

## Psychosomatische Medizin und Psychotherapie im Dresdner DIPOL-Curriculum

V. Köllner<sup>1</sup>  
F. Einsle<sup>1</sup>  
I. Nitsche<sup>2</sup>  
A. Bergmann<sup>3</sup>  
P. Joraschky<sup>1</sup>

### *Teaching of Psychosomatic Medicine and Psychotherapy as an Element of the Dresden DIPOL-Curriculum*

#### Zusammenfassung

Die Medizinische Fakultät der TU Dresden hat 1999 mit einer Reform ihres Curriculums hin zu fächerübergreifenden POL-Blockkursen begonnen. Die Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik beteiligte sich von Anfang an an diesem Reformprojekt und erbringt seit 2001 den Hauptteil ihres Lehrauftrags in dem gemeinsam mit der Klinik für Neurologie und der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie durchgeführten 7,5-wöchigen POL-Kurs „Nervensystem und Psyche“ zu Beginn des vierten Studienjahres. Als didaktische Methoden werden neben einer fächerübergreifenden Vorlesung und dem traditionellen Praktikum am Krankenbett POL-Tutorien, Rollenspiele und freiwillige Seminare eingesetzt. Zusätzlich werden in Blockkursen anderer Fächer in Kooperation mit der Allgemeinmedizin Seminare und Übungen zur Arzt-Patient-Kommunikation angeboten. Die externe Evaluation ergab eine gute Akzeptanz dieser Kurse bei den Studierenden, wobei praxisbezogene Lehrinhalte deutlich besser bewertet wurden.

#### Schlüsselwörter

Problemorientiertes Lernen · Approbationsordnung · Psychosomatische Medizin und Psychotherapie · Arzt-Patient-Beziehung · Arzt-Patient-Kommunikation

#### Abstract

In 1998 the Faculty of Medicine of the TU (Technical University) Dresden decided to reform its traditional curriculum. The reform curriculum is being created in close cooperation with Harvard Medical School. It is a hybrid curriculum retaining traditional elements such as lectures and bedside teaching with PBL-tutorials and a special doctor-patient communication/training, which is based on role-play exercises. Psychosomatic Medicine is taught together with neurology and psychiatry as a major topic of the 7,5-week PBL-course „Nervous System and Psyche“, but there are also lectures and special skills-training exercises in other PBL-courses like „Oncology“ or „Emergency medicine“ with doctor-patient communication as a main topic. Data from the external evaluation showed that students accepted psychosomatic topics of the curriculum very well.

#### Key words

Problem-based learning · psychosomatic medicine · doctor-patient relationship · doctor-patient communication

#### Institutsangaben

<sup>1</sup> Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden (Direktor: Prof. Dr. med. P. Joraschky)

<sup>2</sup> Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden (komm. Direktor: Prof. Dr. med. W. Felber)

<sup>3</sup> Medizinische Klinik und Poliklinik III, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden (Direktor: Prof. Dr. med. H.-E. Schröder)

#### Widmung

Dieser Beitrag ist Professor Dr. med. Wolfram Schüffel, der schon früh zahlreiche der hier beschriebenen Reformansätze in Deutschland eingeführt hat, zum 65. Geburtstag gewidmet

#### Korrespondenzadresse

Dr. med. Volker Köllner · Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik · Universitätsklinikum Carl Gustav Carus · Fetscherstraße 74 · 01307 Dresden · E-mail: koellner@psychosoma.de

#### Bibliografie

Med Ausbild 2003; 20: 202 – 207 © Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York · ISSN 0176-4772

## Entwicklung des DIPOL-Curriculums

Aufgrund der positiven Evaluationsbefunde für diese Lehrform [1–4] entschied sich die Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus dazu, ihr Curriculum durch die Umstellung auf fächerübergreifende POL-Kurse zu reformieren. Sowohl der direkte Fallbezug als auch die interdisziplinäre Ausrichtung dieses didaktischen Konzepts kommen der Psychosomatik entgegen, die sich in einem Spannungsfeld zwischen der Weitergabe fachspezifischen Wissens und der Vermittlung einer biopsychosozialen Grundorientierung als integrativer Funktion befindet [5]. Elemente problemorientierten Lernens wie z. B. Patientenbezug und Einsatz studentischer Tutoren wurden bereits ab den 70er-Jahren sowohl in den Anamnesegruppen als auch an einigen Fakultäten im Rahmen des Praktikums „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ umgesetzt [6–8]. Teilweise wurden semesterübergreifende Curricula gemeinsam mit der Allgemeinmedizin erarbeitet. Eines der ersten unter der expliziten Bezeichnung POL eingeführten Unterrichtsmodelle wurde unter maßgeblicher Beteiligung der Psychosomatik im vorklinischen Unterricht in Köln zu Beginn der 90er-Jahre etabliert [9]. Die Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik beteiligte sich deshalb von Anfang an bei der Umsetzung dieses Reformkonzepts.

