

Ergebnis: Im Dresdner Modell ist es gelungen, im jeweiligen Studienabschnitt POL-Kurse als Lehreinheit zu schaffen, die fächerübergreifend bestimmte Themenkomplexe behandeln. Dazu ist eine sehr enge fachliche Zusammenarbeit der einzelnen Disziplinen nötig. Eine feste Struktur der personellen Planung und Verantwortung hat sich bewährt. Der organisatorische Aufwand ist gerade in der Umstrukturierungsphase enorm groß, zudem müssen genügend kleine Räume für die Tutoriumsgruppen zur Verfügung stehen. Parallel zur Etablierung der Kurse erfolgte die Tutorenausbildung unserer Mitarbeiter.

Jeder Kurs wird von externer Seite evaluiert und wissenschaftlich begleitet (Fakultät für Mathematik und Naturwissenschaften, Institut für Methoden der Psychologie).

Die Lehrinhalte des 3. Studienjahrs sind im letzten Jahr erfolgreich nahezu komplett durch POL-Kurse gelehrt worden, das 4. Studienjahr wird in diesem Jahr ebenfalls in 4 POL-Kurse aufgeteilt. Einige der zu lehrenden Fächer werden noch longitudinal und nicht integriert gelehrt; Teile der Lehrinhalte dieser Fächer sollen in Zukunft auch in die einzelnen Kurse einbezogen werden.

Das Dresdner Modell zeigt, dass eine Reform des Studiengangs der Medizin auch im Rahmen der bestehenden Approbationsordnung möglich ist.

Korrespondenzadresse: Prof. Dr. rer. nat. Peter Dieter · Studiendekan Medizin · Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus · TU Dresden · Fetscherstraße 74 · 01307 Dresden · E-mail: dieter@rcs.urz.tu-dresden.de

Zur Evaluation von Ethikunterricht

G. Neitzke, M. Möller

Abt. Geschichte, Ethik und Philosophie in der Medizin, Medizinische Hochschule Hannover

Zusammenfassung

Lehrveranstaltungen in Medizinethik sind für das Medizinstudium in Deutschland nicht verbindlich vorgeschrieben. Hinsichtlich der Lehrziele, Unterrichtsmethoden und Lehrinhalte differenzieren die angebotenen Lehrveranstaltungen. Im Sinne einer „best evidence medical education“ sollten Lehrangebote evaluiert werden. Dadurch kann das Erreichen der Lehrziele nachgewiesen werden. Die geeignete Lehrmethode ist diejenige, die die gesteckten Ziele am umfassendsten realisiert. Die Lehrziele im Fach Medizinethik erstrecken sich auf kognitive, affektive und praktische Komponenten. Eine Literaturanalyse zeigt, dass insbesondere für die beiden zuletzt genannten Elemente keine geeignete Evaluationsform existiert. Anhand der Erfahrungen mit eigenen Lehrveranstaltungen werden die Lehrziele konkretisiert. Ein darauf bezogenes Evaluationsinstrument für den Ethikunterricht wird entwickelt und dargestellt.

Schlüsselwörter

Ethik im Medizinstudium · Ethikunterricht · Lehrziele Medizinethik · Evaluation · Assessment

Evaluating Ethics Education

In Germany, courses of medical ethics are not yet compulsory in the medical curriculum. The existing seminars show a wide range of teaching aims and objectives, content and teaching methods. The idea of „best evidence medical education (BEME)“ is to evaluate teaching in order to optimise it. BEME helps to prove that teaching aims are actually achieved by the seminars evaluated. The adequate teaching methods will result in a maximum realisation of the achieved objectives. In medical ethics these objectives cover cognitive, affective and practical components. A review of the literature shows, that no useful and ideal evaluation of the latter two objectives exists. On the basis of experiences from ethics seminars at Hannover Medical School the teaching aims will be specified and put more precisely. A tool for evaluating ethics seminars according to these specified teaching objectives will be developed and explained.

Key words

Ethics in the medical curriculum · ethics teaching · teaching aims · evaluation · assessment

Für das Medizinstudium in Deutschland schreibt die aktuell gültige Approbationsordnung Lehrveranstaltungen zur Medizinethik nicht verbindlich vor. Das wird sich voraussichtlich mit der nächsten Novelle der Approbationsordnung ändern [1]. Dennoch sind Lehrangebote zur Medizinethik an vielen Universitäten im deutschsprachigen Raum bereits fest etabliert. Die Unterrichtsformate variieren jedoch stark [2–8]. Hinsichtlich der

Lehrziele, Inhalte und Unterrichtsmethoden besteht derzeit keine Einigkeit. Dies gilt ebenfalls für Länder, in denen Ethik als Pflichtfach gelehrt wird [9–11]. Für den Fall, dass Ethik auch in Deutschland Pflichtlehrfach werden sollte, ist der Qualitätsnachweis im Sinne einer „best evidence medical education“ [12,13] unerlässlich. Idealerweise sollten die einzelnen Unterrichtsformate in Medizinethik – wie in jedem anderen Unterrichtsfach – durch eine Evaluation belegen können, dass sie erfolgreich sind in Bezug auf das Erreichen der definierten Lehrziele. „Evaluations (...) can and should influence our teaching methods an strategies“ ([14] S.234). Lehrqualität entsteht, wenn die Unterrichtsmethoden nachweislich geeignet sind, die gesteckten Lehrziele zu erreichen. Dies könnte auch Skeptiker überzeugen, die den Sinn separater Ethikseminare bestreiten [15]. Dem Ruf nach mehr Ethik im Medizinstudium [16] kann anhand einer solchen Evaluation in qualitativ hochwertiger Weise entsprochen werden. Die Qualität von Ethikseminaren besteht letztlich darin, dass die Studierenden tatsächlich „bessere“ Ärztinnen und Ärzte im Sinne der Lehrziele werden. Diesem Bestreben widmet sich das hier vorgestellte Forschungs- und Lehrprojekt.

