gewonnenen Daten wurden retrospektiv im Hinblick auf die Einschätzung der Wichtigkeit der Unterrichtsfächer des Pflichtcurriculums eines jeden Studienabschnitts ausgewertet. **Ergebnisse:** Es lässt sich, gemessen an o. g. Parameter, eine interne Rangfolge der Studienfächer eines Studienabschnitts in den Augen der Studierenden erstellen, welche den so genannten „Kernfächern“ der Medizin eine höhere Wertigkeit beimisst als anderen. Die Psychosomatik im klinischen Abschnitt erfährt gegenüber der Medizinspsychologie der Vorklinik eine deutliche Abwertung. **Schlussfolgerung:** Die Ergebnisse legen nahe, dass die Bemühungen um eine Reduktion und Umverteilung der Studieninhalte mittelfristig zu einer der wichtigsten Aufgaben Medizinischer Fakultäten werden, weil sie sowohl theoretischen Überlegungen nachfolgen, als auch spezifische inhaltliche Defizite auffangen und – zumindest partiell – versprechen, die Schwächen hinsichtlich der im gegenwärtigen Medizinstudium erworbenen Fähigkeiten und Einstellungen der Studierenden zu korrigieren.

**The „Secret Curriculum“ of Students – Quantitative Study to Assess the Importance of Various Teaching Subjects in Medical Study, with Particular Reference to Doctor-Patient-Communication: Aim of the study:** Starting with the hypothesis that not all subjects of the medical curriculum are equally valued by medical students, this paper tries to illustrate the so-called „secret curriculum“ of the students, i.e. the relative value ascribed to subjects. **Methods:** Data obtained by means of a standardised questionnaire with five-point-Lickert scales during the study phase evaluation in the summer term of 1997 and the winter term of 1997/98 at the Medical Faculty of the University of Cologne were analysed retrospectively with regard to how stu-

C. Stosch<sup>1</sup>, R. Schwan<sup>2</sup>, W. Antepohl<sup>3</sup>, J. Koebke<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Studiendekanat der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln, Deutschland (Leiter: Studiendekan Univ.-Prof. Dr. rer. nat. J. Koebke)

<sup>2</sup> Centre Medico Psychologique C. H. U. de Clermont-Ferrand, France

<sup>3</sup> Department of Rehabilitation Medicine, Linköping, Sweden

dents rated the importance of compulsory subjects in every study phase. **Results:** An internal ranking scale among medical students could be determined showing that so-called core subjects are assigned a higher degree of importance than other subjects. For example, Psychosomatic medicine in the clinical phase of the curriculum is considered to be relatively less important compared to medical psychology in the preclinical phase. **Conclusions:** These results indicate that attempts to reduce and redistribute curricular content will be among the most important tasks of medical faculties in the future. These attempts must, in part, follow theoretical considerations. Yet they must also cover specific deficits and – at least partially – compensate for the weaknesses regarding skills and attitudes that medical students acquire in today's curricula.

**Key words:** Medical Education – Communication – Curriculum – Licensing

### Einleitung und Fragestellung

Die für die Inhalte des Medizinstudiums maßgebliche Approbationsordnung (AO) ist neu „gestrickt“ worden. Das ist nicht weltbewegend, immerhin ist die momentan gültige Fassung nun schon der 8. Anlauf zu einer konsensfähigen, gemeinsamen Ausbildungsrichtlinie. Jedoch hat der kräftezehrende, überwiegend wohl politisch motivierte Richtungsstreit schon innerhalb der Debatte zur 7. Novelle der AO, trotz des zu zwei Drittel abgeschlossenen Aufbaus tragfähiger Organisationsstrukturen (Stosch et al. 1997), reformatorische Signale aus den Medizinischen Fakultäten – ob der Länge des Verfahrens – eher unter sich begraben denn gefördert. Dabei gab es unterschiedliche Auffassungen bezüglich der Wichtigkeit von einzelnen Fächern innerhalb des Gesamtcurriculums. Vertreter des weitergehenden, 1993 veröffentlichten Referentenentwurfs zur Neuordnung des Medizinstudiums (Grupp 1993) plädierten für eine unterschiedliche Gewichtung fachlicher Entitäten mit Ausbildung so genannter Kernfächer, was langfristig zu einer drastischen Reduzierung einzelfachlicher Unterrichtsinhalte als Grundlage für die medizinische Ausbildung führen konnte. Dem entgegen wurde von anderer Seite auf die Unverzichtbarkeit aller Teildisziplinen hingewiesen (Lehnert 1996). Eher Meinungen und Einstellungen beherrschten dabei die Diskussion; Daten hierzu existieren trotz der

vielfältigen Bemühungen um die Studienreform in Deutschland kaum.