Bei dieser Reform wurde kein reines POL-Curriculum angestrebt, sondern ein Hybrid-Modell [10], das bewährte traditionelle Lehrmethoden wie Vorlesungen und Praktika mit neuen didaktischen Elementen verbinden sollte. Dieses Konzept findet seinen Ausdruck in der Kurzbezeichnung DIPOL – Dresdner integriertes problemorientiertes Lehrmodell. Um für die Studierenden eine möglichst hohe Ausbildungsqualität zu gewährleisten, wurde eine Kooperation mit der Harvard Medical School und Harvard Medical International (HMI) [11] begonnen, da diese Institutionen über große praktische Erfahrung mit POL und einen medizindidaktischen Forschungsschwerpunkt verfügen. Im März 1999 wurden in Boston die ersten zwölf Dresdener als POL-Tutoren ausgebildet und in „Curriculum-Design“ geschult. Noch in Boston wurde das Konzept für einen 2-wöchigen Pilotkurs „Infektiologie“ erarbeitet, der dann im Sommersemester 1999 im Rahmen einer randomisierten Studie mit Studierenden des ersten klinischen Abschnitts getestet wurde.

Der erfolgreiche Ausgang dieses Versuchs führte zum Beschluss der Fakultät, den ersten klinischen Studienabschnitt so umzustrukturieren, dass die bisherige Aufteilung in Fächer ab dem Wintersemester 2000/2001 durch vier übergreifende POL-Blockkurse abgelöst wurde. Lediglich der klinische Untersuchungskurs und der Kurs Biomathematik blieben als longitudinale Lehrveranstaltungen erhalten. Ab dem Wintersemester 2001/02 wurde das vierte Studienjahr in vier POL-Blockkurse umstrukturiert. Mit der Neugestaltung des fünften Studienjahres ab dem WS 2002/03 ist die Reform des Curriculums für den klinischen Studienabschnitt abgeschlossen (Tab. 1). Für die Jahre 2003 und 2004 sind die Integration von POL-Elementen in die Vorklinik sowie in das Praktische Jahr geplant.

Die Evaluation des neuen Curriculums sollte einerseits extern erfolgen, andererseits sollte eine Möglichkeit zur direkten Kommunikation und zur schnellen Umsetzung der Evaluationsergebnisse gegeben sein. Diese Anforderungen ließen sich durch eine

Kooperation mit dem Institut für Allgemeine Psychologie und Methoden der Psychologie der Mathematisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät der TU Dresden verwirklichen (siehe Beitrag von Nitsche und Bergmann in diesem Sonderheft). Anzumerken ist, dass der Vergleich mit den Ergebnissen der medizinischen Staatsexamina eine weitere Ebene der Evaluation darstellt. Primäres Ziel des Reformcurriculums ist jedoch nicht ein besseres Abschneiden in den IMPP-Prüfungen, da sich die im POL vermittelten Fertigkeiten nicht unbedingt im Ergebnis von MC-Prüfungen abbilden lassen.

Tab. 1 Übersicht über das DIPOL-Curriculum im klinischen Studienabschnitt

Studienjahr	Blockkurse im Wintersemester	Blockkurse im Sommersemester
3. Stj.	Pathomechanismen (9 Wochen) <b>Grundlagen der Pharmakotherapie</b> (6 Wochen)	Infektiologie (10 Wochen) <b>Akute Notfälle</b> (4 Wochen)
4. Stj.	<b>Nervensystem und Psyche</b> (7,5 Wochen) Herz – Kreislauf – Lunge (7,5 Wochen)	Haut – Gelenke – Muskel (7 Wochen) <b>Ernährung – Stoffwechsel – Ausscheidung</b> (7 Wochen)
5. Stj.	<b>Onkologie</b> (8 Wochen) <b>Versorgung/Prävention</b> (3 Wochen) Kopf (4 Wochen)	Notfallmedizin/Verletzungen /Intensivmedizin (6 Wochen) Fortpflanzung/Entwicklung/Wachstum (7 Wochen)