Lehrziele

Über die Inhalte von Ethikveranstaltungen sind bereits Konsensuspapiere publiziert worden [17]. Die Festlegung spezifischer Lehrziele geht jedoch darüber hinaus. Als übergeordnetes Ausbildungsziel im Medizinstudium könnte man die „verantwortungsvolle ärztliche Handlungskompetenz“ bezeichnen (vgl. Abb. 1). Dieses Lehrziel lässt sich hinsichtlich seiner kognitiven, affektiven und praktischen Komponenten differenzieren. Für den Bereich Medizinethik lassen sich als kognitive Lehr- und Lernziele die Kenntnis medizinethischer Kodizes (Eid des Hippokrates, Genfer Ärztegelöbnis, Deklaration von Helsinki etc.), relevanter juristischer Grundlagen (Strafgesetzbuch, Berufsordnung für Ärzte, Transplantationsgesetz, Arzneimittelgesetz etc.), relevanter Moraltheorien (Utilitarismus, Deontologien, Prinzipienethik etc.) oder psychologisches Wissen beispielsweise von Kommunikationstheorien benennen. Ob Studierende sich kognitive Lerninhalte angeeignet haben oder nicht, ist methodisch am

leichtesten einer Prüfung oder Evaluation zugänglich. Darüber hinaus widmet sich die Lehre von Medizinethik aber auch affektiven Komponenten [18]: Die Studierenden sollen Einfühlungsvermögen oder Empathie, Mitgefühl, Respekt und Umgang mit Vertrauen lernen. Dabei werden die eigene emotionale Beteiligung, die psychische Belastung und das persönliche Engagement erlebt. Die Studierenden sollen die häufig intuitive eigene Werteordnung und das zugrunde liegende Menschenbild erfahren und reflektieren. Daraus resultiert letztlich ein Gespür für die eigene Verantwortlichkeit und die Anforderungen an das eigene Gewissen.

Die dritte Säule von Lehrzielen im Bereich der Medizinethik sind praktische Fähigkeiten und Fertigkeiten. Dazu gehören kommunikative Kompetenzen [19], die Eignung im Team zu arbeiten, Kompetenzen im Umgang mit ethischen Konflikten, in der Entscheidungsfindung und Umsetzung von Entscheidungen. Eine weitere Spezifikation ergibt folgende, konkrete Unterziele für die praktischen Lehrziele [20]: Im Verlauf eines ethischen Konfliktes gilt es, die moralischen Probleme überhaupt wahrzunehmen (Sensibilisierung), alle am Konflikt beteiligten Personen zu erkennen, alternative Handlungsoptionen zu erkennen und zu benennen, die eigenen Überzeugungen zu bemerken und adäquat darzulegen und die Überzeugungen anderer zu erkennen und anzuerkennen. Darauf folgt der Diskurs im engeren Sinne, wobei die Fähigkeiten des Argumentierens und Begründens, des Abwägens der relevanten Argumente und der Konsenssuche notwendig sind. Eine getroffene Entscheidung muss dann umgesetzt und die Umsetzung kommuniziert werden. Weitere spezifische Fertigkeiten aus dem Bereich der Medizinethik stellen etwa das Einholen einer Einwilligung (informed consent), das Überbringen schlechter Nachrichten oder der Umgang mit Sterbenden dar. Erst die explizite Benennung dieser Lehrziele auf allen drei Ebenen ergibt den Maßstab für die Eignung bestimmter Unterrichtsmethoden. Eine Lehrmethode kann nur dann als geeignet gelten, wenn sie nachweislich den Erwerb der Lehrziele mit ihren kognitiven, affektiven und praktischen Komponenten befördert.

