

Zusammenfassung

Im Rahmen des Programms „Bündnis für Lehre“ beauftragte das Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst Baden-Württemberg (MWK) das Studiendekanat der Medizinischen Fakultät Tübingen, ein universitätsübergreifendes Programm zur didaktischen Qualifizierung von Hochschullehrern in der Medizin zu entwickeln. Tübingen dient dabei als Zentrum, von dem aus die landesweite Initiative in Kooperation mit den medizinischen Fakultäten Freiburg und Ulm begonnen wurde. Ziel dieses Projektes ist es, in den Fakultäten ein fachdidaktisches Netzwerk aufzubauen und über erfolgreiche Veranstaltungen (Trainings, Tagungen) und enge Zusammenarbeit zu stabilisieren.

Schlüsselwörter

Hochschuldidaktik · Medizindidaktik · Coaching

Abstract

The regional government of Baden-Württemberg introduced the programme „Bündnis für Lehre“ („Alliance for Teaching“) to promote higher education. Consequently, the Dean's office of the School of Medicine (University of Tübingen) was mandated by the ministry to develop a faculty development programme for medical teachers integrated with other universities in Baden-Württemberg. Tübingen will serve as the centre from which this statewide initiative is implemented, in cooperation with the medical schools in Freiburg and Ulm. The aim of the present project is to build a faculty development network supported by successful courses and seminars, as well as to encourage close cooperation between the participating schools.

Key words

Faculty development · teacher training · coaching · medicine

Einleitung

„Die Qualität der medizinischen Lehre ist in Baden-Württemberg wesentlich besser als vielerorts beklagt.“ Dies stellt Prof. Dr. Peter Frankenberg, Minister für Wissenschaft, Forschung und Kunst Baden-Württemberg als ein zentrales Ergebnis der externen Evaluation heraus („BeMA-Bericht“ des Ministeriums für Wissenschaft, Forschung und Kunst Baden-Württemberg 2001 [1]). Die externe Sachverständigenkommission zur Bewertung der medizinischen Ausbildung (BeMA) evaluierte von Mai bis Juni 2000 landesweit zum ersten Mal die medizinische Lehre des Landes.

Gerade in den letzten Jahren versuchten die medizinischen Fakultäten über gezielte Initiativen und innovative Wege, die medizinische Ausbildung an die geänderten Anforderungen in Wissenschaft und Praxis anzupassen. Die bisherigen Bemühungen um die Lehrqualität konzentrierten sich hauptsächlich auf die Unterrichtsangebote: Lehrveranstaltungen wurden evaluiert; der Stoff- und Stundenumfang wurde überprüft und überarbeitet; neue Unterrichtskonzepte wurden entwickelt und erprobt. Aber das reicht allein nicht aus. Lehrqualität wird nicht nur durch Lehrplan und Unterrichtskonzept allein bestimmt, sondern ganz entscheidend auch durch

Institutsangaben

Studiendekanat der Medizinischen Fakultät Tübingen

Korrespondenzadresse

Dr. med. et MME Maria Lammerding-Köppel · Kompetenzzentrum für Hochschuldidaktik in Medizin (Sitz Tübingen) · Projektleitung und Programmdirektion · Studiendekanat der Medizinischen Fakultät · Geissweg 5/1 · 72076 Tübingen · E-mail: maria.lammerding@med.uni-tuebingen.de

Bibliografie

Med Ausbild 2003; 20: 23 – 29 © Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York · ISSN 0176-4772

1. die Umsetzung der Lehre in die Praxis, also die Tätigkeit des Lehrens und Unterweizens und
2. den Stellenwert, den die Lehre in den Fakultäten und bei den Lehrenden genießt.

Wenn die Lehre nachhaltig verbessert werden soll, so müssen sich die Fakultäten auch darum kümmern.

Mit finanzieller Förderung des Landes wird seit Anfang 2001 ein universitätsübergreifendes Kompetenzzentrum für Hochschuldidaktik in Medizin mit Sitz an der Medizinischen Fakultät der Universität Tübingen aufgebaut. Die medizinischen Fakultäten Freiburg und Ulm haben sich dem Projekt in Kooperation angeschlossen. Ziel des universitätsübergreifenden Modells ist,

1. den Lehrenden der Medizinischen Fakultäten in Baden-Württemberg die Möglichkeit zu geben, eine fachdidaktische Qualifikation mit Zertifikat zu erwerben,
2. über die Studiendekanate ein medizindidaktisches Netzwerk in den Fakultäten des Landes aufzubauen und
3. über gemeinsame Veranstaltungen und enge Zusammenarbeit die vorhandenen Ressourcen effizienter zu nutzen.

Richtungweisend für das Kooperationsmodell waren u. a. die folgenden Fragen, die im vorliegenden Artikel mit ausgewählten Aspekten beantwortet werden sollen:

- Warum sind medizindidaktische Fort- und Weiterbildungen notwendig?
- Welchen Profit können medizindidaktische Fortbildungen in der heutigen Lehrsituation bringen?
- Was bietet das Kompetenzzentrum für Hochschuldidaktik in Medizin?
- Welche Erfahrungen wurden in den ersten Kursen gewonnen?