**Fett:** Kurse mit Beteiligung der Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik

Kernstück eines POL-Kurses sind die Tutorien, in denen die Fallgeschichten bearbeitet werden. Eine Tutoriumsgruppe besteht aus acht Studierenden und wird von einem hierfür ausgebildeten Tutor geleitet. Die Tutoren sind wissenschaftliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verschiedener Institute, aber auch zahlreiche Professorinnen und Professoren haben inzwischen an einer Tutorenausbildung teilgenommen. Die Tutoriumsgruppe trifft sich 3-mal pro Woche für jeweils 90 Minuten. Pro Woche wird in der Regel eine Fallgeschichte bearbeitet. Um die Tutorien herum gruppieren sich inhaltlich auf die Fälle abgestimmte Vorlesungen und Praktika. Zusätzlich sind Zeitfenster zum Selbststudium vorgesehen (Tab. 2). Am Ende des Kurses steht eine den POL-Prinzipien angepasste Prüfung, z. B. in Form einer Klausur oder einer mündlichen Prüfung mit Bearbeitung eines kurzen POL-Falles.

### Der POL-Kurs „Nervensystem und Psyche“

Mit der Einführung von fächerübergreifenden Blockkursen ergab sich die Frage, in welchen Kurs sich die Psychosomatik integrieren sollte. Für die Kooperation mit Neurologie und Psychiatrie sprach sowohl die Möglichkeit, bereits zu Beginn des klinischen Studiums den Studierenden ein biopsychosoziales Verständnis von Krankheit und Gesundheit als auch ein integriertes neurowissenschaftliches Konzept zu vermitteln. Hinzu kam die Möglichkeit, Redundanzen zwischen Psychosomatik und Psychiatrie, die von den Studierenden zuvor kritisiert worden waren, zu vermeiden. Der „Nervensystem-und-Psyche“-Kurs wurde im Win-

Tab. 2 Stundenplan des POL-Blockkurses Nervensystem & Psyche

Zeit	Mo	Di	Mi	Do	Fr
7.30 – 9.00		VL Sozialmedizin			
9.15 – 10.45	kursbegleitende Vorlesung Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik				
11:00 – 12.30	<b>Tutorium</b>		<b>Tutorium</b>	VL Neurochirurgie (kursbegleitend)	<b>Tutorium</b>
12.30 – 14.00	Mittagspause				
14.00 – 15.30	<b>Praktikum Neurologie</b>	<b>Praktikum Psychosom./Psychiatrie</b>	<b>Praktikum Psychiatrie Innere Med.</b>	<b>Praktikum Neurologie Innere Med.</b>	<b>Praktikum Psychosom.</b>
16.00 – 17.30	<b>freiwillige Seminare</b>				

**fett** = Unterricht in Kleingruppen, *kursiv* = nicht in den Kurs integrierte Lehrveranstaltungen

tersemester 2001/02 in Dresden erstmals durchgeführt<sup>1</sup>. Er umfasste das halbe Wintersemester (7,5 Wochen) und bestand aus folgenden didaktischen Elementen:

- POL-Tutorien,
- kursbegleitende Vorlesungsreihe,
- Praktikum mit Patientenvorstellung,
- Kommunikationstraining (Skills-Training),
- freiwillige Seminare mit dem Schwerpunkt auf Darstellung aktueller Forschungsthemen,
- Homepage,
- Prüfung (MC-Klausur und Triple Jump).

### Skills-Training

Das Skills-Training soll wegen seiner besonderen Bedeutung für die Psychosomatik hier gesondert dargestellt werden. Da das Bearbeiten von Fallgeschichten nicht die klinischen Fertigkeiten der Studierenden verbessert, wurden vier spezielle Trainingseinheiten eingefügt, deren Themen in Tab. 3 aufgeführt sind. Die Übungen zur Arzt-Patient-Kommunikation wurden in Form von Rollenspielen durchgeführt, wobei die Patientenrolle entweder vom Gruppenleiter (biografische Anamnese) oder von Studierenden übernommen wurden (Tabuthemen und Krankheitsmodell). Für alle Rollen, die von Studierenden übernommen werden, gibt es kurze Skripte, die zu Beginn der Übungssequenz ausgegeben werden [13]. Für die Psychosomatik von besonderer Relevanz ist die Übung, in der mit Patienten an den Beispielen Panikstörung und chronifizierter Rückenschmerz ein psychosomatisches Krankheitsmodell erarbeitet werden soll. Hier zeigte sich, dass dies der Mehrzahl der Studierenden erhebliche Probleme bereitete, da sie selbst von einem mechanistischen Krankheitsmodell ausgingen. Zu Anfang der Übung fiel es häufig schwer, angemessene Formulierungen zu finden (häufig kam: „Sie sind gesund!“ oder „Sie haben nichts!“), was zu entsprechenden Rückmeldungen der Studierenden in der Patientenrolle führte („Ich fühle mich nicht ernst genommen!“). Aus dieser Diskrepanz entstand häufig die Motivation, sich mit einem biopsychosozialen Krankheitsmodell auseinander zu setzen und nach den richtigen Worten zu suchen, um dieses vermitteln zu können. In dieser Übungseinheit wurden im WS 01/02 erstmals auch studentische