Unsere zu prüfende Hypothese lautet, dass sich eine Auseinandersetzung über eine interne Wertung der Fächer erübrigt, da diese schon in der Vergangenheit entschieden, wenngleich auch nicht expliziert worden ist. Gradmesser stellt dabei das von den Studierenden im Studium erworbene „Geheime Curriculum“, ausgedrückt in einer Rangfolge der Wichtigkeit der Fächer, dar. Dabei wird die Diskussion der Fächer „Medizinische Psychologie“ und „Psychosomatik und Psychotherapie“ (als Fächer mit explizit kommunikativem „Charakter“) eingehender erfolgen, da sie exemplarisch den Umgang mit defizitären Ausbildungsinhalten erhellen kann.

## Material und Methoden

Retrospektiv wurden die erhobenen Datensätze des Sommersemesters 1997 und des Wintersemesters 1997/98 aus der regelmäßigen, formativen, standardisierten Studienabschnittsevaluation (Elfgen et al. 1997) an der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln im Hinblick auf die relative Wertigkeit der einzelnen Fächer eines Studienabschnitts untereinander (gemessen an dem Item: „Ich empfinde das Fachgebiet im Rahmen meiner Ausbildung als wichtig“) ausgewertet. Dieses Item wird standardisiert zu jedem Fachgebiet erfasst und mittels einer 5-Punkte-Lickert-Skala, mit den Nennungen „1 = trifft überhaupt nicht zu“ bis „5 = trifft voll und ganz zu“ beantwortet. Für das Item „Ich bin an diesem Fachgebiet interessiert“ gilt dasselbe.

Erfasst werden mit den Studienabschnittsevaluationen alle Pflichtfächer nach der 7. Novelle der Approbationsordnung (abgestimmt auf den Studienablauf in Köln) mit Ausnahme des Faches „Erste Hilfe“ im ersten klinischen Studienabschnitt, welches bei der Befragung versehentlich außer acht gelassen wurde.

Befragt wurden die Studierenden jeweils am Ende des betreffenden Studienabschnitts (also im vierten vorklinischen sowie im zweiten und sechsten klinischen Semester) zum Zeitpunkt der Scheinausgabe in den Fächern Biochemie sowie Untersuchungskurs II und Allgemeinmedizin. Durch das mit der Un-

tersuchung abgedeckte Zeitfenster sind nur Studierende erfasst, bei welchen der Test für Medizinische Studiengänge (TMS) als Eingangsvoraussetzung gültig war (Gruppenhomogenität).

Eine Bindung an die Scheinausgabe bestand in sofern, als die Studierenden die Evaluationsbogen – ausgefüllt oder nicht – bei der Scheinvergabe abgeben sollten. Durchgeführt wurden die Evaluationen vom Studiendekanat der Medizinischen Fakultät.

Die Erstellung der maschinenlesbaren Bogen erfolgt mittels des Programms OMR-Manager (Fa. Soft Concept), das Einlesen mit dem Lesegerät axm 985 (Fa. AXIOME) über das Programm ScanIn (Fa. ProFound, Köln) und die Auswertung mit SPSS 6.1.3 (Fa. SPSS Inc.). Die grafische Darstellung wurde mit Excel 97 (Fa. Microsoft) erstellt.

## Ergebnisse

Mit einem Rücklauf von zumeist über 70% im Verhältnis zur durchschnittlichen Semesterstärke (einzige Ausnahme Vorklinik-Evaluation im Sommersemester 1997: 40%) scheint trotz eines gewissen Selektionsfehlers zugunsten der Leistungsbeseren, kürzer Studierenden (Koebke et al. 1997) hiermit ein repräsentatives Abbild des Semesterdurchschnitts – verglichen mit den Angaben des IMPP zu den jeweiligen Staatsexamina – der Kölner Studierenden möglich. Die relative Wichtigkeit von Einzelfächern innerhalb des Studienplans nach Einschätzung der Studierenden sind den Abb. 1–3 zu entnehmen und zeigen den jeweiligen Mittelwert (und die einfache Standardabweichung) der Einzelfächer. Den Bezugsrahmen bilden die jeweiligen Fächer des Studienabschnitts. Die Anzahl der einbezogenen, gültigen Antworten [n] ist in eckige Klammern hinter die Einzelfächer gesetzt.