Methodik

Ein detailliert entworfenes und begründetes „Programm zur Professionalisierung der Hochschullehre an den medizinischen Fakultäten Baden-Württembergs“ wurde im Rahmen der Masterthese zum „Master of Medical Education“ an der Universität Bern erarbeitet (Lammerding-Köppel 2001) [2]. Die Abhandlung diente als Arbeitsgrundlage für den praxisorientierten Aufbau eines medizindidaktischen Qualifizierungsprogramms, das schrittweise als Kooperationsprojekt mit den Universitäten Freiburg und Ulm umgesetzt wird.

Detaillierte Schritte der Projektdefinition bis hin zur Projektdurchführung und -bewertung fließen ebenso ein wie auch eine systematische und kontinuierliche Rückkoppelung zwischen definiertem Soll-Wert und realem Ist-Wert. Um das Projekt kontinuierlich zu verbessern, wird als hilfreiches Modell der „Plan-Do-Check-Act(PDCA)-Zyklus“ von Deming [3] zugrunde gelegt.

Im Folgenden wird das Vorgehen grob skizziert:

1. Nach Definition des Projektes wurden zunächst die Situation und Bedarf der Hochschullehrenden in der Medizin auf der Basis externer und interner Evaluationsergebnisse sowie Literaturstudium analysiert und definiert (IST-Definition).

2. Daraus wurde abgeleitet, wie das Ziel aussehen soll (SOLL-Definition: Welche Kompetenzen sollte ein guter Hochschullehrer in Medizin aufweisen?). Literaturstudium sowie Befragung von Hochschullehrern und Studierenden waren die ergiebigsten Quellen (vgl. auch das „12-role-model of the medical teacher“ von Harden u. Crosby 2000 [4] sowie das Kompetenzmodell nach Webler 2000 [5]).
3. Aus der Differenz von IST und SOLL wurde definiert, welche Entwicklungen notwendig sind, und der Weg entworfen, wie sie angegangen werden können (Modellauswahl: Förderung der Lehrkompetenz durch ein definiertes Qualifizierungsprogramm). Dazu wurden auch die Erfahrungen und Programme anderer, auch internationaler Institutionen einbezogen [6, 7]. Mit der Festlegung eines Modells muss auch die Argumentation zugunsten des Projekts vorbereitet werden, um den Profit überzeugend darzustellen.
4. Nach der Modellauswahl wurden qualitätssichernde Maßnahmen festgelegt, um sicherzustellen, dass die Erwartungen an das Programm im Rahmen der Intervention erfüllt werden. In einem Pilotprojekt wurde die Praktikabilität und Wirksamkeit überprüft. Die Teilnehmer werden nach ihrer subjektiven Bewertung des Trainings gefragt; zu ihren eigenen Leistungen erhalten sie während des Trainings wiederholt formatives Feedback von Kollegen und Trainern. Der Lerneffekt wird außerdem in begleiteten und evaluierten „Lehrproben“ in der realen Praxis überprüft [8,9].

Ergebnisse

Die Notwendigkeit von medizindidaktischen Fort- und Weiterbildungen

Ein guter Arzt und/oder Wissenschaftler zu sein ist Voraussetzung, um den Studierenden medizinisches Fachwissen und die Freude am Beruf zu vermitteln. Aber das allein reicht nicht aus. Es muss auch gelingen, „den Funken überspringen zu lassen“.

„Lehren“ umfasst also nicht nur die dozierende (Frontal-)Präsentation von fachlichen (systematischen) Daten und Konzepten. Dafür gibt es z.B. auch sehr gute Bücher und mittlerweile auch didaktisch gut aufgebaute elektronische Lehr- und Lernmedien. Beim Lehren – auch in guten Vorlesungen – geht es vor allem darum, medizinische Informationen aus der (persönlichen) fachlichen Erfahrung heraus lebendig zu vermitteln, zu gewichten und zu bewerten. Methoden und Fertigkeiten, wie z.B. diagnostisches Vorgehen und Gesprächsführung in der Dreierkonstellation Arzt – Patient – Student, lassen sich am besten in direktem persönlichen Kontakt vermitteln. In der medizinischen Lehre geht es ebenso um das Vermitteln und Vorführen von ärztlichem Verhalten, von Einstellungen und Werten in der ärztlichen Praxis. Auch dazu braucht es letztlich den persönlichen Kontakt und den Dialog in Kursen, Praktika und Seminaren sowie am Krankenbett. Die Lehrenden müssen die Studierenden zum Fragenstellen und zur Problemlösung anleiten sowie selbständiges Lernen fördern („shift from teaching to learning“). Gerade letzteres wird zukünftig im Hinblick auf eine lebenslange Fortbildung immer wichtiger werden.

Damit ändert sich auch die Rolle und das Selbstbewusstsein der Lehrenden. Das reine Dozieren ist weniger gefragt, Lehrende sind

nicht nur Vermittler von Informationen, sondern sind verstärkt gefordert als Mentoren, Ratgeber, Vorbilder, also Begleiter und Anleiter im Lernprozess. Damit die Lehrenden dies mit Exzellenz und Effizienz leisten können, brauchen sie entweder eine gute Portion Naturtalent (und das haben nur sehr wenige) oder sie müssen wissen, wie Lernen funktioniert und wie sie es am besten fördern können – und das lässt sich lernen.