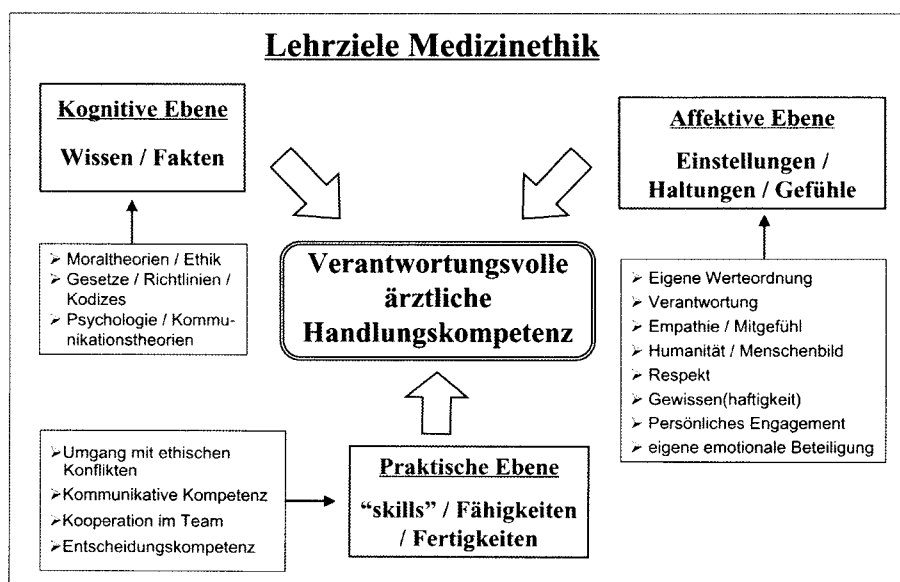


Abb. 1 Lehrziele im Fach Medizinethik.

Ethik-Fallseminare in Hannover

An der Medizinischen Hochschule Hannover werden seit 5 Jahren Ethikseminare angeboten. Im Rahmen des „Praktikums zur Einführung in die klinische Medizin“ kann ein Schein erworben werden, der relevant für die Meldung zum Physikum ist [8]. Das Seminarformat besteht aus einer moderierten Falldarstellung in Kleingruppen (max. 20 Studierende aus vorklinischen Semestern). In jedem Blockseminar (à 8 Std.) wird ein anderer, realer Fall von klinisch tätigen Ärztinnen und Ärzten vorgestellt. Die Falldarstellung erfolgt chronologisch und ist in einzelne Sequenzen (Abschnitte der zugrunde liegenden Krankengeschichte) eingeteilt. Dadurch können die einzelnen Entscheidungssituationen der Fallgeschichte in Unkenntnis des späteren Ausgangs – und damit lebensnah und realitätsgetreu – diskutiert werden [21]. Die Falldiskussion wird vom Medizinethiker vorbereitet und methodisch strukturiert. Die Studierenden erarbeiten die einzelnen Stationen der Fallgeschichte anhand von Rollenspielen, Kleingruppendiskussionen und Planspielen. Das Seminar ist studentenzentriert angelegt und folgt damit der Einsicht, dass eine Studentenzentrierung notwendige Voraussetzung ist, um eine Patientenzentrierung der späteren Ärztinnen und Ärzte zu befördern [22]. Aus demselben Grund sind die Lehrveranstaltungen so gestaltet, dass die studentische Autonomie gewahrt und wenn möglich befördert wird, damit die Studierenden später Patientenautonomie respektieren [23]. „Students cannot be expected to treat patients better than they themselves were treated during medical education“ ([19] S. 188). Nur wer Respekt vor der eigenen Autonomie erfährt, wird dies als Wert anderen zugute kommen lassen.

Assessment

Zum Erwerb des Scheins müssen die Studierenden nach dem Besuch von drei Fallseminaren eine schriftliche Fallanalyse über eine der besprochenen Fallgeschichten einreichen. Dieses „assessment“ dient dazu, den Lernerfolg der Studierenden zu überprüfen. Bewertet werden dabei insbesondere die Fähigkeit, moralische Konflikte anhand der Fallgeschichte zu erkennen (moralische Sensibilität), Handlungsalternativen aufzuzeigen, Argumente für und gegen die einzelnen Alternativen anzugeben und eine Gewichtung dieser Argumente vorzunehmen (Argumentations- und Entscheidungskompetenz). Ausgehend von den Argumenten sollen die Studierenden ihre eigene moralische Haltung/Überzeugung angeben. Die Fähigkeit, sich anhand einer Fallgeschichte moralisch zu positionieren wird bewertet, nicht hingegen die konkrete moralische Position des oder der Studierenden. Der Lernerfolg ist durch diese Überprüfung direkt abzulesen und war in den letzten Jahren konstant hoch.

Andere Formen des Assessments werden in der Literatur genannt. Eine weitergehend standardisierte Form, anhand von Fallvignetten zu prüfen, stellt der MEQ (modified essay question) dar [14]. Eine schriftliche Diskussion von konstruierten Fällen wird ebenfalls von Oberle [24] und Hayes [25] verwendet. Hierbei wird besonders die Diskrepanz deutlich, die sich zwischen dem „Wissen, Können und Tun“ ergibt. Die schriftliche Prüfung ist lediglich dazu geeignet, das Wissen um moralische Probleme, bestimmte Argumente und den Umgang mit ihnen zu evaluieren. Ob dieses Wissen auch im praktischen Tun verfügbar ist,

