

» Studienreform

Einleitung

Der Workshop sollte die Bearbeitung derjenigen Themen fortsetzen, die beim Treffen: „Zukunft der Studienreform Medizin“ in Witten am 25. und 26. September 1998 angerissen wurden. Im Plenum wurden folgende Themen diskutiert und weiterentwickelt:

- Standards der Lehre
 - Wege zu einem Minimalkonsens bezüglich Ausbildungszielen und -inhalten
 - Strategieentwicklung zur Umsetzung der Standards
- Prüfungssysteme
- Lehr- und Lernkultur.

Um Interessenten, die nicht an dem September-Workshop teilgenommen haben, einen Einstieg zu ermöglichen, wurden zunächst einige der Ergebnisse kurz zusammengefasst.

Zukünftige Standards der Lehre

Zusammenfassende Darstellung (Professor Eitel, München)

Es gibt keine allgemein konsentierten Standards der medizinischen Ausbildung in Deutschland. Das dahinter stehende Problem betrifft die Implementierung von Standards. International konsentierte Standards der World Federation of Medical Education können für unseren Diskurs eine Hilfestellung bieten, z. B. in Bezug auf folgende Punkte:

- **Akkreditierungssystem:** Es werden die Curricula, die Fakultäten und auch die Ergebnisse bewertet. Darauf aufbauend wird über notwendige Entwicklungsschritte entschieden. Die Begutachtung erfolgt sowohl durch interne als auch durch externe Einrichtungen.
- **Internationale Kompatibilität:** Diese soll in einem notwendigen Maß die Migrationsfähigkeit der Studierenden und Ärzte ermöglichen, z. B. durch eine international standardisierte Prüfungsform (ECPS).
- **Studentenorientierung** anstatt Fächerorientierung.
- **Definition von Ausbildungszielen:** Formulierten konsentierten Ziele müssen in Skalen übersetzt werden, die eine Messung erlauben.

G. Bornhöft

Fakultät für Medizin der Privaten Universität Witten/Herdecke gGmbH

- **Balance** zwischen wissenschaftlicher Grundausbildung und Praxisorientierung: Die angelsächsischen Länder mit ihrem betont pragmatischen Ansatz und Vorgehen zeigen eigentlich, dass diese Balance durchaus möglich ist, dass es ein künstlicher Dissens ist, an dem wir hier in Deutschland leiden.
- **Eigenstudienzeit:** Die Studierenden benötigen neben den neu orientierten Veranstaltungen auch ein im Curriculum bedachten Zeitraum für das Selbststudium. An der Harvard Medical School beträgt das Verhältnis von Präsenzstudium zu Selbststudium 60 : 40.

Dies sind nur einige Standards aus dem Positionspapier der World Federation of Medical Education, welches auf der letzten Tagung der AMEE in Prag erstmals vorgestellt wurde.

Ausbildungsziele (Brainstormingpunkte)

Ziele

- Profilbildung in der Lehre
- neue Lehr- und Lernkultur
- breites Patientenspektrum
- Auseinandersetzung mit Komplementärmedizin
- Ausbildung zum Generalisten
- Internationalisierung
- vernetzte „multizentrische“ Handlungskonzepte
- Fähigkeit zum lebenslangen Lernen
- biologisch-sozialwissenschaftliches Verständnis
- Persönlichkeitsentwicklung
- Toleranz
- Urteilskraft
- Reflexion des ärztlichen Handelns
- Aushalten des Ungewissen und Erkennen der Grenzen
- Verbalisierungs-/Diskurskompetenz
- Orientierung auf die Individualität des Patienten
- Interaktionsverständnis
- Flexibilität im Wandel der Gesellschaft
- Wissenschaftlichkeit
- Forschungsfähigkeit

Prinzipien

- N- statt H-Modell
- Interdisziplinarität
- Integration von Theorie und Praxis
- Eigenverantwortung der Studierenden
- Zusammenarbeit mit kleineren kooperierenden Kliniken

- Methodenausrichtung am Wandel der Gesellschaft
- Transparenz (z. B. des Erwartungshorizontes)