Auf die Frage: „Welche Anforderungen sind notwendig und nicht illusorisch?“ nennen erfahrene Lehrende übereinstimmend neben medizinischer Fachkompetenz vor allem folgende vier Faktoren:

1. Gutes Methoden- und Medien-Know-how. Nicht die Beherrschung jeder technischen Finesse ist gemeint, sondern der sichere und dezente Umgang mit dem didaktischen „Handwerkszeug“. Dazu gehört auch Wissen um den sinnvollen Aufbau und Einsatz von Medien und Visualisierungstechniken.
2. Planungskompetenz mit genügender souveräner Flexibilität. Die gezielte Planung einer Lehrveranstaltung verlangt u.a. die Analyse der Zielgruppe, die Formulierung von Lehr- und Lernzielen, die Auswahl angemessener Lehrmethoden und Medien, die Planung des Kursablaufs. Vorbereitete Dramaturgien dürfen aber nicht starr und einengend sein. In der realen Lehrsituation muss der Lehrende bei Bedarf ad hoc den Unterrichtsplan über den Haufen werfen und der Gruppe anpassen können.
3. Soziales Gespür im Sinne von Leitungs- und Beratungskompetenz. Der Lehrende muss das richtige Fingerspitzengefühl entwickeln, wann die Studentengruppe straffe Leitung braucht und wann diskreter Rückzug angesagt ist, wann und welche Motivierungs- und Aktivierungstechniken unterstützend wirken können, wie ein störender Konflikt bereinigt werden kann, wie die Dreier-Konstellation Arzt – Patient – Student adäquat gelöst werden kann.
4. Ein persönlicher Stil. Erst dadurch wirkt der Lehrende authentisch und wird glaubwürdig. Aufgesetzte Verhaltensweisen und inadäquate antrainierte Techniken lassen Lehrende leicht gekünstelt wirken. Jeder hat Stärken und Schwächen, man sollte mit den didaktischen „Werkzeugen“ experimentieren und so damit umgehen, wie es zur Persönlichkeit passt und Spaß macht.

Die obigen Faktoren lassen sich erlernen. Es ist eine Frage des Wissens, der Übung und der Erfahrung. Jeder kann sie sich durch Training in hochschuldidaktischen Fortbildungen aneignen und durch möglichst viele Einsätze in der Lehrpraxis festigen [5,6,10].

Der Profit von hochschuldidaktischen Kursen

Das Engagement für eine gute Didaktik lohnt sich nicht nur für die Lehrenden persönlich, sondern auch für die Fakultät und die Abteilung. Aus einer Vielzahl von Gründen werden hier nur vier vorgestellt:

1. *Gute Evaluationsergebnisse – unsere Visitenkarte in der Öffentlichkeit.*

Die Konkurrenz zwischen den medizinischen Ausbildungsorten wächst national und international. Gute Evaluationsergebnisse zählen in der Öffentlichkeit. Noch ist die medizinische Ausbildung im Wesentlichen das Monopol und originäre

Aufgabe der Universitäten. Provokativ mag man sich aber fragen: Können wir es uns tatsächlich leisten, die Lehre wie ein ungeliebtes Stiefkind zu behandeln? Sowohl Krankenversorgung als auch klinische Forschung werden bereits sehr effektiv und hoch qualifiziert von spezialisierten Zentren durchgeführt, die sich voll und ganz auf die eine oder die andere Aufgabe konzentrieren und auch erfolgreich bei Bedarf kooperieren.

Unsere Studierenden tragen als „Multiplikatoren“ den Ruf unserer Fakultäten nach draußen. Als Vorbild vermitteln die Lehrenden nicht nur den Stellenwert, den Krankenversorgung und Forschung hier bei uns haben. Das Bild der Studierenden von „ihrer“ Fakultät wird auch entscheidend davon geprägt, wie sie den Stellenwert der Lehre erfahren und wahrnehmen. Die Studentenmeinungen werden maßgeblich von ihren Erfahrungen im Unterricht und im Umgang mit den Lehrenden beeinflusst. Werden die Studierenden eher als lästig und störend im klinischen Alltag behandelt? Wie ernst und verantwortungsbewusst wird der Auftrag genommen, die Ärzte und Ärztinnen von morgen auszubilden?

2. *Qualität vor Quantität!*

Gute Lehre will vorbereitet sein. Das kostet Zeit und Arbeitskraft. Hochschullehrende, die lehren, können in dieser Zeit nicht forschen. Deshalb muss die Lehrtätigkeit auch bei der leistungsorientierten Mittelvergabe auf Landes- und Fakultätsebene berücksichtigt werden. Gute Leistungen in der Lehre müssen sich genauso lohnen wie gute Leistungen in der Forschung. Dabei muss auch bei der Beurteilung der Lehre gelten: Qualität muss mehr zählen als Quantität.