prüfen eher handlungsorientierte Tests. Dies berührt zusätzlich zur Ebene des Wissens („ich weiß, wie es geht“) auch die des Könnens („ich kann das Wissen auch anwenden“). Dazu ist 1991 erstmals ein OSCE (objective structured clinical examination, dieses Testverfahren in der Medizin geht zurück auf: [26]) für Medizinethik entwickelt und evaluiert worden [27]. Andere Arbeitsgruppen entwickelten ebenfalls Ethik-OSCEs und wendeten sie an [14, 28]. Doch auch ein Ethik-OSCE prüft nur, ob die erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten im Prinzip (in einer Prüfungssituation) abrufbar sind. Somit lässt der OSCE ebenfalls die Frage offen, ob in einer realen Situation auf einer Station die moralischen Kompetenzen tatsächlich zur Anwendung kommen werden, „in daily practice when no one is watching“ [14, S. 233]. Diese höchste Ebene der Pyramide aus „Wissen – Können – Tun“, das tatsächliche Tun, wäre nur durch das Befragen echter Patientinnen und Patienten zu validieren. Der Versuch, ärztliches Verhalten durch Pflegekräfte evaluieren zu lassen [29], ist originell, kann aber nicht ausreichend überzeugen und ersetzt die Patientenperspektive nur partiell.

Evaluation

Die unter „Assessment“ angeführten Testverfahren prüfen die Qualität der Leistungen Studierender, nicht aber – oder nur indirekt – die Qualität der Lehre. Im Gegensatz zu Assessment soll Evaluation als Prüfverfahren für die Qualität von Lehrveranstaltungen verstanden werden. Die grundlegendste Form einer solchen Überprüfung ist der von Studierenden auszufüllende Evaluationsfragebogen, in dem deren Einschätzung der Lehrveranstaltung erfragt wird. In dieser klassischen Form wurden die Ethikseminare in Hannover von Beginn an evaluiert. Mittlerweile wurden 1075 Fragebogen aus 73 Blockseminaren ausgewertet, die Benotung durch die Studierenden ist über die Jahre konstant gut (Gesamtnote 8,3 auf einer Skala von 0–10 Punkten; Kompetenz der Lehrenden 9,1 Punkte; Moderation der Fälle 8,4 Punkte; Informativität 8,1 Punkte; Relevanz 7,6 Punkte; Eignung der Fälle 8,3 Punkte [21]). Auch das Format der Veranstaltung findet große Zustimmung: Seminare im Gegensatz zu Vorlesungen werden von 94% der Studierenden gewünscht, Kleingruppenarbeit und Fallorientierung begrüßen sogar 98%.

Um aber Evidenz hinsichtlich der Qualität von Ethikseminaren zu erhalten, sollte die Evaluation tiefer greifen. „Does teaching medical ethics make a difference?“ ([30] S. 701). Was genau wird durch eine medizinethische Intervention erreicht? Werden die Studierenden in moralischem Sinne „besser“, verhalten sie sich anders in ihrem späteren Berufsleben als Ärztinnen und Ärzte? Eine Analyse der aktuellen internationalen Literatur ergibt folgende Evaluationsprojekte: Nur in einer Studie ist versucht worden, die Absolventen einer Medical School in der Berufstätigkeit weiter zu beobachten. Die ärztlichen Vorgesetzten der ehemaligen Teilnehmer eines Ethikseminars wurden in Bezug auf Verhaltens- und Charaktermerkmale der Absolventen befragt. Es lässt sich ein Trend erkennen, dass die Absolventen tatsächlich in den Augen ihrer Chefs „gute Eigenschaften“ hatten. Es gibt aber keinerlei Kontrollgruppe, da alle Absolventen der Medical School den gleichen Unterricht durchlaufen hatten. Aus Sicht des Medizinethikers Pellegrino verbietet sich ein solches For-

schungsprogramm aufgrund seiner Komplexität und zweifelhaften Reliabilität [30].

Am bekanntesten geworden sind die Evaluationen von James Rest und Donnie Self aus den USA [31–35]. Der von ihnen verwendete DIT (defining issues test) bezieht sich auf die von Lawrence Kohlberg postulierten Stufen der Moralentwicklung [36]. Die moralische Argumentationsfähigkeit der Testpersonen führt zur Zuordnung zu einer der sechs Stufen (zwei präkonventionelle, zwei konventionelle und zwei postkonventionelle Stufen). Eine höhere Stufe wird dabei durch abstrakteren und stärker prinzipienorientierten Umgang mit moralischen Dilemmata erreicht. Dadurch wird ein prinzipienorientiertes Moralverständnis gegenüber empathischer, situations- und kontextbezogener Fürsorglichkeit bevorzugt. Die Kritik an Kohlbergs Theorie durch seine Schülerin Carol Gilligan war letztlich einer der Ausgangspunkte für die Entwicklung einer eigenständigen feministischen Ethik [37]. Auch in der Medizin lässt sich nicht zwangsläufig ableiten, dass ein abstrakter, prinzipienorientierter Umgang mit Problemen in der Krankenversorgung einem konkreten, mitfühlenden und situationsorientierten Umgang vorzuziehen oder diesem überlegen ist. Die Kritik an den von Kohlberg abgeleiteten Evaluationsverfahren ist auch in der Medizinethik nicht neu [38, 39]. Wenn also im klinischen Alltag nicht das abstrakte moralische Denkvermögen, sondern der praktische Umgang mit ethischen Konflikten erforderlich ist, geht diese Form der Evaluation an den Erfordernissen der Praxis vorbei. Die von Rest und Self hochsignifikant belegten Ergebnisse sind aus diesem Grunde in ihrer Validität extrem eingeschränkt.

