

B. Huenges
W. Burger
D. Scheffner

Erstellung eines Kerncurriculums für den Reformstudengang Medizin an der Charité Berlin

Definition of „Elementary Health Problems“ as a Core for the Reformed Curriculum at the Charité in Berlin

Originalarbeit

Zusammenfassung

Der Reformstudengang Medizin der Berliner Charité basiert auf einer kritischen Revision von Lerninhalten in Form einer verstärkten Konzentration auf wesentliche Kernelemente bei optionaler Vertiefung in ausgewählten Gebieten. Er hat das Ziel, den Studierenden den Erwerb einer allgemeinen ärztlichen Kompetenz zu ermöglichen, auf deren Basis eine Weiterbildung erfolgen kann. Zu seinen Charakteristika gehören neben medizinischem Wissen und ärztlichen Fertigkeiten auch die Förderung selbstbestimmten Lernens, wissenschaftlichen Denkens und Handelns und die fundierte Ausbildung im Bereich der Kommunikation. Der angesichts der zunehmenden Spezialisierung in der Medizin unbedingt notwendige interdisziplinäre Konsens auf „wesentliche Inhalte“ ist aber wegen zwischen den Fächern stark divergierender Vorstellungen schwer zu erzielen. An der Charité wurde folgender Weg beschritten: Nach Auswertung unterschiedlicher epidemiologischer Quellen wurde durch eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe eine erste Liste besonders wichtiger Themen erstellt. Anschließend wurde mithilfe des Delphi-Verfahrens eine mehrstufige fakultätsweite Befragung von 466 VertreterInnen aus 65 unterschiedlichen Fachgebieten durchgeführt. Nach Auswertung aller Vorschläge aus zwei aufeinander folgenden Befragungsrunden konnte eine Aufstellung von 132 Symptomen und Krankheitszeichen sowie 235 Diagnosen und Krankheitsbildern vorgenommen werden, die für die weitere Planung des Reformstudengangs aber auch des Regelstudengangs ein „Kerncurriculum“ darstellen. Zusätzlich wurden im Verlauf des Verfahrens 121 Gesundheitsprobleme gesellschaftlicher und psychosozialer Art als zentrale Inhalte identifiziert, die aber noch der weiteren Präzisierung bedürfen. Zur Ausarbeitung von Details wird es in Zukunft zunächst notwendig, Outcomekri-

Abstract

The medical curriculum reform program, „Reformstudengang Medizin“ at Charité medical school in Berlin is undergoing a critical revision of learning content. By concentrating on core elements capacity becomes available for options and special-study modules, in order to improve in-depth studies in selected areas of interest. The major goal of the medical curriculum is to achieve medical competence by promoting personal and professional development. Important elements included are medical knowledge and practical skills for daily medical practice that foster self-directed learning skills, attitudes of scientific thinking and fundamental training in communication skills. Regarding the ongoing specialization within various medical fields, it seems difficult to reach an interdisciplinary consensus about the core curriculum, which consists of „elementary health problems“. Therefore, a small interdisciplinary group prepared a list of themes they considered crucial for medical education by reviewing different epidemiological data sources. This was followed by a faculty-wide survey in two respective rounds, applying the Delphi technique. 466 content experts from 65 different medical subspecialties, as well as basic scientists, had the task of critically revising a list of health problems and providing commentary on it. These comments from the first round were integrated into the list, the health problems modified and the list was re-circulated. After integration of all commentaries from both surveys, a list evolved containing 132 „Symptoms & Signs“ as well as 235 „Diagnoses and Syndromes“. In combination with all commentaries, this list serves as the preliminary core curriculum for the ongoing planning process of the reformed curriculum. The results could also help the traditional curriculum to adjust. It can be used as a topic list for the integration of learning content

57

Institutsangaben

Arbeitsgruppe Reformstudengang Medizin, Charité, Medizinische Fakultät
der Humboldt-Universität zu Berlin

Korrespondenzadresse

Bert Huenges · c/o Arbeitsgruppe Reformstudengang Medizin · Augustenburger Platz 1 ·
13353 Berlin · E-mail: bert.huenges@charite.de · <http://www.charite.de/rv/reform/>

Bibliografie

Med Ausbild 2003; 20: 57–62 © Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York · ISSN 0176-4772

terien für die verschiedenen Bereiche medizinischer Ausbildung zu definieren.

Schlüsselwörter

Kerncurriculum · Curriculumgestaltung · Delphi-Methode · Reformstudiengang · Gesundheitsprobleme

of different subspecialties within a similar clinical context. Additionally, 121 health problems of community and psycho-social areas were defined, which must be discussed more precisely before more details can be defined. To be able to define details upon which knowledge, skills and attitudes are to be learned, appropriate to each of the health problems chosen, it is first necessary to define desired outcome criteria for different aspects in medical education.

Key words

Core curriculum · curriculum design · Delphi method · health problems · reformed curriculum

Einleitung und Fragestellung

Im Rahmen der Reform der medizinischen Ausbildung ist neben der Einführung neuer Lehr-, Lern- und Prüfungsmethoden eine Sichtung und Umstrukturierung von Inhalten des medizinischen Curriculums notwendig. Die zunehmende Spezialisierung und das damit rapide anwachsende medizinische Detailwissen erfordern eine Konzentration auf *wesentliche Inhalte* in der medizinischen Ausbildung. Weiterhin müssen Studierende in Vorbereitung auf die Berufstätigkeit lernen, aus der Fülle vorliegender Erkenntnisse das für ihre Fragestellung Wichtige zu extrahieren und auf die konkrete Problematik des Patienten anzuwenden. Angesichts der Zunahme von chronischen Erkrankungen und Multimorbidität einer immer älter werdenden Bevölkerungsstruktur erfordert dies primär einen interdisziplinären Ansatz. Demzufolge wird international empfohlen, Lehrinhalte, die bisher – dem Gegenstandskatalog entsprechend – in einzelnen Fachdisziplinen getrennt voneinander angeboten wurden, verstärkt im interdisziplinären Kontext und anwendungsbezogen zu lehren und zu lernen.