Methoden

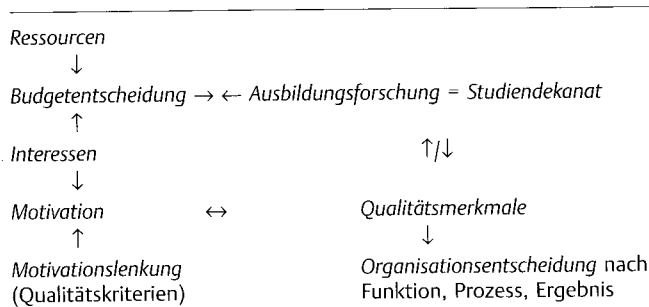
- formative Prüfungen zu Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten
- interne und externe Evaluation (Lehre, Forschung, Administration, Krankenversorgung)
- Ergebnis- und Prozessevaluation
- Reduktion der Studentenzahlen
- Betonung der Wissenschaftlichkeit von Lehre
- Untersuchungskurse
- Wahlpflicht-Seminare
- Selbststudium
- studienbegleitende Prüfungen
- Teachers-Training
- Methoden-/Konzeptreflexion
- Studienjahre
- Seminare/Übungen
- Blockunterricht
- Studienordnung/Studienplan
- Studiendekanate
- Klinikpraktika in der Vorklinik
- Fachsprechstunden
- Tutorien
- Kleingruppenarbeit
- POL
- Studium generale bzw. fundamentale
- integrative Lernräume
- Gesprächstraining
- Curriculumplanung und -entwicklung
- externe Stationspraktika

Umsetzungsstrategien

(Vorsitz: Prof. Nippert, Münster; Teilnehmer: PD Dr. Baretton, Prof. Eitel, Prof. Hardegg, Prof. Krüger, Herr Kunstmann, Frau Lier, Prof. Nippert, cand. med. Wössner)

Wie lassen sich Umsetzungsstrategien für entsprechende Lehrqualitäten und deren Sicherungen in die Fakultät einbringen?

Jede Fakultät lebt von der Verfügung über Ressourcen und von den Eigeninteressen der Fächer. Die Zusammenführung von Ressourcen und Interessen kann befördernd wirken, wenn man sie nur richtig nutzt.



Wir haben ausgehend von den *Ressourcen* und den damit zusammenhängenden *Interessen* eine bestimmte *Motivation*, uns sowohl die *Ressourcen* zu erhalten und/oder zu verbessern.

Die *Ausbildungsforschung* unterstützt den Prozess durch das Hinzufügen und Untermauern von Argumenten der Ausbildungsentwicklung.

Die *Budgetentscheidungen* sind gebunden an die organisatorische Grobstruktur der Fakultät: Der Dekan, die Studierenden und das Studiendekanat bilden innerhalb dieser Struktur so etwas wie eine natürliche Verbindung, die sich um die Realisierung der Interessen zu kümmern hat. Dies ist nur mit einem gewissen Grad an Verbindlichkeit für Lehraktivitäten zu fordern, die wiederum über den Dekan bzw. die Studienkommission eingebracht werden und die Qualitätsmerkmale dokumentieren. Die Überführung der Verbindlichkeitsfestlegungen nach Funktion, Prozess und Ergebnis über den Studienverlauf wäre eine umfassende Aufgabe für das Studiendekanat.

Wie muss das Studiendekanat in etwa gestaltet sein?

- Die Leitung des Studiendekanates sollte qua Amt in folgenden Gremien mitwirken: Im Fachbereichsrat sowie im Ausschuss für Lehre und Studierende/Medizinisches Curriculum-Komitee.
- Die Leitungsstelle sollte mit einem Professor besetzt sein, um zu verhindern, dass aus einer „unterlegenen“ Position heraus gearbeitet werden muss.
- Der Bereich sollte über einen eigenen Etat verfügen können, der sich nach der Anzahl der Studierenden und der zu betreuenden Projekte richten könnte.
- Aufgaben des Studiendekanats sind u. a.:
 - Personalentwicklung (faculty formation)
 - Vertretung der Fakultät in Lehrangelegenheiten nach außen (z. B. Med. Fakultätentag)
 - Change manager: Einbringen von Veränderungen initiiert durch inhaltliche Auseinandersetzungen.

Was sind die wesentlichen Elemente einer Überwindungsstrategie der Widerstände gegenüber Veränderungen?

1. Information – Diskurs – Argumentation
2. Wettbewerb zwischen den Instituten und Kliniken innerhalb der Fakultät
3. Vormachen: Beispiele vorleben
Verbündete unter den Meinungs- und Entscheidungsträgern gewinnen, sich dort bekannt machen, um an der Diskussion beteiligt zu werden und damit Informationen zu erhalten.