Dieses Problem wurde auch von der Arbeitsgruppe um Georg Lind in Konstanz erkannt [40]. Er prüft deshalb den Zuwachs an moralischer Kompetenz anhand des von ihm entwickelten MUT (moralischer Urteilstest), der den DIT wie folgt modifiziert: Die Bewertung des moralischen Entwicklungsniveaus erfolgt nicht gemäß der Stufen des Kohlberg-Schemas. Lind prüft, ob die Testperson in der Lage ist, moralische Argumente einander zuzuordnen, die derselben Stufe nach Kohlberg entsprechen. Hohe moralische Kompetenz wird den Personen zugeschrieben, die ein Pro- und ein Kontraargument derselben Stufe gleichermaßen akzeptieren oder zurückweisen. Dadurch werden Testpersonen, die auf einer niedrigen Kohlbergstufe argumentieren, nicht benachteiligt. Da dieser Ansatz den Umgang mit Argumenten bewertet, misst er ausschließlich kognitive Aspekte. Affektive und praktische Komponenten bleiben im MUT ebenso unberücksichtigt wie die Frage, ob die objektivierte Urteilskompetenz dann in einer realen Situation auch zur Anwendung kommt oder nicht.

Die zu bewertenden Argumente des DIT und MUT beziehen sich auf konkrete Fallgeschichten. Auch andere Evaluationen von Ethikseminaren verwenden Fallvignetten [24, 25, 41]. Zu den Fallgeschichten werden offene Fragen gestellt. Diese sollen von den Testpersonen in einer freien Argumentationsschrift beantwortet werden. Keine der Studien kann das Problem lösen, die notwendige Reliabilität sicherzustellen. Die Auswertpersonen wichen in ihren Beurteilungen teilweise stark voneinander ab oder unterschieden sich von neutralen Prüfpersonen. Resümierend lässt sich sagen, dass keines der genannten Verfahren geeignet ist, einen „best-evidence-Standard“ der Lehre von Medizinethik zu begründen. Als Resultat des Literaturüberblicks lässt

sich festhalten, dass die ideale Form der Evaluation von Ethikseminaren hinsichtlich kognitiver, affektiver und praktischer Lehrziele (noch) nicht entwickelt wurde.

Entwicklung eines eigenen Evaluationsinstruments

Um die Qualität von Ethikseminaren sinnvoll zu evaluieren, muss die Realisierung der angestrebten Lehrziele geprüft werden [42]. An der Medizinischen Hochschule Hannover wurde deshalb ein eigenes Evaluationsinstrument entwickelt, das hier dargestellt werden soll. Ausgangspunkt war, dass insbesondere die affektiven und praktischen Lehrziele in die Evaluation integriert werden sollten [43]. Eine nachweisliche Veränderung in diesen Bereichen könnte auf eine nachhaltige Änderung in den Einstellungen und Haltungen der Studierenden hinweisen. Der Test soll vor und nach den Ethikseminaren stattfinden, also vor dem ersten (Prätest) und nach dem zweiten (Posttest) Semester. Da es für die Seminare eine größere Anzahl von Interessierten gibt als tatsächlich daran teilnehmen können, ergibt sich eine ideale Kontrollgruppe: Die Studierenden, die Ethikseminare belegen wollten, aber nicht in die Teilnehmergruppe hineingelost wurden, dienen als Kontrollgruppe für die, die Ethik belegen wollten und an dem Kurs tatsächlich teilnehmen konnten. Dadurch ist sichergestellt, dass das originäre und vorab bestehende Interesse an Ethik in der Interventions- und Kontrollgruppe gleich groß ist. Alle bisherigen Studien konnten keine solche, methodisch einwandfreie Kontrollgruppe aufweisen.

Der Test analysiert folgende ausgewählte Lehrziele: Auf der affektiven Ebene die Lehrziele Verantwortlichkeit und Empathie/Mitgefühl und auf der praktischen Ebene die Kompetenzen in Argumentation und Entscheidungsfindung (vgl. Abb. 2). Der Test besteht aus einem Fragebogen zur Selbsteinschätzung (self-assessment). Es werden zwei medizinethische Dilemmata vorgestellt (siehe Fallvignetten im Anhang). Zu jeder Fallgeschichte werden acht Aussagen getroffen. Die Studierenden sollen auf einer 9-Punkte-Skala angeben, inwieweit sie den Aussagen zustimmen können oder sie für sich ablehnen. Jedem der vier zu evaluierenden Lehrziele sind je vier der Aussagen zugeordnet. Aus den vier zusammengehörigen Antworten wird ein Summenscore gebildet. Die Differenz zwischen den Summenscores des Prä- und des Posttests kann dann analysiert werden. Dabei spielt die absolute Höhe der Scores keine Rolle, es wird lediglich die Differenz zwischen den Zeitpunkten betrachtet. Die Erhöhung eines Scores nach Teilnahme an den Seminaren ist gleichbedeutend mit einem Lernerfolg im Sinne der evaluierten Lehr-

Lehrziele	
Affektive Ebene	Praktische Ebene
Verantwortlichkeit	Entscheidungsfindung
Empathie/Mitgefühl	Argumentation

Abb. 2 Für die Evaluation ausgewählte Lehrziele.

ziele. Eine wichtige Bedingung bei der Erarbeitung des Fragebogens war es, die Ergebnisse von der jeweiligen Einstellung der Studierenden zu dem Fall unbeeinflusst zu erheben. Es soll nicht die Moral der Studierenden getestet werden (für oder gegen die Operation des Babys respektive für oder gegen den Bruch der Schweigepflicht), sondern der Umgang mit einem solchen Problem.

