

ModellMedA – Erfahrungen mit der Erarbeitung eines „Modellstudiengangs Medizin Aachen“

J. Rotgans, F. Lampert
Dekanat der Medizinischen Fakultät der RWTH Aachen

Am 2. Februar 2001 hat der Fachbereich 10 „Medizinische Fakultät“ der RWTH beschlossen, einen Modellstudiengang gem. § 36a der 8. Änderung der Approbationsordnung für Ärzte zu konzipieren und zu beantragen. Aufgrund der Empfehlungen des Wissenschaftsrats anlässlich ihrer jüngsten Begutachtung ist dabei die anerkannte hohe Qualität der Krankenversorgung Ausgangspunkt für eine „auf Lebensqualität ausgerichtete Medizin“.

Als Leitfaden und Szenario zur Gestaltung des „Modellstudiengangs Medizin Aachen“ („ModellMedA“) wird hierfür im Prinzip das von Refaat, Richards und Nooman 1989 [1] vorgestellte Implementierungsmodell übernommen und den Aachener Gegebenheiten und Vorstellungen sowie den zwischenzeitlich gewonnenen erziehungswissenschaftlichen Erkenntnissen entsprechend weiterentwickelt. Ausgangspunkt für Refaat et al. war die Erkenntnis, dass die Literatur über medizinische Curricularplanungen lange Zeit mächtig von Tylers Auffassungen, mit Akzent auf behavioristischen Lernzielen, geprägt war [2]. Er definierte Lernziele als Verhaltensmuster, welche die Fakultät den ihr anvertrauten Studierenden in Bezug auf Wissen, Fähigkeiten, Fertigkeiten und Denkweisen anzutrainieren versucht. Infolge der „kognitiven Revolution“ in den 60er-Jahren ergaben sich allerdings Auflockerungen in dem Sinne, dass leistungsbezogene Lernziele zur Definierung von Kompetenzen mittels „task analysis“ in ihren Komponenten zerlegt wurden [3–5]. Hiermit wurde erstmalig eine Verbindung zwischen akademischen Lernzielen und Aufgaben, welche von den approbierten Absolventen verantwortlich in der Berufspraxis wahrgenommen werden müssen, hergestellt („competency-based education [6]). Brazanzky et al. [7] beobachteten wie die Qualität der Lehre in der Medizin in erheblichem Maße von Trainingsumständen positiv beeinflusst wird, wenn die Studierenden die Anwendung bestimmter Kompetenzen beobachten, besser noch selbst anwenden können, vor allem wenn es sich um klinisch relevante Kompetenzen handelt. Obwohl sie die Bedeutung der Lernzielbeschreibung unterstrichen, warnten sie für eine zu hohe Spezifität. Vor allem hoben sie die Bedeutung der richtigen Auswahl und/oder adäquater Gestaltung von Trainingssituationen hervor; diese sollten nicht dem praktischen Alltag zufällig überlassen, sondern dem curricularen Konzept entsprechend ausgesucht oder gezielt, dem „professional profile“ nach, kreierte werden. Diese Ansichten wurden von Sajid 1984 in Handreichungen umgesetzt, die wiederum von der WHO übernommen [8] und von Richards et al. [9] um die bedeutungsvolle Dimension einer dem Curriculum tragenden Fakultätsphilosophie ergänzt wurden. Coles [10] unterstrich aufgrund seiner Erfahrungen in der Lehrpraxis, dass es unabdingbar ist, die Studierenden in die Gelegenheit zu versetzen, die Theorie des Studiums in der realen Praxis zu überprüfen und über ihre diesbezüglichen Erfahrungen reflektieren und diskutieren zu lassen. Aus diesen Erkenntnissen leitete Harden einen kurzen Fragenkatalog als Handreichung zur erfolgreichen

Curriculumentwicklung ab [11]. Seitdem wurden viele Lehr-/Lernstrategien, neue Technologien und Prüfungsmethoden entwickelt, erprobt und unterschiedliche Erkenntnisse gewonnen [12].