Tutoren eingesetzt, die bereits Erfahrung als Leiter studentischer Anamnesegruppen hatten und in einem Tutorentraining ausgebildet worden waren. Sie wurden in der Evaluation nicht anders bewertet als die ärztlichen und psychologischen Gruppenleiter, so dass entsprechend ausgebildete studentische Tutoren bei personalintensiven Lehrmodellen als Ressource zur Intensivierung des Kleingruppenunterrichts angesehen werden können.

Tab. 3 Inhalte des Skills-Trainings (vier Übungseinheiten zu je 90 Minuten, abgehalten in der 4. Kurswoche)

Übung	Inhalt
1	Arzt-Patient-Gespräch: Erheben einer biografischen Anamnese
2	Arzt-Patient-Gespräch: Erarbeiten eines psychosomatischen Krankheitsmodells und Aufbau von Therapiemotivation
3	Arzt-Patient-Gespräch: Ansprechen von Tabuthemen (Alkohol, Sexualität, Suizidalität)
4	Neuropsychologische Diagnostik. Anamnesegespräch (Rollenspiel) sowie Durchführung und Auswertung neuropsychologischer Tests

### Vorlesung, Praktikum und Homepage

Die Vorlesung „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ ging in der täglich stattfindenden kursbegleitenden Vorlesung auf (Tab. 2). Hierdurch konnten Redundanzen vermindert und neue Lehrformen erprobt werden. Hierzu gehörte z. B., dass fächerübergreifende Themen wie Depression oder Schmerztherapie von zwei Dozenten gleichzeitig gelesen und mit den Studierenden diskutiert wurden.

Das Praktikum „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ wurde in der bisherigen Form beibehalten, da die Studienreform nicht zu einer Reduktion des praktischen Unterrichts führen sollte. Die Psychosomatik beteiligte sich an den Forschungsseminaren mit Seminaren zu Psychokardiologie und Psychoonkologie. Dies führte dazu, dass das Interesse an Dissertationen in diesem Fach deutlich anstieg.

Wenig genutzt wurden von der Psychosomatik bisher die didaktischen Möglichkeiten, die die Homepage von POL-Kursen bietet. Erfahrungen anderer Dresdner Kurse zeigen, dass auf über dieses Medium angebotene Texte, Fallgeschichten und Fragen zur

<sup>1</sup> Eine ausführlichere Darstellung des Konzepts findet sich bei Köllner et al. 2003 [12].

Tab. 4 Module zur Arzt-Patient-Kommunikation in den Kursen des DIPOL-Curriculums

Kurs	Stdj	Art der LV <sup>1</sup>	Dauer	Themen
<b>Klinischer Untersuchungskurs</b>	3.	V & P	5	Einführung in die ärztliche Gesprächsführung, Besonderheiten bei chronisch Kranken
<b>Grundlagen der Pharmakotherapie</b>	3.	P	2	Aufklärung über Notwendigkeit einer längerfristigen Medikamenteneinnahme, Aufbau von Adherence
Akute Notfälle	3.	V & P	3	Ärztliche Gesprächsführung in Krisensituationen
<b>Nervensystem und Psyche</b>	4.	P	6	Biografische Anamnese; Problemthemen ansprechen (Alkohol, Suizidalität); Vermitteln eines biopsychosozialen Krankheitsmodells
Ernährung – Stoffwechsel – Ausscheidung	4.	V & P	6	Verhaltensmedizinische Gesprächs- und Motivationstechniken bei Diabetes mellitus und Adipositas
<b>Onkologie</b>	5.	V & P	5	Mitteilung einer Krebsdiagnose, Gespräch über Therapieoptionen (kurativ/palliativ)
Versorgung/Prävention	5.	V & P	6	Gespräch mit pflegenden Angehörigen, Verdacht auf häusliche Gewalt
Notfallmedizin/Verletzungen/ Intensivmedizin	5.	V & P	3	Posttraumatische Belastungsstörung, Gespräch mit Angehörigen von ITS-Patienten
Fortpflanzung/Entwicklung/Wachstum	5.	V & P	6	Sexualanamnese, Schwangerenkonfliktberatung, Sterilitätsberatung
kursübergreifende Angebote: studentische Anamnesegruppen, offen für Studierende klinischer und vorklinischer Semester; Balint-Gruppe für Studierende im Praktischen Jahr				

(Stdj = Studienjahr, LV = Lehrveranstaltung, V = Vorlesung, P = Praktikum, Dauer in Unterrichtsstunden)

**fett** = Pflichtveranstaltung; normal = freiwilliges Lehrangebot; *kursiv* = Lehrmodul befindet sich noch in der Planungsphase

Selbstüberprüfung von den Studierenden in hohem Maße zurückgegriffen wird. Für das nächste Studienjahr ist deshalb ein verstärktes Engagement in diesem Bereich geplant.