An zwei Beispielen soll der Bezug der Aussagen des Fragebogens zu den Fallgeschichten und zu den Lehrzielen verdeutlicht werden. Die vier Aussagen, die auf der Ebene der praktischen Lehrziele für den Score „Argumentation“ zusammengefasst werden, sind: Fall 1, Argument a: „Die Beweggründe der Eltern leuchten mir ein“; Fall 1, Argument b: „Im Gespräch möchte ich die Eltern nicht durch meine Argumente belasten“; Fall 2, Argument a: „Ich halte es für wichtig, dass mir Herr S. seine Beweggründe genauer erläutert“ und Fall 2, Argument b: „Ich habe keine Idee, wie ich an einen solchen Konflikt herangehen soll“. Die Argumentationskompetenz beruht u. a. darauf, die Argumente aller Parteien zu verstehen und zu respektieren (Zustimmung zu 1 a und 2 a). Darüber hinaus ist es notwendig, sich selbst zu positionieren, deshalb soll 1 b möglichst ablehnend beantwortet werden. Das Austauschen und Abwägen der Argumente ist ein notwendiger Schritt auf dem Weg zur Lösung eines moralischen Konfliktes (Ablehnung von 2 b). Da es sich bei der Evaluation gerade nicht um eine Prüfungssituation handelt, kann aus der Antwort 2 b herausgelesen werden, wie gut vorbereitet sich die Studierenden auf akute Konflikte fühlen. Obwohl die Selbsteinschätzung subjektiv gefärbt sein mag, können die im Seminar vermittelten Konfliktanalyse- und Konfliktlösungsstrategien hier eine Veränderung des Summenscores ergeben.

Das nächste Beispiel betrifft die Ebene der affektiven Lehrziele. Zum Score „Verantwortlichkeit“ werden folgende Aussagen zusammengefasst: Fall 1, Argument c: „Ich fühle den Eltern gegenüber eine Verantwortung“; Fall 1, Argument d: „Mein Gewissen und meine Vorstellungen von Leben helfen mir in diesem Konflikt weiter“; Fall 2, Argument c: „Ich fühle mich für die Gesundheit der mir unbekanntem Frau S. verantwortlich“ und Fall 2, Argument d: „Das Vertrauen, das Herr S. zu mir hat, spielt bei meinen Überlegungen keine Rolle“. In den Argumenten 1 c und 2 c weist das Indikatorwort „verantwortlich“ bzw. „Verantwortung“ auf das angestrebte Lehrziel hin. Hier können die Testpersonen eine Selbsteinschätzung ihrer Haltung offenbaren. Es wird nach der Verantwortung für die jeweils nicht aktuell in Behandlung befindliche Person gefragt, um das Verantwortungsgefühl für die Gesamtheit des moralischen Dilemmas zu prüfen. Der Hinweis auf das „Gewissen“ prüft, ob die Testpersonen sich auf das eigene Verantwortungsgefühl verlassen kann und ob eine innere Bereitschaft zur Übernahme von Verantwortung besteht. Ohne Vertrauen und ohne die Fähigkeit, Vertrauen zu schaffen, lässt sich ein ethischer Konflikt nicht adäquat lösen. Die Verantwortung und Bereitschaft dafür kann an einer Ablehnung der Aussage 2 d erkannt werden.

Das entwickelte Evaluationsinstrument stellt einen Baustein dar auf der Suche nach einer idealen Evaluation. Seine Vorteile sind eine einfache Handhabung und kurze Bearbeitungsdauer, die enge Ausrichtung und Orientierung an den Lehrzielen des Faches Medizinethik und die Überprüfung insbesondere von affektiven

und praktischen Komponenten des übergeordneten Ausbildungszieles. Diese Komponenten sind, wie die Literaturanalyse ergab, schwer zu validieren. Die Auswertung der standardisierten Antworten ist besser objektivierbar und in höherem Maße reliabel als Fallvignetten mit freien Antworten oder ein Ethik-OSCE. Eine wichtige methodische Beschränkung des Evaluationsinstruments ist aber, dass von den Studierenden lediglich eine Selbsteinschätzung erfragt wird. Ob die geäußerten Haltungen den in der Realität handlungsbestimmenden Haltungen und Motiven entsprechen liegt jenseits unserer Fragestellung. Anhand eines Ethik-OSCE ließe sich darüber hinaus auch das Anwenden-Können des erlernten Wissens prüfen. Eine Untersuchung, ob das Wissen dann auch in praxi angewendet wird, steht aber weiterhin aus. Innerhalb des Projektes „Evaluation von Ethikseminaren“ ist damit die Entwicklung des Testinstruments abgeschlossen. Über die Ergebnisse der ersten Anwendungen des Fragebogens wird noch zu berichten sein.