Ein Aspekt, der dabei lange Zeit unbeachtet geblieben ist, ist Kommunikation über das Curriculum. Gemeint ist die Antwort auf Fragen bzw. wie die erziehungswissenschaftlichen Hintergründe lauten und zu verstehen sind; wie Dozenten und Studierende wissen können, was mit dem Curriculum bezweckt und von ihm abgedeckt wird; wie Studierende wissen, welche Lernhilfen geboten werden; wie Prüfungen in Bezug zu den Lehrinhalten und Lernzielen stehen: „Curriculum mapping“ [13] betrifft Angaben darüber, was gelehrt wird (Inhalt, Kompetenzen, Outcome), wie es gelehrt wird (Lehrangebot, Lernmittel), wann es gelehrt wird (Stundenplan, Sequenzen) und wie das Gelernte und Trainierte evaluiert wird (Prüfungen). In diesem Sinne wurde das Entwicklungsmodell von Refaat et al. [1] zur Ausarbeitung des Vorschlags „Modellstudiengang Medizin Aachen“ verwendet: Es wurde nach Aachener Bedürfnissen modifiziert und unterscheidet vier Phasen (ursprünglich drei):

1. die Initialphase,
2. die detaillierte Planungsphase,
3. die Implementierungsphase und
4. die Evaluationsphase.

Da dieses Modell den globalen Anforderungen, die sich aus § 36a der Approbationsordnung für Ärzte bezüglich der Zulassung von Modellstudiengängen voll entspricht, wird verständlich, weshalb es gerne als Leitfaden für die Verfassung und zugleich Szenario für die Umsetzung des Vorschlags für den „Modellstudiengang Medizin Aachen“ gewählt wurde (vgl. Abb. 1): Von Phase 1 wird erwartet, dass Klarheit über die Umstände herbeigeführt wird, die zu einer Curriculumänderung veranlassen, und somit über ihr Ziel. Folglich finden Aspekte Berücksichtigung, auf denen das Curriculum letztendlich fußen wird:

1. Ermittlung der Bedürfnisse der Bevölkerung,
2. Ermittlung des Arztprofils („Der Aachener Blaudruck“), adäquate quo der Kompetenzen, die durch das Studium erworben werden müssen,
3. Wahl des Curriculumkonzepts und
4. Auswahl der Dozenten sowie deren Weiterbildung im Sinne von „faculty development“.

Im Ergebnis der Berücksichtigung dieser Aspekte wird eine Entscheidung über Lehr-/Lernformate für das Curriculum – die im Studium anzubietenden Lernerfahrungen („learning experiences“) – gefällt (Phase 2). Für die Aachener Fakultät liegt diese Entscheidung – aufgrund der Beurteilung des Wissenschaftsrats auf der Hand: Community-based education, Training im Universitätsklinikum („hospital-based education“) und das nondirektive Lernformat „problemorientiertes Lernen“. Inhärent ist die daraus resultierende organisatorische und logistische Planung, schließlich die Implementierung des Curriculums (Phase 3). Als letzter Schritt des ersten Planungs- und Entwicklungszyklusses, der gleichzeitig der erste Schritt des neuen Zyklusses eines prinzipiell unendlichen holistischen Prozesses ist, ist die Evaluation des Curriculums „in action“ im Sinne eines adäquaten Qualitätsmanagements (Phase 4).