Tab. 1 zeigt die unterschiedliche Gewichtung ausgewählter Studienfächer des zweiten klinischen Abschnitts (wie sie aus Abb. 3 hervorgehen), welche einzig als fachliche Entitäten mit „Scheinplicht“ dieses Studienabschnitts nach der 1993 veröffentlichten Version zur Änderung der AO (Grupp 1993) weiter bestanden hätten. Mit Ausnahme der Psychosomatik und Psychotherapie sind alle genannten Fächer in der Bewertung der

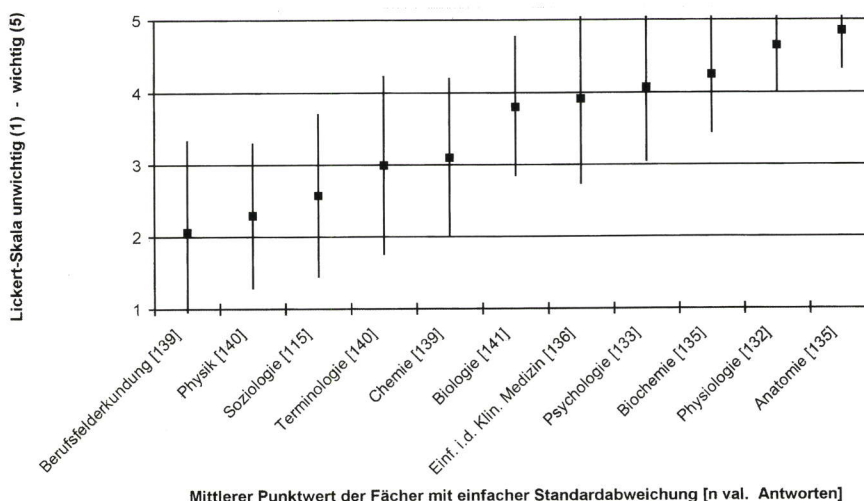
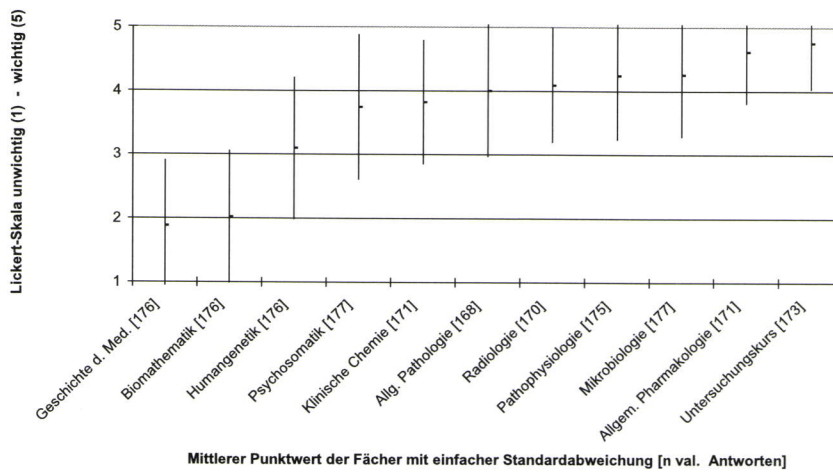
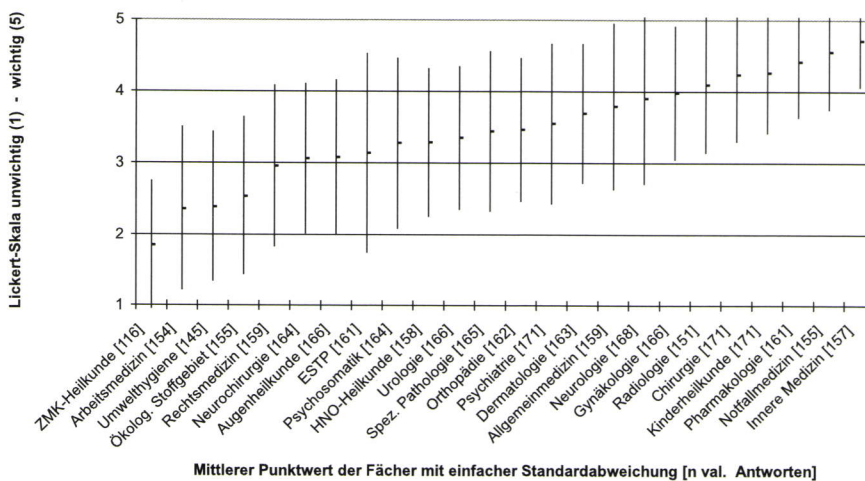


Abb. 1 Einschätzung der Wichtigkeit von Pflichtveranstaltungen des vorklinischen Studienabschnittes.