Anhang

Fallvignette 1

Max ist ein extrem frühgeborenes Baby. Er kommt in der 23. Schwangerschaftswoche auf die Welt. Er wird künstlich beatmet, da seine Lunge sehr unreif ist. Außerdem kommt es zu einer Gehirnblutung, denn seine Blutgefäße sind noch nicht ausreichend stabil. Die Chance, dass Max die nächsten Wochen überlebt, ist sehr gering. Falls er überlebt, wird er mit hoher Wahrscheinlichkeit schwer geistig und körperlich behindert sein. Der Zustand von Max verschlechtert sich zunehmend. Er entwickelt zusätzlich eine schwere Darminfektion. Es besteht die Möglichkeit, das entzündete Stück Darm operativ zu entfernen. Die OP ist notwendig, um die geringe Überlebenschance von Max zu erhalten. Die Eltern sprechen sich gegen die Operation aus mit der Begründung, dass sie Max die OP nicht zumuten wollen und er ihrer Meinung nach sowieso „kein gutes Leben“ zu erwarten habe. Als behandelnde/r Ärztin/Arzt geraten Sie in einen Konflikt, da Sie die OP durchführen möchten.

Fallvignette 2

Herr S. ist verheiratet und hat zwei schulpflichtige Kinder. Er wird in Ihrer Klinik wegen einer besonderen Form von Lungenentzündung behandelt, die häufig im Rahmen von AIDS auftritt. Die Blutuntersuchungen ergeben, dass Herr S. tatsächlich HIV-infiziert ist. Im Gespräch gibt Herr S. an, er wolle selbst entscheiden, wann und auch ob er seiner Frau von der Krankheit erzähle. Sie weisen darauf hin, dass es für seine Frau lebensrettend sein kann, sich vor einer Infektion zu schützen. Außerdem sei es für sie wichtig, ebenfalls einen HIV-Test machen zu lassen. Im Falle eines positiven Testergebnisses könne seine Frau dann Medikamente einnehmen, um den Ausbruch der Krankheit hinauszuzögern und so ihr Leben zu verlängern. Nach sechs Wochen kommt Herr S. zur Kontrolle in Ihre Sprechstunde. Auf Ihre Nachfrage sagt er, dass er seine Frau noch nicht informiert habe. Er wolle nicht, dass sie von seinen homosexuellen Kontakten erfahre. Er befürchtet, dass sie sich dann von ihm trennen werde und die Familie zerbreche. Doch zu ihrem Schutz habe er jetzt nur noch „safer sex“ mit ihr gehabt. Als behandelnde/r Ärztin/Arzt überlegen Sie, ob Sie Frau S. gegen den Willen ihres Mannes über seine HIV-Infektion informieren, damit sie sich gegebenenfalls in Behandlung begeben kann.