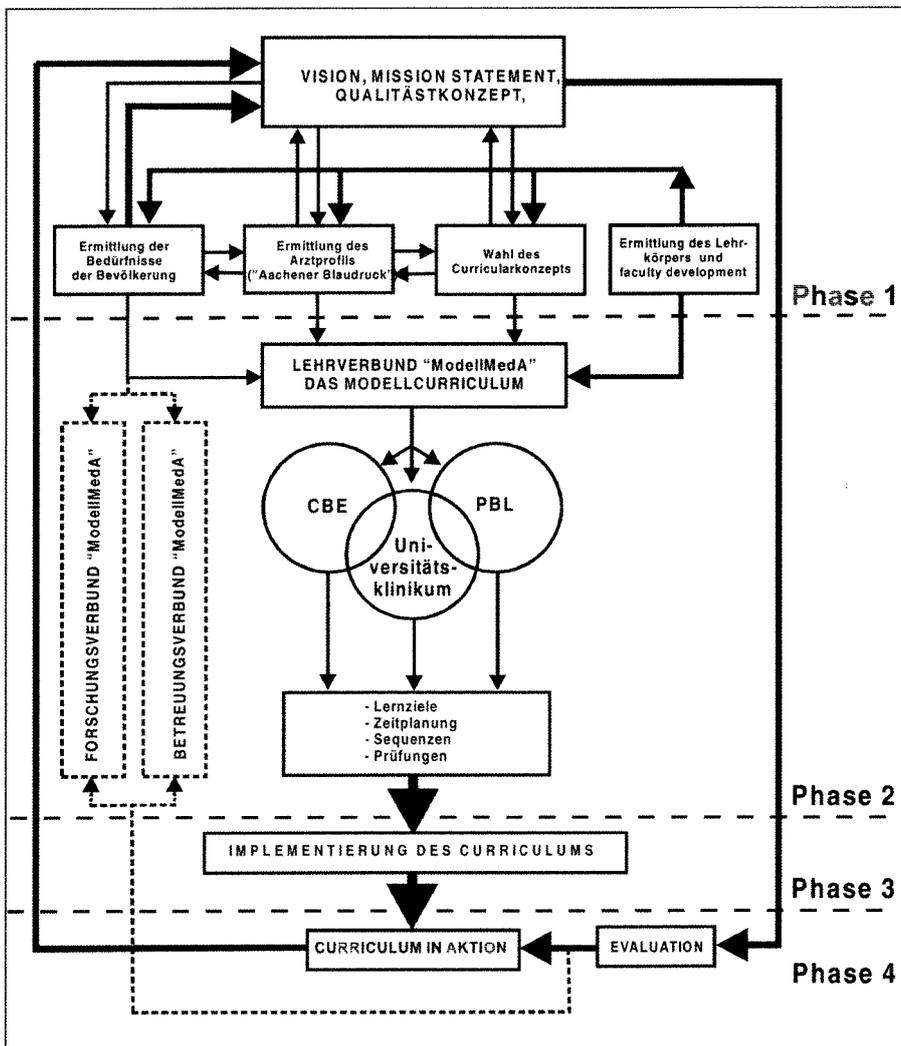


Abb. 1 Leitfaden und Szenario für den „Modellstudiengang Medizin Aachen“ („Modell MedA“). CBE = Community-based Education, PBL = Problem-based Learning.

Literatur

- 1 Refaat A, Richards R, Nooman Z. A model for planning community-based medical school curriculum. *Annals of Community-Oriented Education* 1989; 2: 7–18
- 2 Tyler RW. *Basic principles of curriculum and instruction*. Chicago: University of Chicago Press, 1949
- 3 Arsham GM, Colenbrander A, Spivey BE. A prototype for curriculum development in medical education. *J Medical Education* 1973; 48: 78–84
- 4 Bandaranayaka RC. How to plan a medical curriculum. *Medical Teacher* 1985; 7: 7–14
- 5 McAvooy BR. How to choose and use educational objectives. *Medical Teacher* 1985; 7: 27–34
- 6 McGuire V, Miller G, Sajid A, Telder T. *Competency-based curriculum development in medical education*. WHO Public Health Papers 68. Geneva: World Health Organization, 1978
- 7 Barzansky B, Richards R, Filling C, McGuire V, Seefeldt M, Telder T. A new approach to curriculum development for clinical education. *CED Annual Report*. Chicago: Center for Educational development. University of Illinois at Chicago, 1984: 26–31
- 8 Sajid AW. Guidelines for planning, implementation, evaluation and promoting a task-based community-oriented health personnel training programme. Report by Intercountry Group Meeting On Task-based Community-oriented Approaches in Health Personnel Training, 1984
- 9 Richards R, Barzansky B, Wunderlich M. *Curriculum development process in ten innovative medical schools*. WHO Offset Publication 2. Geneva: World Health Organization, 1986
- 10 Coles CR. The effect of Southampton's community experiences in student learning. *Medical Education* 1985; 19: 196–198

¹¹ Harden RM. Ten questions to ask when planning a course or curriculum. *ASME Medical Education Booklet No 20*. *Medical Education* 1986; 20: 356–365

¹² Evolution or revolution and the future of medical education: replacing the oak tree. *Medical Teacher* 2000; 22: 435–442

¹³ English FW. Curriculum mapping and management. In: *Promoting school excellence through the application of effective school research: Summary and proceedings of a Regional Exchange Workshop*, 1984

Korrespondenzadresse: Prof. Dr. drs. Jerome Rotgans · Dekanat der Medizinischen Fakultät der RWTH Aachen · Pauwelsstraße 30 · 52075 Aachen · E-mail: jerome.rotgans@t-online.de