**Abb. 2** Einschätzung der Wichtigkeit von Pflichtveranstaltungen des 1. klinischen Abschnittes.



**Abb. 3** Einschätzung der Wichtigkeit von Pflichtveranstaltungen des 2. klinischen Studienabschnittes.

**Tab. 1** Explizit genannte Fachentitäten für die Ausbildung der Studierenden im zweiten Studienabschnitt nach dem 93er Vorschlag zur Novellierung der AO (Grupp 1993, S. 70).

Referentenentwurf 1993	Veranstaltung	Wichtigkeitsranking durch Studierende in Köln (Abb. 3)
je ein Nachweis aus folgenden Bereichen:	klinische Pharmakologie	3
	Psychosomatik und Psychotherapie	16
Leistungsnachweis aus folgenden Blockpraktika	Innere Medizin	1
	Chirurgie	5
	Kinderheilkunde	4
	Frauenheilkunde	7
	Nervenheilkunde	8

**Tab. 2** Relative Rangfolge der genannten Fächer mit hohem Anteil an Theorie und Praxis zur Arzt-Patient-Kommunikation, bezogen auf zehn Fächer insgesamt (1 = hoher Rang innerhalb des jeweiligen Studienabschnitts).

Veranstaltung	Interesse der Studierenden am Fachgebiet	Wichtigkeit des Fachgebietes im Studium
Vorklinik: Med. Psychologie	Rang 5.5	Rang 3.6
Klinik I: Psychosomatik I	Rang 4.6	Rang 7.3
Klinik II: Psychosomatik II	Rang 7.1	Rang 6.6

93er Entwurf als „Fächer mit Leistungsnachweis“ nicht erwähnt.

Wichtigkeit durch die Studierenden hoch angesiedelt. Einzig Notfallmedizin und Radiologie, welche in den Augen der Studierenden ebenfalls einen hohen Stellenwert genießen, sind im genannten Referentenentwurf nicht in der Form erwähnt. Fächer des zweiten Studienabschnitts, welche einen geringeren Stellenwert bei den Studierenden aufweisen, sind auch im

Der relative Rang (normierter Bezugsrahmen: 10 Fächer) der Fachgebiete Medizinische Psychologie des vorklinischen Studienabschnitts, Psychosomatik I im ersten klinischen und Psychosomatik II im zweiten klinischen Abschnitt ist in Tab. 2 dargestellt. Dabei ist neben der Wichtigkeit des jeweiligen Fachgebietes zum Vergleich auch die Einschätzung des Interesses der Studierenden am Fachgebiet dargestellt. (Der in diesem

Zusammenhang noch zu erwähnende „Untersuchungskurs“ des ersten klinischen Semesters ist mit Rücksicht auf die auswertungstechnische Untrennbarkeit zwischen theoretischen kommunikativen und praktischen Untersuchungstechniken hier nicht berücksichtigt.) Dabei fallen abnehmende Wichtigkeits- und Interesse-Scores im Verlauf des Studiums auf Seiten der Studierenden an den „Psycho-Fächern“ auf.

### Diskussion

„Zwischen Ärzten und Patienten gibt es häufig Situationen, die zu Irritationen führen und die Kommunikation zwischen Ihnen und uns Patienten stören“ (Strojnik 1998). So beginnt ein offener Brief an die deutsche Ärzteschaft, publiziert im Deutschen Ärzteblatt, der einen Schatten auf die ärztlichen Kommunikationskompetenzen wirft. Wissenschaftlich beschrieben klingt das weniger freundlich (nach Schwan et al. 1998):

- 85% der Patienten wechselten in den letzten fünf Jahren ihren Arzt oder überlegten dieses ernsthaft aufgrund des ungenügenden Kommunikationsverhaltens des Arztes (Bellet et al. 1991). Der chronifizierte Patient genießt weniger ärztliches Interesse (Fehlenberg et al. 1996).
- Die durchschnittliche Kontaktzeit in der Allgemeinpraxis beträgt sechs bis acht Minuten, der Gesprächsanteil daran vier Minuten, die Redezeit des Patienten 80 Sekunden (Heim et al. 1986).
- Die Krankenvisite dauert im Durchschnitt 3,5 Minuten pro Patient, der Gesprächsanteil der Patienten beträgt dabei 30%, bei 80% reaktiver Äußerungen, so dass auf elf Arztfragen eine Patientenfrage folgt (Fehlenberg et al. 1986).
- Ärzte unterbrechen ihre Patienten im Durchschnitt nach 18 Sekunden. Einmal unterbrochen, ergänzen nur noch 2% der Patienten ihre begonnene Äußerung (Frankel et al. 1982).
- Nur 55% der von Experten als relevant erachteten Informationen werden in der Anamnese erfragt (Roter et al. 1987)
- 66% der vom Patienten erlebten körperlichen Einschränkungen werden von den behandelnden Ärzten nicht wahrgenommen, gleiches gilt für 87% der Einschränkungen in sozialen Aktivitäten (Calkins et al. 1991).
- Nur 50% der Patienten folgen der vorgeschlagenen Medikation, schlechter noch steht es bei Verhaltensänderungen (Bird et al. 1990).
- Eine schlechte Arzt-Patient-Beziehung wurde als häufigster Faktor für voreilige Entscheidungen, die zu Behandlungsfehlern führten, identifiziert (71% Beckmann et al. 1994; 80% Levinson 1994).