Prüfungen

(Vorsitz Dr. Peters; Teilnehmer: cand. med. Günther-Sutherland, Dr. Hölker, Dr. Peters)

Warum wollen wir prüfen?

Prüfungen sollten in einer Rückmeldung dem Studierenden eine Orientierung über seinen Studienstand geben. Darin liegt der Hauptzweck von Prüfungen.

Was wollen wir prüfen?

Geprüft werden sollte nicht allein kognitives Wissen, sondern auch die Fähigkeiten, Fertigkeiten und Haltungen, welche mit dem Arztberuf verbunden sind.

Dies verbindet sich mit der Notwendigkeit eines Lehr- und Lernzielkataloges der Fakultäten als Voraussetzung für die Ausrichtung der Prüfungen.

Wer stellt diesen Lehr- und Lernzielkatalog auf?

Denkbar wäre eine Kommission, die sich zusammensetzt aus:

- einem Vertreter des Faches
- einem Allgemeinmediziner
- einem ehemaligen Studenten
- dem Studiendekanat

Die Aufgabe dieser Kommission liegt in der Einigung auf ein für das Studium geltendes Grund- und Basiswissen, welches auch Gegenstand der Prüfungen wäre.

Wie gewährt man eine angemessene Objektivität der Prüfungen?

Die Prüfungen müssen standardisiert werden, um eine Willkür in den Prüfungen so weit als möglich auszuschließen. Die bekannten Prüfungsformen: Triple Jump (Methodenprüfung), MEQ (Methoden- und Wissensprüfung), OSCE (Prüfung von Fertigkeiten und Wissen) sowie mündlich strukturierte Prüfungen mit Checklistenvorgabe bedürfen dieser Standardisierung.

Wie prüft man Haltungen und Fertigkeiten?

Der Wunsch nach einem Checklistsensystem zur Bewertung von Haltungen und Fertigkeiten ist verständlich, aber schwer zu erfüllen. Ein Ansatz in diese Richtung sind OSCEs. Des Weiteren wurde in der Arbeitsgruppe die Möglichkeit der Situationskonfrontation unter Videoaufzeichnung angedacht, wobei im Anschluss gemeinsam mit dem Studierenden eine Besprechung der gezeigten Reaktionen erfolgen muss. Für die Prüfung von Haltungen ist es natürlich von grundlegender Bedeutung, dass den Studierenden überhaupt die Möglichkeit zum kontinuierlichen Training dieser gegeben wird, z. B. durch Veranstaltungen zum Arzt-Patient-Kontakt, in der die Studierenden im Rollenspiel mit möglichen Konfliktsituationen konfrontiert werden. Solche Veranstaltungen müssen nicht nur zu Beginn des Studiums für ein Semester, sondern das gesamte Studium begleitend angeboten werden.

Sollen Prüfungen formativ oder sanktionierend sein?

Die Fakultät hat gegenüber dem Patienten die Pflicht zur Qualitätssicherung. Sie muss sich also von dem Leistungsvermögen ihrer Studierenden ein Bild machen können. Dabei stellt sich die Frage, an welcher Stelle im Studium eine sanktionierende Prüfung für den Studierenden und die Fakultät sinnvoll wäre, bzw. ob eine solche sanktionierende Prüfung überhaupt notwendig ist, wenn man die formative Prüfung intensiv genug ausfüllt und sowohl von studentischer als auch von fakultärer Seite ernst nimmt.

Neue Lehr- und Lernkultur/neue Kommunikation

(Vorsitz: Dr. G. Bornhöft; Teilnehmer: Dr. Kaufmann, Frau Knievel, cand. med. Matzke, PD Dr. Rimpau, Herr Rützler, Prof. Scheffner, cand. med. Seitz)

Was haben „Lehr- und Lernkultur“ und Kommunikation miteinander zu tun, und wie lässt sich eine neue „Lehr- und Lernkultur“ generieren?