3. *Mehrfachbelastung → mehr Effektivität – mehr Effizienz!*

Mediziner und Medizinerinnen sollen gleichzeitig gute Kliniker, erfolgreiche, produktive Forscher, effektive, kreative Hochschullehrer, vorausschauende Manager und Administratoren sein ... und alles möglichst mit besten Leistungen. Der Druck (vor allem der ökonomische und politische Druck) wächst. Auch für die Lehre wird höchste Effektivität und Effizienz gefordert. Die Zeit und Arbeitskraft der Lehrenden sind zu wertvoll und zu teuer, als dass sie in ineffektiven Lehrveranstaltungen vergeudet werden sollten. – Gleiches gilt aber auch für die (Lebens-)Zeit der Studierenden.

Im Hochschulrahmengesetz (HRG) wird ausdrücklich eine umfassende Nachwuchs- und Karriereförderung von den Universitäten gefordert. Dazu gehört auch eine qualifizierte pädagogisch-didaktische Ausbildung. In §44 HRG [11] wird bei Neubesetzungen von Professorenstellen, auch bei Juniorprofessuren, ausdrücklich nach der pädagogischen Eignung der Bewerber gefragt. Manche Fakultäten fordern bereits aussagekräftige und detaillierte Gutachten zur Lehrleistung der Bewerber beim Studiendekan und bei den Fachschaften der Heimfakultät an.

4. *Evaluationen bringen viel – kombiniert mit didaktischem Training noch mehr!*

Lehrevaluationen sind an der Tagesordnung. Richtig ausgewertet bringen sie auch viel: Sie zeigen Stärken und decken Schwachstellen auf – und allein die bewusste Wahrnehmung der Schwächen führt oft bereits zu Verbesserungen. Mehrjährige Studien über eine Reihe von Kursen in Folge haben z. B. in Maastricht gezeigt:

- Die Exzellenten bleiben meist exzellent. Wenn sie einmal abfallen, so können sie sich aus eigener Kraft rasch wieder an die Spitze arbeiten.
- Die Mittelmäßigen können sich durchaus autodidaktisch in die Spitze entwickeln, das dauert aber meist unnötig lange und ist oft mit schmerzhaften Erfahrungen verbunden.
- Die Schwachen zeigen keine oder geringe Verbesserung. Ihnen fehlt meist das Wissen, was sie falsch machen und wie sie es besser machen könnten.

Bietet man der zweiten und dritten Gruppe praxisnahe didaktische Unterstützung an, so erreicht man bereits mit kurzen Trainingsinterventionen deutlich messbare und nachhaltige Verbesserungen.

Die Liste der Pro-Argumente könnte noch weiter fortgeführt werden. Eines ist klar: Für eine konkurrenzfähige medizinische Ausbildung brauchen wir gut ausgebildete Lehrende, sie müssen über ein Repertoire an didaktischen Methoden verfügen und diese Methoden zielgerichtet, effektiv und der Situation angepasst einsetzen können.

Fort- und Weiterbildung im Kompetenzzentrum für Hochschuldidaktik in Medizin

Hier greift das Angebot des Kompetenzzentrums für Hochschuldidaktik in Medizin. Es bietet ein Programm, das praxisnah an die Bedürfnisse des medizinischen Unterrichts und an die Situation der Lehrenden im Spagat zwischen ihren zahlreichen Belastungen angepasst ist.

Das Angebot richtet sich primär an Habilitand(inn)en, Assistent(inn)en. Es hält aber auch für bereits erfahrene Dozenten, die ihre Lehre überdenken und up-to-date bleiben möchten, interessante Angebote bereit. Die zugrunde liegende Philosophie ist durch Respekt vor der Persönlichkeit der Lehrenden gekennzeichnet. Ziel ist nicht zugunsten einer bestimmten Lehrmethode zu missionieren, sondern für didaktische Fragen zu sensibilisieren und jeden Teilnehmer bei der Gestaltung seines individuellen Lehrstils zu unterstützen. Alle Trainer(innen) sind Ärzte/Ärztinnen mit qualifizierter Didaktik- und Trainerausbildung oder Pädagog(inn)en mit mehrjähriger Tätigkeit im medizinischen Umfeld.

Konzept des Programms

Das Qualifizierungsprogramm (Abb. 1) steht auf drei Säulen:

1. die Basisausbildung („Medizindidaktische Qualifizierung I“) als zentraler Schwerpunkt, bestehend aus fünf Modulen, deren erfolgreicher Besuch mit einem *Zertifikat* anerkannt wird;
2. Workshops und (Aufbau-)Seminare zur weiteren Ergänzung und Vertiefung („Medizindidaktische Qualifizierung II“), sowie Multiplikatorentraining;
3. ein Begleitangebot mit Beratungs- und Informationsservice sowie Sonderveranstaltungen und besonderen Angeboten für Studierende und einzelne Abteilungen (auch als in-house-Angebote).