Diese Befunde werden durch die retrospektiven Einschätzung junger Ärztinnen und Ärzte empirisch gestützt, welche die Schulung der kommunikativen (und kooperativen) Kompetenzen als einen der am meisten defizitären Bereiche der medizinischen Ausbildung im Hinblick auf die jetzige Tätigkeit benennen (Minks et al. 1994). Überdies findet sich hier eine der beständigsten Forderungen innerhalb der Reformdebatte der medizinischen Ausbildung (Murrhardter Kreis 1995, Wissenschaftsrat 1992, Zamman et al. 1991), auch weil die kommunikative Kompetenz als eine der Schlüsselqualifikation für Personen mit leitender Funktion angesehen wird.

Unter dem Leitgedanken einer „Evidence-Based-Education“ (Wie können wir tatsächliche Defizite des ärztlichen Berufsalltags im Rahmen unserer Ausbildungspraxis reduzieren?) ist

ein solcher Mangel in der täglichen Praxis der Kommunikation als kritisch zu bezeichnen.

Innerhalb des momentanen, konservativen Curriculums gilt aber weiterhin das „Gesetz der fachlichen Diversifikation“, unter dessen Ägide die Inhalte zur Vermittlung der kommunikativen Kompetenz eher spezifischen Teilbereichen zugeordnet sind: Medizinische Psychologie und Psychosomatik. Die abnehmende Wichtigkeit dieser Studienfächer (und auch das abnehmende Interesse, siehe Tab. 2) an diesen weist möglicherweise auf einen – wenn vielleicht nicht gewollten, so doch in den Fakultäten zumindest akzeptierten – Wertverlust in den Augen der Studierenden hin (so man versucht ist, den Messungen, obwohl sie an unterschiedlichen Kollektiven durchgeführt worden sind (s.o.), einen vergleichenden Aussagewert beizumessen). Wir nehmen an, dass die relativ hohe Priorität der Medizinischen Psychologie zu Beginn des Studiums Resultat der humanitären Grundeinstellung ist (Stosch 1998). Die erwähnte Abwertung wäre dann als „Lernerfolg“ des Studiums zu bezeichnen. Worin dieser nun in der Hauptsache begründet ist, lässt sich durch unsere Daten nicht folgern. Spekulativ können die stoffliche Überfrachtung, die an den Fakultäten überwiegend vertretene, organozentrierte medizinische Wissenschaftstheorie (und Arbeitsroutine) u.a. aufgeführt werden. Wir könnten dieses – auch in inhaltlicher Hinsicht angelehnt – spiegelbildlich als das „Geheime Curriculum der Fakultät“ bezeichnen, auf welches wir hier aber nicht näher eingehen werden.

Dass kommunikative Fähigkeiten systematisch, wengleich mit einigem Zeitaufwand (selbst für den im Routinebetrieb tätigen Arzt), erlernbar sind, zeigt sich anhand der Studien von Langewitz et al. (1998). Aus diesem Grunde wird in den so genannten Reformstudiengängen inhaltlich – z.B. über die Definition von „general objectives“ zum Studienziel – und methodisch – z.B. mit Einführung des Problem-orientierten Lernens (POL) – auch in Deutschland der Erlernung der kommunikativen Kompetenz deutlich mehr Raum geboten, wie etwa im Berliner Modell (Busse et al. 1993), Witten-Herdecke (Schwinke 1993) oder, als Hybridcurriculum angestrebt, in Köln (Antepol et al. 1998). Von einer breiten Offensive in der medizinischen Ausbildung gegenüber diesem Defizit kann jedoch nicht ausgegangen werden, es sei denn, die nächste Novelle zur AO würde hier deutliche inhaltliche Prioritäten formulieren. Dieses scheint uns aber momentan, nach den Erfahrungen mit der AO aus der unmittelbaren Vergangenheit, eher problematisch, wenn nicht unmöglich.