### Ergebnisse der externen Evaluation

Evaluiert wurde nicht nur der Kurs in seiner Gesamtheit, sondern auch jeder einzelne Fall, die Vorlesungsreihe und die Seminare. Bewertungen erfolgten hierbei auf einer 6-stufigen Skala (1 = ungenügend, 2 = mangelhaft, 3 = befriedigend, 4 = gut, 5 = sehr gut, 6 = ausgezeichnet). Trotz des hiermit verbundenen Aufwands beteiligten sich 91% der 142 Kursteilnehmer und 95% der 23 eingesetzten Tutoren an der Evaluation. 57% der Studierenden und 88% der Tutoren machten von der Möglichkeit Gebrauch, freie Kommentare abzugeben. Der Kurs wurde von den Studierenden insgesamt mit „gut“ beurteilt. Trotz einiger Trends in einzelnen Skalen unterschied sich die Gesamtbeurteilung des „Nervensystem-und-Psyche“-Kurses nicht signifikant von der Bewertung der vier von den Studierenden zuvor absolvierten Kurse. Dies ist insofern bemerkenswert, als dass an anderen Fakultäten Kurse mit psychosozialen Schwerpunkten häufig schlechter bewertet wurden als solche mit „klassischen“ medizinischen Inhalten.

In der Beurteilung der sechs Fallgeschichten fanden sich nur geringe Unterschiede. Hierbei spielte es keine Rolle, ob die Fälle einen neurologischen, psychiatrischen oder psychosomatischen Schwerpunkt hatten. Kritisiert wurde vor allem eine schlechte Balance zwischen der zu bearbeiteten Stoffmenge und der zur Verfügung stehenden Zeit. Für die ersten Kurswochen wurden einfachere, für die späteren komplexere Fälle gewünscht. Diese Anregungen wurden im zweiten Durchgang des Kurses berücksichtigt. Die Skills-Woche wurde von den Studierenden sehr positiv bewertet und zur Übernahme in andere Kurse empfohlen.

Aus den freien Kommentaren ging hervor, dass die Akzeptanz der „Psych-Fächer“ nach dem Kurs deutlich zugenommen hatte. Während in der Evaluation früherer Jahrgänge, bei denen Psychiatrie und Psychosomatik zwar im gleichen Semester, aber unabhängig voneinander gelesen worden waren, von den Studierenden häufig wegen inhaltlicher Widersprüche kritisiert worden waren, wurde nun in der Evaluation gerade die gute Kooperation der drei Disziplinen hervorgehoben.

Eine Aussage darüber, wie sich das DIPOL-Curriculum auf die Ergebnisse der Staatsexamina auswirken, ist noch nicht möglich, da bisher noch kein Teilnehmer des „Nervensystem-und-Psyche“-Kurses das zweite Staatsexamen absolviert hat.

### Unterricht außerhalb des Kurses „Nervensystem und Psyche“

Der Blockkurs „Nervensystem und Psyche“ deckt zwar weitgehend den psychotherapeutischen Teil der Lehrinhalte des Fachgebietes „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ ab, nicht jedoch den Bereich Psychosomatik. Köhle hat darauf hingewiesen, dass diesem Fach in der medizinischen Ausbildung „immer zugleich fachspezifische und integrative“ Aufgaben zukommen [14]. Aus diesem Grunde wurde eine Beteiligung an möglichst vielen anderen Blockkursen angestrebt. Als gute Möglichkeit zur Vermittlung psychosomatischer Aspekte in den verschiedenen Fachgebieten erwiesen sich Trainingseinheiten zur Arzt-Patient-Kommunikation<sup>2</sup>, die in die Mehrzahl der Kurse integriert wurden (Tab. 4). Die für jeden POL-Kurs spezifischen Inhalte zur Arzt-Patient-Kommunikation werden in Modulen zu je

<sup>2</sup> Eine ausführliche Darstellung der Lehrmodule zum Kommunikationstraining findet sich in Jünger/Köllner 2003 und Köllner et al. 2002 [15,16].