Literatur

- 1 Clade H. Reform des Medizinstudiums. Mehr Praxisbezug angesagt. Dt Arztebl 1998; 95: B57 – B58
- 2 Heister E, Seidler E. Ethik in der ärztlichen Ausbildung an den Hochschulen der Bundesrepublik Deutschland. Ergebnisse einer Umfrage. Ethik Med 1989; 1: 13 – 23
- 3 Heubel F. Kolloquium „Ethik in der Medizin“. Medizinethischer Unterricht am Marburger Fachbereich Medizin. Ethik Med 1994; 6: 88 – 92
- 4 Kahlke W, Reiter-Theil S. Lernziele für die Auseinandersetzung mit ethischen Problemen. In: Kahlke W, Reiter-Theil S (Hrsg): Ethik in der Medizin. Stuttgart: Enke, 1995: 17 – 22
- 5 Wiesemann C. Das Erlanger Modell. Urteilskraft und Handlungskompetenz als Lernziele des Ethikunterrichts. Ethik Med 1994; 6: 93 – 98
- 6 von Engelhardt D. Ethik in der medizinischen Ausbildung - Das Lübecker Modell: Grundkurs, Patientenseminar, Studientag. Ethik Med 1994; 6: 82 – 87
- 7 Allert G, Sponholz G, Meier-Allmendinger D, Gaedicke G, Baitsch H. Kurze Übersicht über die Lehraktivitäten des Ulmer Arbeitskreises für Ethik in der Medizin. Ethik Med 1994; 6: 99 – 104
- 8 Neitzke G. Ethische Fallseminare im Medizinstudium. Erfahrungen mit einer neuartigen Veranstaltung an der Medizinischen Hochschule Hannover. Niedersächs Arztebl 1998; 71: 13 – 15
- 9 Fox E, Arnold RM, Brody B. Medical ethics education: past, present, and future. Acad Med 1995; 70: 761 – 769
- 10 Have HA. Ethics in the clinic: a comparison of two Dutch teaching programmes. Med Educ 1995; 29: 34 – 38
- 11 Schneider GW, Snell L. C. A. R. E.: an approach for teaching ethics in medicine. Soc Sci Med 2000; 51: 1563 – 1567
- 12 Harden RM, Grant J, Buckley G, Hart IR. BEME Guide No. 1: Best Evidence Medical Education. Med Teach 1999; 21: 553 – 562
- 13 Hart IR, Harden RM. Best evidence medical education (BEME): a plan for action. Med Teach 2000; 22: 131 – 135
- 14 Mitchell KR, Myser C, Kerridge IH. Assessing the clinical ethical competence of undergraduate medical students. J Med Ethics 1993; 19: 230 – 236
- 15 Brewin TB. How much ethics is needed to make a good doctor? Lancet 1993; 341: 161 – 163
- 16 Charon R, Fox RC. Critiques and remedies: medical students call for change in ethics teaching. JAMA 1995; 274: 767, 771
- 17 Teachers of medical ethics and law in UK medical schools. Teaching medical ethics and law within medical education: a model for the UK core curriculum. J Med Ethics 1998; 24: 188 – 192
- 18 Self D. The pedagogy of two different approaches to humanistic medical education: cognitive vs affective. Theor Med 1988; 9: 227 – 236
- 19 Kraft M, Neitzke G. Communication in medical education: Students' demands. Med Health Care Philos 2000; 3: 185 – 190
- 20 Kahlke W. Praktische Empfehlungen zum Lehren und Lernen. In: Kahlke W, Reiter-Theil S (Hrsg): Ethik in der Medizin. Stuttgart: Enke, 1995; 134 – 143
- 21 Neitzke G. Teaching medical ethics to medical students: moral, legal, psychological and philosophical aspects. Med Law 1999; 18: 99 – 105
- 22 Ashcroft RE. Teaching for patient-centred ethics. Med Health Care Philos 2000; 3: 287 – 295
- 23 Williams GC, Deci EL. The importance of supporting autonomy in medical education. Ann Intern Med 1998; 129: 303 – 308
- 24 Oberle K. Measuring nurses' moral reasoning. Nurs Ethics 1995; 2: 303 – 313
- 25 Hayes RP, Stoudemire A, Kinlaw K, Dell ML, Loomis A. Qualitative outcome assessment of a medical ethics program for clinical clerkship: a pilot study. Gen Hosp Psychiatry 1999; 21: 284 – 295
- 26 Harden RM, Gleeson FA. Assessment for clinical competence using an objective structured clinical examination. Med Educ 1979; 13: 41 – 47
- 27 Cohen R, Singer PA, Rothman AI, Robb A. Assessing competency to address ethical issues in medicine. Acad Med 1991; 66: 14 – 15
- 28 Singer PA, Robb A, Cohen R, Norman G, Turnbull J. Evaluation of a multicenter ethics objective structured clinical examination. J Gen Intern Med 1994; 9: 690 – 692
- 29 Kaplan CB, Centor RM. The use of nurses to evaluate houseofficers' humanistic behavior. J Gen Intern Med 1990; 5: 410 – 414
- 30 Pellegrino ED. Teaching medical ethics: some persistent questions and some responses. Acad Med 1989; 64: 701 – 703
- 31 Baldwin DC Jr., Daugherty SR, Self DJ. Changes in moral reasoning during Medical School. Acad Med 1991; 66: S1 – S3
- 32 Self DJ, Wolinsky FD, Baldwin DC Jr. The effect of teaching medical ethics on medical students' moral reasoning. Acad Med 1989; 64: 755 – 759
- 33 Rest JR. Moral development. Advances in research on theory. New York: Praeger, 1986
- 34 Self DJ, Olivarez M, Baldwin DCJ. Clarifying the relationship of medical education and moral development. Acad Med 1998; 73: 517 – 520
- 35 Self DJ, Baldwin DC Jr., Wolinsky FD. Evaluation of teaching medical ethics by an assessment of moral reasoning. Med Educ 1992; 26: 178 – 184
- 36 Kohlberg L. Moral stages and moralization: the cognitive developmental approach. In: Lickona T (Hrsg): Moral development and behavior: theory, research and social issues. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1976; 31 – 53
- 37 Gilligan C. Die andere Stimme. Lebenskonflikte und Moral der Frau. München: dtv, 1984
- 38 Howe KR, Jones MS. Techniques for evaluating student performance in a preclinical medical ethics course. J Med Educ 1984; 59: 350 – 352
- 39 Gump LS, Baker RC, Roll S. The moral justification scale: reliability and validity of a new measure of care and justice orientations. Adolescence 2000; 35: 67 – 76
- 40 Lind G. Ist Moral lehrbar? Ergebnisse der modernen moralpsychologischen Forschung. Berlin: Logos, 2000
- 41 Hébert PC, Meslin EM, Dunn EV. Measuring the ethical sensitivity of medical students: a study at the University of Toronto. J Med Ethics 1992; 18: 142 – 147
- 42 Savulescu J, Crisp R, Fulford KWM, Hope T. Evaluating ethics competence in medical education. J Med Ethics 1999; 25: 367 – 374
- 43 Dierckx de Casterle B, Grypdonck M, Vuylsteke-Wauters M. Development, reliability, and validity testing of the Ethical Behavior Test: a measure for nurses' ethical behavior. J Nurs Meas 1997; 5: 87 – 112

Korrespondenzadresse: Dr. med. Gerald Neitzke · Medizinische Hochschule Hannover · Carl-Neuberg-Straße 1 · 30625 Hannover · E-mail: neitzke.gerald@mh-hannover.de