Vergleicht man die Wertungen der Studierenden des zweiten klinischen Abschnitts mit den so genannten Kernfächern des 93er Entwurfs zur AO (siehe Tab. 1), so fällt die hohe Bewertungskongruenz zwischen beiden auf, wenn man die Fächerauswahl im damaligen Curriculumsentwurf als Zeichen für eine besondere Gewichtung eben der erwähnten „Einzelfächer mit Leistungsnachweis“ ansieht. Somit stellen die im Rahmen des ehemaligen Referentenentwurfs von 1993 vorgenommenen Gewichtungen fachlicher Entitäten eher eine Aufdeckung bislang schon bestehender Curriculargestaltung (die normative Kraft des Faktischen) als eine einschneidende Veränderung im Fächerkanon dar.

Die kognitive (Vor-)Einstellung der Studierenden in Bezug auf die Fächer kann aber durchaus – neben z.B. dem fachlichen

Anforderungsprofil, welches sich letztlich über Prüfungsinhalte definiert (Bordage 1997, Stosch et al. 1995) – als motivationsbeeinflussend angesehen werden (Obliers et al. 1995). Damit kommt dem „Geheimen Curriculum“ eine enorme Wichtigkeit innerhalb der Gestaltung des Studiengangs zu, weswegen es nicht nur in der nächsten AO eine vermehrte Berücksichtigung finden sollte, sondern auf der Ebene der Fakultäten diskutiert werden muss. „Definieren heißt beschränken“, schrieb einst Oscar Wilde (Wilde 1994) und so könnte hier eine folgerichtige Konsequenz die Definition von „curricularen“ oder „teaching objectives“ auf Fakultätsebene sein, die der kommunikativen Kompetenz weitaus mehr Platz einräumt als dies bisher geschehen ist. Dieses Ziel ist aber ohne eine sinnvolle Reduktion der fachlich gebundenen Unterrichtsinhalte nicht möglich.

Nicht nur die benennbaren Aspekte des „Geheimen Curriculums“ sollen Erwähnung finden. Wichtig sind auch Gesichtspunkte, welche gerade keine Erwähnung finden, wohl aber in ihren personifizierten Auswirkungen im Berufsleben feststellbar sind (nach Schwan et al. 1998):

- Über 56% der Onkologen gaben in einer amerikanischen Studie an, eigene Bekanntschaft mit dem unter dem Konstrukt „burnout“ gefassten Syndrom gemacht zu haben (Deborah et al. 1991).
- 27% der erfahrenen Fachärzte (Consultants) zeigten im General Health Questionnaire (GHQ) psychiatrische Auffälligkeiten (Ramirez et al. 1996).
- Bei einer Befragung von 3770 Krankenhausärzten in Deutschland gaben diese folgende Liste von Beschwerden an:
 

Nervosität	43,7%
übermäßiges Schlafbedürfnis	40,2%
Kopfschmerzen	28,8%
Magen-Darm-Beschwerden	19,6%
Kreislaufbeschwerden	9,8%
Gelenk-/Gliederschmerzen	6,2%
Angina pectoris-ähnliche Beschwerden	7,4%
andere Beschwerden	4,3%
- Nur 13,1% der Befragten gaben an, keine Beschwerden zu haben (Herschbach 1991).
- Ärzte leben häufiger in gescheiterten Ehen (Vaillant et al. 1970).
- Der Drogenmissbrauch (Alkohol, Amphetamine, Schlafmittel, Tranquillizer) ist deutlich (je nach Studie bis zu 30-mal) höher als in der Normalbevölkerung (Rucinski et al. 1985, Vaillant et al. 1970).
- Die Suizidrate ist doppelt so hoch wie in der Normalbevölkerung und signifikant höher als bei Rechtsanwälten oder Architekten (Rose et al. 1973, Charlton et al. 1993).

Gesetzt den Fall, das Postulat laute: Ein geringer Anteil des Studienvolumens im kommunikativen Bereich zeigt sich in einer geringen kommunikativen Kompetenz der Studienabgänger, bleibt zu fragen, welche Versäumnisse – trotz oder gerade wegen der sehr ausführlich gelehrteten Nosologie des Organisch-Pathologischen – sich in diesen Daten spiegeln und was gerade nicht Anteil des „Geheimen Curriculums“ der Studierenden ist – respektive sein kann oder darf. Sarkastisch formuliert: Wie schützen wir die Ärztinnen und Ärzte von morgen vor sich selbst? Anders gedacht: Was für eine Form von Wissen ist das, mit dem Ärztinnen und Ärzte Menschen behandeln, wenn dieses auf das Selbst bezogen nicht oder nur wenig operatio-

nalierbar scheint oder aber schlichtweg nicht angewendet wird? Oder mit Bezug auf die Planungskompetenz des medizinischen Curriculums: Ist die willentliche, rational entschiedene und öffentlich gemachte Entfrachtung der Studieninhalte, und mithin eine unterschiedliche Gewichtung einzelner Fächer, ein höherer Qualitätsverlust als die faktisch vorhandene, aber nicht öffentlich eingestandene?