90 Minuten anhand von Rollenspielen erarbeitet. In einigen Kursen wird zuvor eine einführende Vorlesung angeboten. Der Unterricht erfolgt in Kleingruppen von etwa acht Studierenden und einem Gruppenleiter. Die Leiter kommen aus den jeweiligen Fachkliniken und Instituten und wurden in einem von der Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik organisierten Training von 3–4 Stunden Dauer auf ihre Aufgabe vorbereitet. Nur im POL-Kurs „Nervensystem und Psyche“ werden die Kleingruppen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Psychosomatik geleitet. In einigen Modulen wurden auch studentische Tutoren eingesetzt, die über Erfahrung als Tutoren von Anamnesegruppen verfügten. Pro Modul werden in der Regel zwei Rollenspiele mit unterschiedlichen Problemstellungen durchgeführt. Skripte zu den Rollen, Anleitungen für Übungsleiter und Materialien für die Studierenden wurden zuvor von Mitarbeitern der Psychosomatik und den jeweils beteiligten Kliniken oder Instituten anhand gemeinsam festgelegter Lernziele erarbeitet.

Auf diese Weise entstand in Kooperation mit der Lehrbeauftragten für Allgemeinmedizin ein longitudinales Curriculum „Arzt-Patient-Kommunikation“, das sich durch das gesamte klinische Studium zieht. Als freiwillige Lehrangebote sind eine Balint-Gruppe für Studierende im PJ sowie studentische Anamnesegruppen integriert und werden von der Fakultät entsprechend gefördert. Für die Zukunft ist in Anbetracht der Tatsache, dass funktionelle Störungen, psychosomatische Erkrankungen und psychische Faktoren bei körperlichen Erkrankungen einen großen Anteil der Probleme in der Allgemeinpraxis ausmachen, eine stärkere Integration psychosomatischer Lehrinhalte in den neu zu schaffenden Blockkurs Allgemeinmedizin geplant.

Parallel zum Medizinstudium wird das Studium der Zahnmedizin reformiert. Auch hier wurden Unterrichtselemente zur Zahnarzt-Patient-Kommunikation und zu psychosomatischen Aspekten der Zahnheilkunde eingeführt [17].

## Diskussion

In Dresden konnte durch das intensive Engagement bei der Neugestaltung des medizinischen und zahnmedizinischen Curriculums der Stellenwert des Faches Psychosomatische Medizin und Psychotherapie deutlich erhöht werden. Dies zeigt sich sowohl an einer großen Anzahl von interdisziplinären Lehrveranstaltungen, die von der Psychosomatik organisiert werden oder an denen sie maßgeblich beteiligt ist (Tab. 2), als auch an dem steigenden Wunsch der Studierenden, über ein psychosomatisches Thema zu promovieren oder Psychosomatik als Wahlfach im Praktischen Jahr zu belegen. Diese Erfahrungen entsprechen in der Literatur dargestellten Ergebnissen, wonach die Einführung von POL das Interesse an psychosozialen Fächern steigert [3, 18], von den Teilnehmern als besonders geeignete Lehrmethode für dieses Stoffgebiet bewertet wird [19] und zu einer positiveren Einstellung gegenüber psychischen Störungen führt [20]. Allerdings wird auch darauf hingewiesen, dass ein einziger Kurs möglicherweise nicht ausreicht, um eine dauerhafte Einstellungsänderung herbeizuführen [21].

Das verstärkte Engagement in der Lehre ließ sich nur realisieren, weil die Fakultät ihre Kriterien zur Verteilung der Mittel für For-

schung und Lehre dergestalt veränderte, dass zumindest ein Teil des Mehraufwandes im folgenden Jahr durch zusätzliche Mittelzuweisungen kompensiert wurde. Trotzdem war es zunächst notwendig, durch freiwilliges Engagement der wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Lehre eine Vorleistung zu erbringen.