1. Kommunikation wird immer durch eine personelle und eine funktionelle/rollenhafte Ebene bestimmt.
2. Auf der personellen Ebene der Beziehung herrscht zwischen den Personen eine Gleichberechtigung, d. h. die Beziehung vollzieht sich hier unabhängig von sozialem und beruflichen Stand.
3. Auf der funktionellen Ebene richtet sich die Hierarchie nach der gefragten Kompetenz. Dies bedeutet für die Arzt-Patienten-Beziehung, dass der Arzt die fachliche Kompetenz zu Fragen der Medizin und der Patient die biografische Kompetenz besitzt.
4. Aus dieser Gegebenheit ergibt sich die Notwendigkeit, herkömmliche hierarchische Ausprägungen der Arzt-Patienten-Beziehung grundsätzlich infrage zu stellen, zugunsten einer von beiden Seiten aktiv zu gestaltenden Partnerschaft. Das heißt, anstelle eines reinen Vertragsmodells im Sinne einer Dienstleistung wird ein Partnerschaftsmodell postuliert.
5. Analogie zur Studiensituation: Die Lehrenden sind nicht nur Dienstleister im Sinne einer Wissensweitergabe, sondern Partner für die Studierenden bei der Ausbildung der eigenen Problemlösungskompetenz, Reflexionsfähigkeit u. a. Für die Lehrgestaltung bedeutet dies wegzukommen von einem organzentrierten, allein auf kognitives Wissen konzentrierten Unterricht hin zu einem studentenzentrierten Lehrangebot, welches immer auch die Selbstverantwortung und das Selbstvertrauen des Studierenden als ein zu Förderndes beachtet.
6. Für die Lehrenden stellt sich die Frage: Wie generiere ich ein Lernklima, in dem Lehrender und Studierender Spaß am Lernen haben.
7. Für die Studierenden hat ein höheres Maß an Selbstverantwortung ambivalente Assoziationen:
 - Eine in Freiheit wahrgenommene Verantwortung stärkt das Selbstvertrauen und die Lernmotivation
 - Freiheit kann auch als Chaos empfunden werden und zur Frustration führen.
8. Es muss also ein ausgewogenes Verhältnis gefunden werden. Dies setzt als notwendige Faktoren Folgendes voraus: Zeit, Ehrlichkeit von Studierenden und Dozent über die gemeinsame Situation und eine Akzeptanz der Individualität, was eine intensive Begleitung der Studierenden im Studium erfordert.
9. In der Fakultät selbst müssen persönliche Gespräche im Sinne einer Überzeugungs- und Begeisterungsarbeit geleistet werden. Motivationsgründe für eine Unterstützung von Veränderungen können sein:
 - Einsicht aus negativem Feedback
 - Anerkennung der Ausbildungsentwicklung als wissenschaftliches Projekt
 - Zusammenwirken von „bottom up“ und „top down“
 - Budgetverteilung
 - didaktischer Schwerpunkt bei der Vergabe der venia legendi

Die Fakultät muss sicherstellen, dass die Entwicklungen einer inhaltlichen Kontinuität genügen. Dies bedeutet für Personen der Fakultät, dass sie auch bedenken müssen, wie sie sich Nachfolger schaffen.

Dr. med. Gudrun Bornhöft

Studiendekanat (bis 1999) und Bereich UMR (ab 2000)
der Fakultät für Medizin der Privaten Universität
Witten/Herdecke gGmbH
Gerhard-Kienle-Weg 4
58313 Herdecke

E-mail: gudrun.bornhoeft@uni-wh.de

ABSTRACTS DER WORKSHOPS

Evidenz-basierte Medizin (EBM)

M. Perleth

Medizinische Hochschule Hannover, Abt. Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung

1. Teil: Was ist EBM und wie funktioniert sie?

Einführung: Hintergrund und Notwendigkeit.

Prinzipien der EBM am Beispiel des β -Interferons zur Therapie der multiplen Sklerose

- Entwicklung einer beantwortbaren Fragestellung aus der klinischen Situation heraus
- Literaturrecherche/Informationsressourcen für EBM
- Literaturbewertung
- Anwendung auf den konkreten Fall.

Zeitbedarf Literatur: Interferon β -1 b in the treatment of sclerosis: Final outcome of the randomised controlled trial: ca. 3 Std.

2. Teil: Wie kann EBM in das Medizinstudium integriert werden?

Identifikation von notwendigen Fähigkeiten für die EBM. Kurse zur EBM in der Vorklinik und in der Klinik. Weitere Vorschläge für die curriculare Verankerung der EBM.

Zeitbedarf: ca. 1 Std.

Literatur: Interferon β -1 b in the treatment of sclerosis: Final outcome of the randomized controlled trial.