Schwerwiegende Probleme entstehen wohl doch eher da, wo „... wir nicht wissen, dass wir nicht wissen, was wir nicht wissen...“ (Baecker 1994).

## Literatur

- Antepol W, Herzig C. Ein hochschuldidaktisches Oxymoron? Wie ist problemorientiertes Lernen mit einem konventionellen Curriculum vereinbar? In: Handbuch Hochschullehre. MB A 3.3. Bonn: Raabe Verlag; 1998: 1–27
- Baecker D. Kybernetik zweiter Ordnung. In: v. Foerster H (Hrsg): Wissen und Gewissen – Versuch einer Brücke. 2. Aufl. Frankfurt: Suhrkamp; 1994: 17ff
- Bargel T, Ramm M. Das Studium der Medizin – Eine Fachmonographie aus studentischer Sicht. In: BMBW (Hrsg): Schriftenreihe Studien zu Bildung und Wissenschaft. Band 118. Bad Honnef: Verlag Bock; 1994
- Beckman HB, Markakis KM, Suchman AL, Frankel RM. The doctor-patient relationship and malpractice: lessons from plaintiff depositions. Arch Intern Med 1994; 154: 1365–1370
- Bellet PS, Maloney MJ. The importance of empathy as an interviewing skill in medicine. JAMA 1991; 183: 1831–1832
- Bird J, Cohen-Cole S. The three-function model of the medical interview. Adv Psychosom Med 1990; 20: 65–88
- Bordage G. „Assessment Derives the Curriculum“: What-Why-How to Assess Student Learning. Bern: Vortrag auf dem 4. Europ. Kongress „Qualität der Lehre in der Medizin“; 4.–6. Sept. 1997
- Busse R, Schwinge I. Vom „Berliner Modell“ zum Reformstudiengang Medizin. In: Goebel E, Remstedt S (Hrsg): Medizinische Reformstudiengänge – Beispiele aus Deutschland, Kanada, den Niederlanden, der Schweiz, Schweden und den USA. Frankfurt: Mabuse-Verlag; 1993: 19–36
- Calkins DR, Rubenstein LV, Cleary P. Failure of physicians to recognize functional disability in ambulatory patients. Ann Intern Med 1991; 114: 451–454
- Charlton J, Kelly S, Dunnell K, Evans R, Jenkins R. Suicide deaths in England and Wales: trends in factors associated with suicide deaths. Popul Trends 1993; 69: 34–42
- Deborah A, Canellos W, Canellos GP. Burnout syndrome in the practice of oncology: results of a random survey of 1000 oncologists. J Clin Onc 1991; 10: 1916–1929
- Elfgén J, Stosch C, Kanthack A, Kreikenbohm-Romotzki D, Koebke J. Das Kölner Evaluationsinventar für Lehrveranstaltungen (KEIL). Bern: Vortrag auf dem 4. Europ. Kongress „Qualität der Lehre in der Medizin“; 4.–6. Sept. 1997
- Fehlenberg D, Simons C, Köhle K. Die Krankenvsiste – Problem der traditionellen Stationsarztvisite und Veränderungen im Rahmen eines psychosomatischen Behandlungskonzeptes. In: v. Uexküll T, Adler RH, Hermann JM, Köhle K, Schonecke OW, Wesiack W (Hrsg): Psychosomatische Medizin. 5. Aufl. München: Urban & Schwarzenberg; 1996: 389–407
- Frankel R, Beckmann HB. Impact – an interaction-based method for preserving and analysing clinical transactions. Exploration in provider and patients interactions. 1982: 58–79
- Grupp R. Diskussionsentwurf eines Gesetzes zur Änderung der Bundesärzteordnung und zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte (Stand 21.12.1993). Bonn: BMG Eigendruck; 1997: 70