## Problembereiche

Zu Beginn der Planungsphase waren Auseinandersetzungen um das im Kurs vorherrschende Paradigma (z. B. biologisch-psychiatrisch vs. psychotherapeutisch oder verhaltenstherapeutisch vs. tiefenpsychologisch) zwischen den beteiligten Institutionen befürchtet worden. Diese Konflikte waren deutlich geringer als erwartet. Eine Ursache hierfür war, dass sowohl die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie als auch die Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik in Dresden methoden- und schulenübergreifend ausgerichtet sind. Die Fälle wurden so geschrieben, dass jeweils unterschiedliche Krankheitskonzepte und Paradigmen im Vordergrund standen und in den Tutoriumsgruppen diskutiert werden konnten. Die interdisziplinär gehaltene Vorlesung wirkte hierbei als vermittelndes Element. Bei der Fallgeschichte zur Depression gab es allerdings im Vorfeld des Kurses eine intensive Auseinandersetzung darum, ob bei den Lernzielen Neurotransmitter und medikamentöse Behandlung oder Psychogenese und Psychotherapie im Vordergrund stehen sollten. Die Integration beider Standpunkte gelang nur mühsam, da die Gefahr bestand, den Fall durch ein paralleles Bearbeiten beider Lehrinhalte zu überladen. Als Ausweg ergab sich die Auslagerung psychosomatisch-psychotherapeutischer Lehrinhalte in andere Fälle. Letztlich kam es durch diese Diskussionen und die enge Kooperation im Rahmen des Kurses zu einer deutlichen Verbesserung der Kooperation zwischen den beteiligten Kliniken.

Nicht übersehen werden darf allerdings die Gefahr, dass durch ein Aufgehen des Unterrichts in Psychosomatische Therapie und Psychotherapie in unterschiedliche fächerübergreifende Kurse die Identität des Faches für die Studierenden nicht mehr erkennbar wird. In den USA, wo es „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ als eigenständiges Unterrichtsfach nicht gibt, hat eine Umfrage der American Psychosomatic Society (APS) ergeben [22], dass bei nur 20% der befragten Fakultäten der Terminus „psychosomatic medicine“ im Curriculum auftaucht, häufiger wird „behavioral medicine“ (63%) oder „biopsychosocial medicine“ (41%) verwendet. Dementsprechend werden psychosomatische Inhalte in einem von Fakultät zu Fakultät sehr unterschiedlichen Umfang gelehrt. An therapiebezogenen Themen kam nur die Arzt-Patient-Kommunikation in nahezu allen Curricula (98%) vor. Es besteht also die Gefahr, dass die Lehre in der Psychosomatik in den mehr allgemeinmedizinischen Bereich „Kommunikationstraining“ verlagert wird, während zentrale Themen des Fachgebietes nicht mehr in angemessenem Umfang dargestellt werden können. Hinzu kommt, dass die Vermittlung von Fähigkeit zur Selbstreflexion in der Arzt-Patient-Beziehung über ein bloßes Kommunikationstraining hinausgeht [23]. Es besteht die Gefahr, dass der für die Psychosomatik bedeutsame, umfassendere Ansatz der Beziehungsmedizin verloren geht, wenn zu einseitig auf Kommunikationstraining orientiert wird.

Um dem vorzubeugen, sollte ein psychosomatischer Schwerpunkt mit Praktikum und Vorlesung auch in einem fächerübergreifenden Curriculum klar erkennbar bleiben. Hinzu sollten studentische Anamnese- [24] und Balint-Gruppen [25] kommen, in denen die Studierenden Gelegenheit zur Selbstreflexion ihres Verhaltens und Fühlens in der Arzt-Patient-Beziehung haben. Hierzu gehört aber auch die angemessene Beteiligung des Faches an den fakultätsinternen Prüfungen, die in der neuen Ärztlichen Approbationsordnung einen größeren Stellenwert haben werden.