M. Perleth

Medizinische Hochschule Hannover, Abt. Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung – OE 5410, Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover, E-mail: perleth@epi.mh-hannover.de

Tipps und Tricks für Projektleiter in der medizinischen Lehre am Beispiel des Medizindidaktischen Pilotprojektes „Anatomie in bildgebenden Verfahren“ Düsseldorf

M. Hofer¹, H.-G. Hartwig¹, U. Mödder¹, B. Schiebel²

¹Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität; ²Interdisziplinäres Zentrum für Hochschuldidaktik IZHD

Problemstellung: Auch im Entwurf zur neuen ÄAppO werden die bildgebenden Verfahren trotz ihres ständig zunehmenden klinischen Stellenwertes kaum im Pflichtcurriculum berücksichtigt. Studenten beklagen sich weiterhin über zu große und anonyme Praktikumsgruppen und über die mangelnde Verzahnung des vorklinischen Lehrstoffes mit dessen Relevanz im klinischen Alltag.

Die **Zielsetzung** des Pilotprojektes ist das Angebot von Kleingruppenkursen mit maximal fünf Teilnehmern pro Gruppe, Arbeitsplatz und Ausbilder in (farbkodierter Doppler-)Sonographie, Computertomographie und Endoskopie in *Fachsemesterstärke*. Dabei soll das Erlernen der Gerätehandhabung und der Anatomie in den bildgebenden

Verfahren die Lernmotivation vorklinischer Studenten erhöhen und die strikte Trennung zwischen Vorklinik und Klinik überwinden.

Material und Methode: Seit sechs Jahren werden in Düsseldorf für ca. 600 Studenten/Jahr Kurskonzepte für den Kleingruppenunterricht weiterentwickelt und extern durch IZHD-Fragebogen evaluiert. Insbesondere wurde ein intensiviertes Schulungsprogramm für die Ausbilder erprobt und ausgewertet, das nicht nur den fachlichen, sondern auch den didaktischen Kompetenzerwerb fokussiert.

Die **Auswertung** der Rückmeldungen zeigten begeisterte Reaktionen der Studenten. Nach modernen didaktischen Gesichtspunkten sind kursbegleitende Lehrbücher und fertige Trainingsprogramme entstanden, die zur signifikanten Steigerung der didaktischen und fachlichen Kompetenz führen.

Die **Diskussion** umfasst vor allem konkrete Anwendungshinweise, die Akquisition von Ressourcen, Geräten, Räumen, die Einführung eines train-the-trainer-Programms und Konfliktlösungsstrategien innerhalb der Fakultät und der beteiligten Dozenten (Beseitigung von Kompetenzstreitigkeiten und Harmonisierung von Besitzstandinteressen).

Schlussfolgerung: Das Pilotprojekt konnte in interdisziplinärer Zusammenarbeit Kleingruppenkurse mit hoher Praxisrelevanz dauerhaft auch nach Beendigung der MWF-Förderung implementieren. Konkrete Problemlösungsstrategien bei der Übertragung auf andere Fakultäten (vier haben es bereits übernommen) werden im Workshop gegeben.

Dr. med. Matthias Hofer

Institut für Diagnostische Radiologie (MNR-Klinik) der Heinrich-Heine-Universität, Postfach 101007, 40001 Düsseldorf

Mittelverteilung in NRW – Qualitätsindikatoren und Studienreform

C. Stosch, J. Koebke

Studiendekanat der Medizinischen Fakultät (Zentrum Anatomie) der Universität zu Köln

Neoliberale Politiken fordern höhere Autonomie des Einzelnen, etablieren aber in dessen Gefolge staatliche, an Quantitäten orientierte Lenkungsstrategien. Diese Art der Kontrolle über Steuerungsinstrumente soll der durchökonomisierten „NRW-AC“ ab dem kommenden Jahr Eingriffe in den Haushalt der medizinischen Fakultäten im Rahmen von 5% der Gesamtmittelzuweisungen erlauben. Diese Geldmenge entspricht schätzungsweise dem frei verfügbaren Geldvolumen der Fakultäten.

Steuerungselemente sollen dabei zwei höchst zweifelhafte Parameter bilden: Das Prüfungsergebnis des IMPP und der Anteil an „Langzeitstudierenden“ im Vergleich zwischen den Fakultäten. Den politischen Willenserklärungen ist zu entnehmen, dass von diesem Vorgehen grundsätzlich abzuweichen, nicht die Absicht der Landesregierung sein wird.