Medizindidaktische Basisausbildung

Der Schwerpunkt des Trainingsprogramms liegt auf einer breit angelegten zertifizierten Basisausbildung. Eine Besonderheit

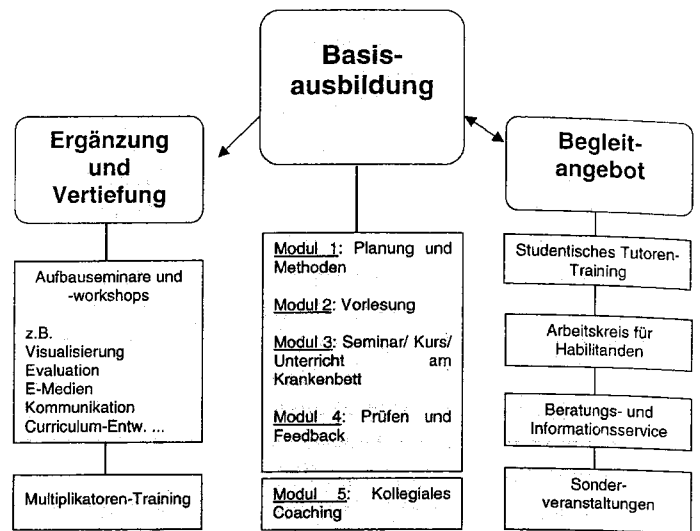


Abb. 1 Schematische Gliederung des Gesamtprogramms im Kompetenzzentrum für Hochschuldidaktik in Medizin. Übersicht über das gesamte medizindidaktische Qualifizierungsprogramm mit Basisausbildung im Zentrum sowie angegliederten Aufbau- und Vertiefungskursen und besonderen Service- und Beratungsangeboten.

stellt die Verpflichtung zur Praxisphase dar: Sie folgt jeder Trainingseinheit zur Erprobung des Gelernten in der „Lehrwirklichkeit“ („Lehrproben“ mit begleitendem Coaching und Reflexion). Erfahrungsgemäß wird gerade durch diese Phase eine Festigung des Gelernten erreicht [6].

Die Präsenzseminare umfassen zwei dreitägige Trainingseinheiten, die im Abstand von sechs Wochen als Workshops stattfinden. Sie sind jeweils kombiniert mit Praxisphasen („Lehrproben“) in der Lehrwirklichkeit mit Trainer oder Mentoren. Inhalt und Aufbau des Trainings orientieren sich in erster Linie an den klassischen, in der Medizin bewährten Unterrichtsveranstaltungsformen: Vorlesung, Seminar, Praktikum, Kleingruppenunterricht/Bedside-Teaching. Der Kurs gibt aber auch Einblick in neuere Lern- und Lehrmöglichkeiten wie POL, OSCE und elektronische Lernmedien (schematische Übersicht in Abb. 2). Der erfolgreiche Besuch der vier Trainingsmodule und der „Coaching-Einheit“ wird mit einem Zertifikat bestätigt, das für die akademische Karriere einzelner Teilnehmer bereits bedeutsam wurde.

Erste Erfahrungen

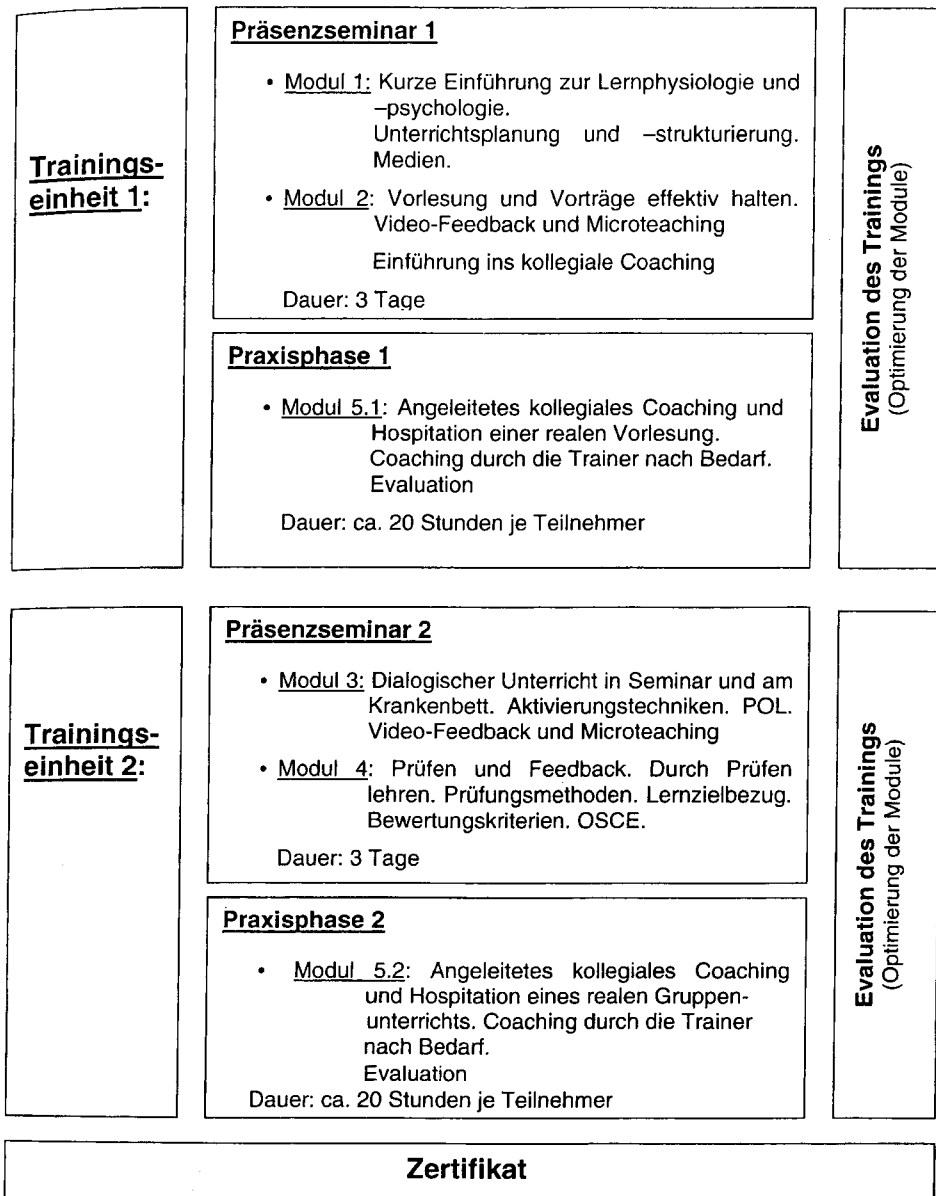
Im Sinne der Qualitätssicherung wird das Programm von Anfang an im Hinblick auf die statistische Erfassung der Teilnehmergruppe analysiert, die Qualität des Trainings und der Trainer sowie der Lernerfolg werden sorgfältig evaluiert und dokumentiert.