- Heim E, Willi J. Psychosoziale Medizin. Band 1. Berlin: Springer; 1982
- Herschbach P. Stress im Krankenhaus – Die Belastung von Krankenpflegekräften und Ärzten/Ärztinnen. *PPmP* 1991; 41: 176–186
- Koebke J, Kreikenbohm-Romotzky D, Stosch C, Krueger G. Lehrbericht der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln 1997. Köln: Studiendekanat der Medizinischen Fakultät; 1997
- Langewitz WA, Aich P, Kiss A, Waesmer B. Improving Communication Skills – A Randomized Controlled Behaviorally Oriented Intervention Study for Residents in Internal Medicine. *Psychosom Med* 1998; 60, 3: 268ff
- Lehnert G. Empfehlungen der MFT-Präsidialkommission zur Neufassung der Approbationsordnung für Ärzte. Erlangen: MFT-Präsidialkommission Eigenverlag; 1996: Punkt 3
- Levinson W. Physician-Patient communication. A key to Malpractice Prevention. *JAMA* 1994: 1619–1620
- Minks KH, Bathke GW. Absolventenreport Medizin – Ergebnisse einer Längsschnittuntersuchung zum Berufsübergang von Absolventinnen und Absolventen der Humanmedizin. In: BMBW (Hrsg): Bildung – Wissenschaft – Aktuell (9/94) Bonn: Referat Öffentlichkeitsarbeit; 1994
- Murrhardter Kreis. Das Arztbild der Zukunft In: Robert Bosch Stiftung (Hrsg): Arbeitskreis für Medizinerbildung. 3. Aufl. Gerlingen: Bleicher; 1995
- Obliers R, Heindrichs G, Köhle H. Konzeption und Evaluation eines problemorientierten Erstsemester-Tutoriums in der Medizinpsychologie. In: Senf W, Heuft G (Hrsg): Gesellschaftliche Umbrüche – individuelle Antworten: Aufgaben für die psychosomatische Medizin. Frankfurt: VAS; 1995: 261–282
- Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *The Lancet* 1996; 347: 724–728
- Rose KD, Rosov I. Physicians who kill themselves. *Arch Gen Psychiatry* 1973; 29: 800–805
- Roter DL, Hall JA. Physicians interviewing styles and medical information obtained from patients. *J Gen Intern Med* 1987; 2: 325–329
- Rucinski J, Cybulska E. Mentally ill doctors. *Br J Hosp Med* 1985; 33: 90–94
- Schwan R, Langewitz W, Stosch C. Arzt und Patient, Arzt gleich Patient: Überlegungen zur Salutogenese des Arztes. In: Schüffel W, Brucks U, Johnen R, Köllner V, Lamprecht F, Schnyder V: Handbuch der Salutogenese/Konzept und Praxis. Wiesbaden: Ullstein Medical; 1998: 261–264
- Schwinge I, Stiegler I. Privatuniversität Witten/Herdecke. In: Göbel E, Remstedt S (Hrsg): Medizinische Reformstudiengänge – Beispiele aus Deutschland, Kanada, den Niederlanden, der Schweiz, Schweden und den USA. Frankfurt: Mabuse-Verlag; 1993: 37–56
- Stosch C, Schwan R. Auswirkungen des Prüfungsgeschehens auf die Lehre und das studentische Lernverhalten in der Medizin. In: Boelke G, Kemper FH, Richter F (Hrsg): Prüfungsmethoden in der medizinischen Ausbildung und der Einfluss von Prüfungen auf Lehre und Lernen. IMPP Eigenverlag: Mainz; 1995
- Stosch C, Koebke J. Struktur, Aufgaben und Kompetenzen von Studiendekanaten in Deutschland – Ergebnis einer Umfrage 1997. Bern: Vortrag auf dem 4. Europ. Kongress „Qualität der Lehre in der Medizin“; 4.–6. Sept. 1997
- Stosch C. What Kind of Curriculum do Medical Students Demand? Graz: Vortrag auf der 3. Grazer Konferenz „Qualität der Lehre – Medizinstudium 2000“; 15.–17. April 1998
- Strojnik A. Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten – Wunsch nach Offenheit statt perfekter Inszenierung. *Dt Ärztebl* 95 1998; 24: 886
- Vaillant G, Brighton J, McArthur C. Physicians use of mood-alternating drugs. *New Engl J Med* 1970; 282: 365–370
- Wilde O. Dorian Grey. Frankfurt: Insel Verlag; 1994: 253
- Wissenschaftsrat (Hrsg). Leitlinien zur Reform des Medizinstudiums. Köln: Eigenverlag; 1992
- Zamman T, Pauli HG. Ein experimentelles Kurrikulum in ärztlicher Ausbildung im europäisch-deutschsprachigen Raum. Institut für Ausbildungs- und Examensforschung (IAE). Bern: Eigenverlag; 1991

Christopf Stosch

Studiendekanat der Medizinischen Fakultät  
der Universität zu Köln  
Robert-Koch-Str. 10, Geb. 56  
50924 Köln

E-mail: christoph.stosch@medizin.uni-koeln.de