Ziel dieser Arbeitsgruppe soll die Weiterentwicklung des momentan höchst unzureichenden Steuerungsinstrumentariums sein, um die Fakultäten in die Lage zu versetzen, den zu erwartenden (und insbesondere sich auf die Studienreform auswirkenden) kontraproduktiven Effekten des bisherigen Bewertungsmaßstabes, auf politischem Wege zu begegnen.

Zu diesem Zweck ist eine Tischvorlage erarbeitet worden, welche von den TeilnehmerInnen der Arbeitsgruppe diskutiert und im günstigsten Falle zu einer gemeinsamen Empfehlung ausgebaut werden kann.

Christoph Stosch

Studiendekanat der Medizinischen Fakultät (Zentrum Anatomie) der Universität zu Köln, Joseph-Stelzmann-Straße 9, 50924 Köln, E-mail: christoph.stosch@medizin.uni-koeln.de

Kommunikationstraining für Mediziner

A. Knievel

Studiendekanat der Medizinischen Fakultät (Zentrum Anatomie)
der Universität zu Köln

Ausgangslage: Derzeitig ist an vielen traditionellen medizinischen Fakultäten weder „Gesprächsführung“ noch „Selbstreflexion“ im Lehrplan verankert. Patienten stellen oft kommunikative Defizite auf Seiten der Ärzte fest, Ärzte fühlen sich überfordert und ausgebrannt.

Ziel eines Kommunikationstrainings im Rahmen der Medizinischen Aus- und Weiterbildung soll es sein, den „heranwachsenden“ Mediziner Mittel an die Hand zu geben, mit der o.a. Situation besser zurecht zu kommen, durch die Möglichkeit Probleme unter den verschiedenen Gesichtspunkten beleuchten zu können (z.B. individuelle und strukturelle/gesellschaftliche) (Ken Wilber) und Kommunikationssituationen besser verstehen zu können (durch Unterscheidung von Beobachtung und Interpretation und entsprechende Modelle der Kommunikationstheorie: Schulz von Thun, Watzlawick, Reaktionsbildung (Fuhr/Gremmler-Fuhr). Eine weitere Intention eines Kommunikationstrainings soll eine größere persönliche Freiheit durch das Bewusstmachen und transparentere Gestalten von Beziehungen (Möglichkeiten der konstruktiven Kommunikation) und eine Verbesserung des Gesundheitszustandes der Ärztinnen und Ärzte (Psychohygiene) sein. Schließlich geht es darum, die Beziehung zwischen Arzt und Patient für beide Seiten befriedigender zu gestalten (aktives Zuhören, personale Symmetrie, das Konzept dialogischer Beratung).

Methode: Das Kommunikationstraining sollte Seminarcharakter haben mit einem hohen Anteil an praktischen Bestandteilen. Bewährt hat sich ein „prozessorientiertes“ Vorgehen, bei dem die jeweiligen Theorien dann zur Sprache kommen, wenn es die Situation erfordert. Hier ist ein hohes persönliches Einlassen der Studierenden gefordert.

In der **Arbeitsgruppe** geht es um die Erarbeitung von Umsetzungsmöglichkeiten eines Kommunikationstrainings an traditionellen medizinischen Fakultäten, wobei zuvor die Idee des Trainings – je nach Wunsch der Teilnehmerinnen und Teilnehmer – erfahrbar gemacht werden kann und ein Austausch über Schwierigkeiten bei der Umsetzung antizipiert wird.

Quellen: Unser Konzept für ein Kommunikationstraining für Mediziner orientiert sich stark an dem selber erlebten Kommunikationstraining des Pädagogischen Seminars der Universität Göttingen (R. Fuhr, Beziehung, Kontakt, Konflikt; 1992). Es gibt ein vergleichbares Training an den Reformuniversitäten. In Maastricht heißt es „Attitude-Awareness-Training“ (J. Graat) und im Berliner Modellstudiengang „Interaktionstraining“.

Bedeutung: Gerade unter einem ganzheitlichen Medizinverständnis und bei zunehmenden strukturellen Schwierigkeiten im Gesundheitswesen halte ich die Verankerung eines solchen Kommunikationstrainings in der Medizinischen Ausbildung für unerlässlich.

Anke Knievel

Studiendekanat der Medizinischen Fakultät (Zentrum Anatomie) der
Universität zu Köln, Joseph-Stelzmann-Straße 9, 50924 Köln, E-mail:
anke.knievel@medizin.uni-koeln.de