Bereits zu Beginn des SS 2001 wurden vom Kompetenzzentrum erste Schulungen für Lehrende und Studierende in Tübingen durchgeführt. Seit dem WS 2001/02 besuchen Ärzte und Ärztinnen aus Tübingen, Freiburg und Ulm gemeinsam Trainingskurse zur medizindidaktischen Basisqualifikation sowie Workshops zur weiteren Vertiefung und Ergänzung. Insgesamt wurden bis zum SS 2002 272 Personen im Kompetenzzentrum geschult (221 Lehrende, 53 Studierende). In den ersten beiden Basiskursen wurden die Teilnehmer nach ihrem beruflichen Status analy-

Medizindidaktische Grundausbildung

für Lehrende an den Medizinischen Fakultäten Baden-Württembergs

Abb. 2 Schematische Übersicht über den Aufbau und die Inhalte des Basistrainings „Medizindidaktische Qualifikation I“.



siert (Abb. 3) sowie Form und Umfang ihrer Unterstützung durch die Abteilungen erfasst (Abb. 4a u. b).

Die Resonanz auf das medizindidaktische Angebot ist erfreulich. Die mündlichen und schriftlichen Bewertungen der ersten Kurse durch die teilnehmenden Ärzte und Ärztinnen sind ausgesprochen positiv. Die Teilnehmer lobten auch besonders die universitätsübergreifende Konzeption. Die Kooperation der drei medizinischen Fakultäten bringt bereits anregenden Erfahrungsaustausch, fruchtbare Denkanstöße und neue Impulse für eine bessere Ausbildung der Studierenden. Die Nachfrage nach Trainingsplätzen übersteigt die Zahl der bisherigen Kursplätze. Das Angebot wird deshalb ausgeweitet. Auch unter den Studierenden ist das Echo auf unser spezielles studentisches Angebot positiv, das Interesse übersteigt die bisherigen Kapazitäten. Nach einer Lösung zur Ausdehnung des Angebots wird gesucht.

Zur Dokumentation des Lernerfolgs und der Umsetzung des Gelernten in die Praxisphase wurden Frage- und Beobachtungsbogen entwickelt. Sie strukturieren einerseits

- die vorgeschaltete Reflexion des Lehrenden zur Lehrveranstaltung,
- andererseits die Beobachtung und das formative Feedback durch den (kollegialen) Coach sowie
- die abschließenden Überlegungen des/der Lehrenden zu weiteren Konsequenzen.

Im Training (vor allem während der Unterrichtssimulationen mit Videodokumentation) lernen die Lehrenden, die Fragebogen zu benutzen. Sie werden zu strukturierter Beobachtung und zu gegenseitigem konstruktiven Feedback angeregt und angeleitet. Zusätzlich werden in der Praxisphase die Studierenden um Feed-