## Literatur

- <sup>1</sup> Albanese MA, Mitchell S. Problem-based learning: A review of literature on its outcomes and implementation issues. *Acad Med* 1993; 68: 52–81
- <sup>2</sup> Vernon DT, Blake RL. Does problem-based learning work? A meta-analysis of evaluative research. *Acad Med* 1993; 68: 550–563
- <sup>3</sup> Peters AS, Greenberger-Rosovsky R, Crowder C, Block SD, Moore GT. Long-term outcomes of the New Pathway Program at Harvard Medical School: a randomized controlled trial. *Acad Med* 2000; 75 (5): 470–479
- <sup>4</sup> Köhle K, Obliers R, Koerfer A, Antepohl W, Thomas W. Problemorientiertes Lehren und Lernen – eine Chance auch für die Fächer Medizinische Psychologie, Psychosomatik und Psychotherapie? *Psychother Psychosom med Psychol* 1999; 49: 171–175
- <sup>5</sup> Köllner V. Die Ausbildung im Fach Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in der Bundesrepublik Deutschland. *Therapeutische Umschau* 1995; 52: 119–122
- <sup>6</sup> Köllner V, Loew T. Anamnesegruppen – salutogenetischer Faktor im Medizinstudium? In: Schüffel W, Brucks U, Johnen R, Köllner V, Lamprecht F, Schnyder U (Hrsg): *Handbuch der Salutogenese*. Wiesbaden: Ullstein Medical, 1998
- <sup>7</sup> Schüffel W, Pauli HG. Die Ausbildung zum Arzt. In: Adler RH, Herrmann JM, Köhle K, Schonecke OW, Uexküll T von, Wesiack W (Hrsg): *Psychosomatische Medizin*. München: Urban & Schwarzenberg, 1996
- <sup>8</sup> Heindrichs G, Obliers R, Köhle K. Welche Fähigkeiten fördert problemorientiertes Lernen bei Studierenden der Medizin? *Psychother Psychosom med Psychol* 1999; 49: 208–213
- <sup>9</sup> Kahlke W, Kaie A, Kaiser H, Kratzert R, Schöne A, Kirchner V, Deppert K. Problemorientiertes Lernen: Eine Chance für die Fakultäten. *Dtsch Arztebl* 2000; 97 (36): A 2296–2300
- <sup>10</sup> Armstrong EG. A Hybrid Model of Problem-based Learning. In: Boud D, Feletti G (eds): *The Challenge of Problem-based Learning*. 2nd ed. London: Kogan Page, 1997: 137–150
- <sup>11</sup> <http://www.hms.harvard.edu/hmi>
- <sup>12</sup> Köllner V, Gahn G, Kallert T, Felber W, Reichmann H, Dieter P, Nitsche I, Joraschky P. Unterricht in Psychosomatischer Medizin und Psychotherapie im Dresdner DIPOL-Curriculum. *Psychother Psychosom med Psychol* 2003; 53: 47–55
- <sup>13</sup> Köllner V, Bergmann A. Dresdner Lehrmodule zur Arzt-Patient-Kommunikation. Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik der TU Dresden, unveröffentlichtes Manuskript 2002
- <sup>14</sup> Köhle K, Obliers R, Koerfer A, Antepohl W, Thomas W. Problemorientiertes Lehren und Lernen – eine Chance auch für die Fächer Medizinische Psychologie, Psychosomatik und Psychotherapie? *Psychother Psychosom med Psychol* 1999; 49: 171–175
- <sup>15</sup> Jünger J, Köllner V. Integration von Kommunikationstraining in die klinische Lehre. *Psychother Psychosom med Psychol* 2003; 53: 56–64
- <sup>16</sup> Köllner V, Haag C, Ravens U, Einsle F, Nitsche I, Joraschky P. Training der Arzt-Patient-Kommunikation als Element interdisziplinärer POL-Kurse. *Med Ausbild* 2002; 19: 204–207
- <sup>17</sup> Reitemeier B, Köllner V. Kommunikationstraining in der vorklinischen zahnärztlichen Ausbildung. *Dtsch Zahnärztl Z* 2003; 58: im Druck
- <sup>18</sup> Roberts LW, Franchini G, Fiedler K. An integrated Psychiatry-Neurology Clerkship within a problem-based learning curriculum. *Acad Med* 1997; 72: 423–424
- <sup>19</sup> Yates WR, Gerdes TT. Problem-based learning in consultation psychiatry. *Gen Hosp Psychiatry* 1996; 18: 139–144
- <sup>20</sup> Singh SP, Baxter H, Standen P, Duggan C. Changing attitudes to „tomorrow's doctors“ towards mental illness and psychiatry: A comparison of two teaching methods. *Med Educ* 1998; 32 (2): 115–120
- <sup>21</sup> Baxter H, Singh SP, Standen P, Duggan C. The attitude of „tomorrow's doctors“ towards mental illness and psychiatry: changes during final undergraduate year. *Med Educ* 2001; 35: 381–383
- <sup>22</sup> Waldstein SR, Neumann SA, Drossman DA, Novack DH. Teaching psychosomatic (Biopsychosocial) medicine in United States medical schools: Survey findings. *Psychosomatic Med* 2001; 63: 335–343
- <sup>23</sup> Zoppi K, Epstein RM. Is communication a skill? Communication behaviors and being in relation. *Family Med* 2002; 34: 319–324
- <sup>24</sup> Schüffel W. Sprechen mit Kranken. Erfahrungen studentischer Anamnesegruppen. München: Urban & Schwarzenberg, 1983
- <sup>25</sup> Luban-Plozza B. Studenten-Balint-Gruppen (Junior-Balint-Gruppen) im Rahmen der ärztlichen Ausbildung. In: Luban Plozza B, Egle U, Schüffel W (Hrsg): *Balint-Methode in der medizinischen Ausbildung. Patientenbezogene Medizin*, Band 1. Stuttgart: Gustav Fischer, 1978: 7–15