Status der Teilnehmer

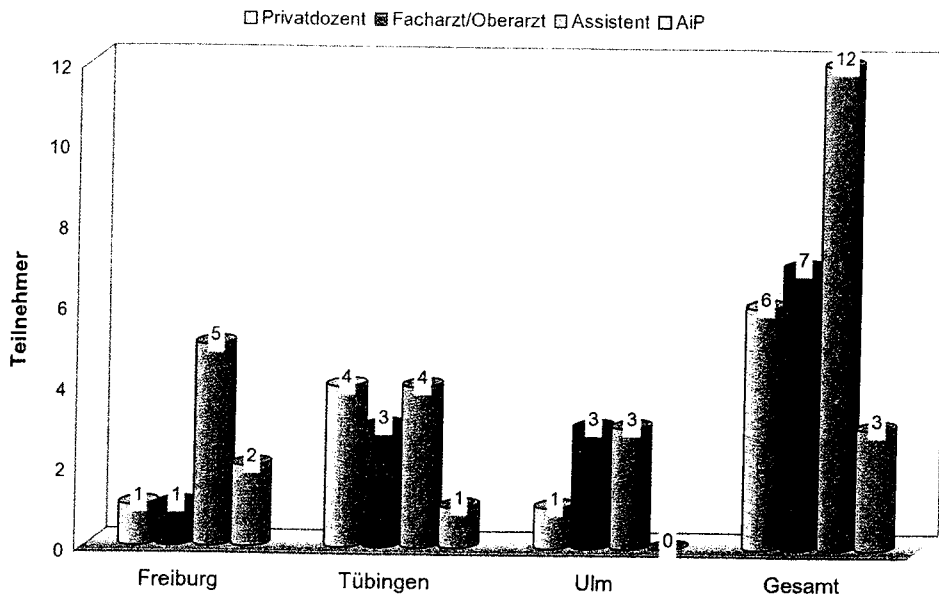


Abb. 3 Analyse der Kursteilnehmer der ersten beiden Basiskurse nach ihrem beruflichen Status. Die Angaben von 28 Teilnehmern liegen vor. Zwischen beiden Kursen zeigte sich kein relevanter Unterschied.

Wer trägt die Kosten?

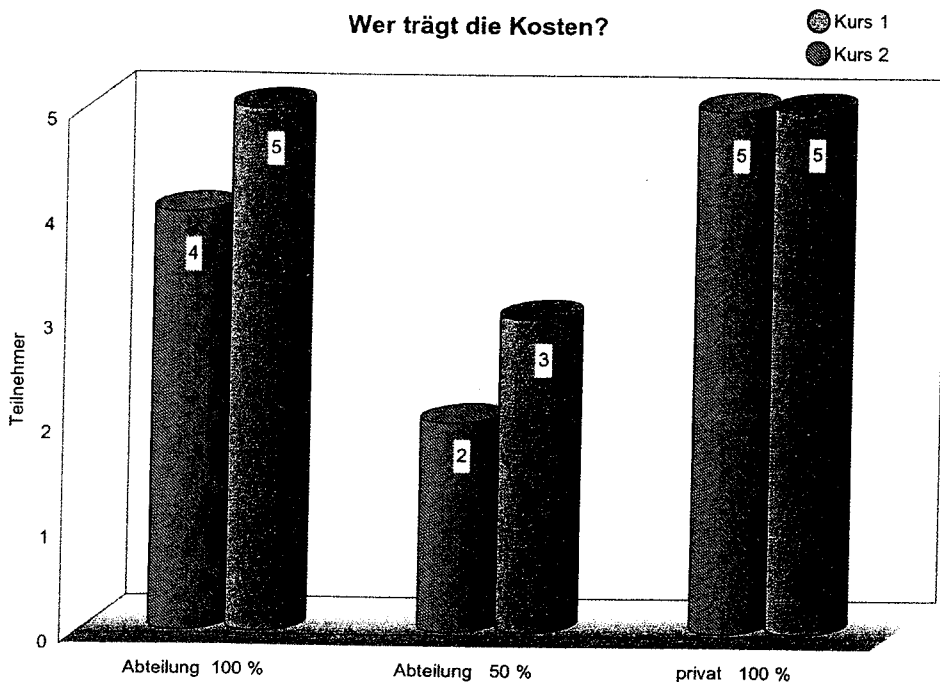


Abb. 4a Unterstützung der Teilnehmer der ersten beiden Basiskurse durch ihre Abteilungen. a) Beteiligung an den Kosten (Angaben von 24 Teilnehmern).

back gebeten, so dass der/die Lehrende aus verschiedenen Blickwinkeln Rückmeldung zu seiner/ihrer Leistung erhält.

Perspektiven

Das Projekt erfreut sich dank des tatkräftigen Engagements aller Beteiligten einer wachsenden Nachfrage. Einen zusätzlichen deutlichen Schub verspricht die leistungsorientierte Mittelvergabe (LOM-Lehre) des Landes zu geben, die auch die Aktivitäten der Lehrenden in didaktischen Fortbildungen berücksichtigen wird. Nicht alle Interessenten konnten bedient werden. Deshalb werden wir bereits im kommenden Wintersemester zwei Basiskurse pro Semester anbieten. Ab SS 2003 soll die Zahl der Basiskurse auf drei pro Semester erhöht werden, die an den verschiedenen Standorten durchgeführt werden.

Auch die Aufbaukurse werden schrittweise weiter ausgebaut. Die Wahl der Themen ergibt sich aus Bedarfsumfragen in den Fakultäten und bei Teilnehmern der Basiskurse. Die Aufbaukurse werden jeweils an dem Standort organisiert, der die besten Ressourcen für das jeweilige Thema anbieten kann.

Besondere Aufmerksamkeit werden wir zukünftig auch dem Multiplikatorentraining widmen. „Hauseigene“ talentierte Lehrende sollen bei Interesse schrittweise für selbständige Trainerfunktionen ausgebildet werden.

Danksagung

Der Dank gilt allen, die das Projekt in jeglicher Hinsicht unterstützt haben, insbesondere den Studiendekanen Herrn Prof. Dr.

Training = Arbeitszeit oder Urlaub?

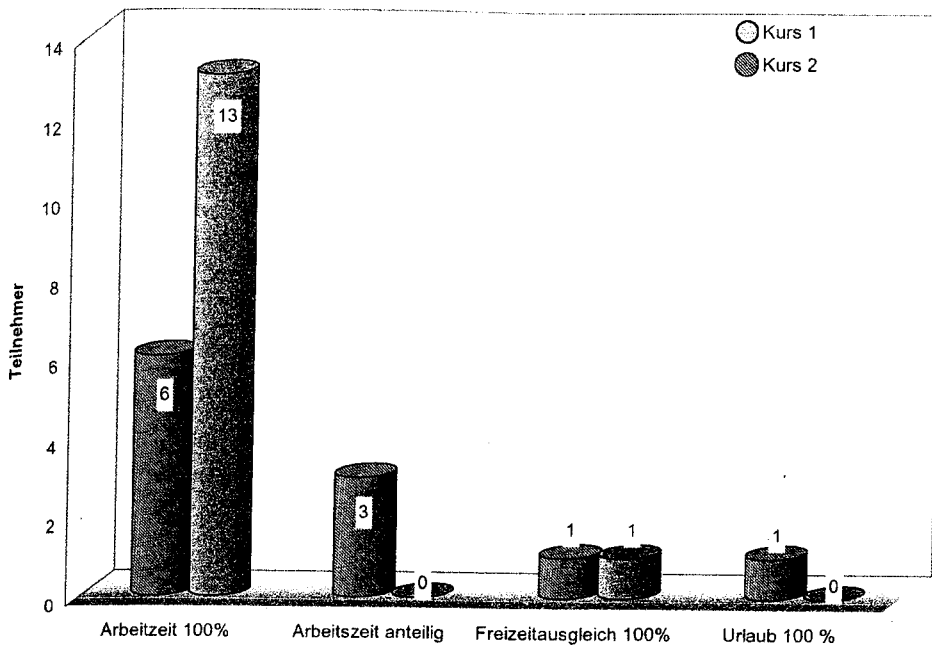


Abb. 4b Unterstützung der Teilnehmer der ersten beiden Basiskurse durch ihre Abteilungen. b) Anrechnung des Trainings als Arbeitszeit (Angaben von 25 Teilnehmern). Zwischen beiden Kursen zeigte sich kein relevanter Unterschied.

med. Schweizer (Tübingen) als Initiator und Förderer sowie Herrn Prof. Dr. med. Hofmann (Freiburg) und Herrn Prof. Dr. med. Kirsch (Ulm) für ihre Kooperationsbereitschaft. Ohne das Engagement und die tatkräftige Unterstützung durch die Koordinatorinnen vor Ort, Frau Dr. med. et MME Kerstin Müller, Freiburg und Frau Kautenburger, Ulm hätte das Projekt nicht in die Praxis umgesetzt werden können, ihnen sei herzlich gedankt.

Literatur

- ¹ Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst Baden-Württemberg. Medizinische Ausbildung in Baden-Württemberg. Bericht der Sachverständigenkommission zur Bewertung der Medizinischen Ausbildung (BeMA). Redaktion Dr. M. Hilzenbecher, 2001
- ² Lammerding-Köppel M. Programm zur Professionalisierung der Hochschullehre an den Medizinischen Fakultäten Baden-Württembergs. Bern: Masterthese zum „Master of Medical Education“ an der Medizinischen Fakultät der Universität Bern, 2001
- ³ Deming WE. The new economics for industry, government, education. Cambridge, MA: MIT Press, 1993
- ⁴ Harden RM, Crosby JR. AMEE Education Guide No 20: The good teacher is more than a lecturer – the twelve roles of the teacher. *Med Teacher* 2000; 22 (4): 334–347
- ⁵ Webler WD. Institutionalisierungsmöglichkeit der Hochschuldidaktik. *HSW* 2000; 2: 44–49
- ⁶ Wilkerson LA, Irby DM. Strategies for improving teaching practices: A comprehensive approach to faculty development. *Acad Med* 1998; 73 (4): 387–396
- ⁷ Eitel F, Kanz KG, Tesche A. Training and certification of teachers and trainers: the professionalization of medical education. *Med Teacher* 2000; 22 (5): 517–526
- ⁸ Döring KW, Ritter-Mamczek B. Lehren und Trainieren in der Weiterbildung. Ein praxisorientierter Leitfaden. Weinheim: Beltz – Deutscher Studien Verlag, 1999; 7. Aufl.
- ⁹ Sullivan ME, Hitchcock MA, Dunnington DL. Peer and self assessment during problem-based tutorials. *American Journal of Surgery* 1999; 177 (3): 266–269
- ¹⁰ Benor DE. Faculty development, teacher training and teacher accreditation in medical education: twenty years from now. *Med Teacher* 2000; 22 (5): 503–512
- ¹¹ Hochschulrahmengesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Januar 1999; BGBl I S. 18, zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 16. Februar 2002 (BGBl I S. 693)