Nach den Empfehlungen des General Medical Council [7] kann man diesen Empfehlungen gerecht werden, indem das medizinische Curriculum in ein so genanntes *Kerncurriculum und special study modules (SSM)* gegliedert wird. Durch eine verbindliche Festlegung der für einen Absolventen wesentlichen Kenntnisse, Fertigkeiten und Einstellungen zum Einstieg in das Berufsleben soll ein gemeinsamer Standard aller Absolventen und Absolventinnen sichergestellt werden [8]. Dabei sollen für die Beschäftigung mit Inhalten aus dem Kerncurriculum 60–80% der Studiendauer reserviert werden, in der verbleibenden Zeit können die Studierenden in so genannten *special study modules* ausgewählte Themen in Beziehung zu ihren persönlichen Interessen besonders intensiv vertiefen.

Im internationalen Diskurs wird die Entwicklung von Kerncurricula auf der Ebene einzelner Fachgebiete [1], aber auch zur Etablierung nationaler [5] und internationaler [2,20] Standards für die medizinische Ausbildung diskutiert. Diskutiert wird derzeit die Etablierung globaler Minimalstandards durch die *World Federation of Medical Education (WFME)*, welche als Empfehlung für möglichst alle medizinischen Hochschulen verbindlich sein sollte [11]. Auf nationaler Ebene wurde jüngst von über 100 Fachvertretern aus der Schweiz ein ausführlicher Lehrzielkatalog [5] formuliert, der auch für die Bundesrepublik exemplarischen

Charakter haben könnte. Generelle Standards auf nationaler und internationaler Ebene sind hinsichtlich der Bedeutung für die medizinischen Curricula einzelner Hochschulen derzeit umstritten; ein Konsens besteht jedoch darüber, dass diese den innerhalb der einzelnen medizinischen Fakultäten notwendigen Prozess der Curriculumsplanung erleichtern, ihn aber nicht ersetzen können [6,11]. Die Mitbestimmung von Inhalten eines reformierten Curriculums durch möglichst viele Fakultätsmitglieder und die Übermittlung von Verantwortung für die Gestaltung eines reformierten Studiengangs sind wesentliche Faktoren für das Gelingen einer Reform in der medizinischen Ausbildung [12].

Der Reformstudiengang Medizin an der Charité (RSM) baut mit seinem Curriculum auf den Erfahrungen der internationalen Reformbewegung auf. Neben Betonung des Kleingruppenunterrichts, der das eigenverantwortliche, lebenslange Lernen und die Motivation der Studierenden fördern soll, wurden die Lerninhalte auf häufige, dringliche und grundsätzliche Gesundheitsprobleme konzentriert, mit dem Ziel, so *Ausbildungsinhalte* klar von *Weiterbildungsinhalten* zu unterscheiden. Durch den dadurch gewonnenen Spielraum soll es Studierenden ermöglicht werden, bisher häufig zu wenig beachtete, aber relevante Inhalte wie beispielsweise die psychosoziale Bedeutung von Krankheit und Aspekte der Prävention in exemplarischer Weise weiter zu vertiefen. Basis erster inhaltlicher Festlegung von Lehrinhalten für den RSM waren epidemiologische Daten zu Krankheits- und Beschwerdehäufigkeiten, die in Abstimmung mit klinischen Fachvertretern der Charité durch weitere dringliche und exemplarische Themengebiete ergänzt worden waren [3,4,16,19,22].

Aufgrund der Erfahrungen mit den ersten Kohorten des RSM seit Wintersemester 1999 wurde aber deutlich, dass für die Detailplanung der späteren Studienabschnitte eine noch stärkere Konkretisierung von Kerninhalten hilfreich sein würde, um die praktische Realisation des geplanten Curriculums gewährleisten zu können. Eine Umsetzung der epidemiologischen Daten, aus denen 600 Behandlungsanlässe nach den Kriterien der Dringlichkeit, Häufigkeit und Exemplarizität ausgewählt worden waren, stellte keine ausreichend geschlossene Struktur für die Curriculumsplanung dar. Auch konnte zwischen psychosozialen Themen, Krankheitsbildern und Beschwerdekplexen nur unzureichend differenziert werden; eine Umsetzung dieser bisher noch unscharf definierten Begriffe in die studentische Ausbildung erwies sich daher im Detail als nicht realisierbar. Es bestand zu diesem Zeitpunkt außerhalb der für die Planung der

einzelnen Themenblöcke verantwortlichen Blockausschüsse noch kein fachübergreifender Konsens innerhalb der Fakultät über unverzichtbare Kerninhalte. Auch innerhalb des Regelstudiengangs gibt es diesbezüglich keine interdisziplinäre Konsensbildung.

Zur Definition der zentralen Lehrinhalte sollte deshalb ein interdisziplinärer Dialog unter Einbindung von FachvertreterInnen aller Disziplinen der Fakultät in Gang gesetzt werden. Dies wurde als wesentlicher Schritt auch im Sinne des *faculty developments* gesehen, wobei die Beteiligung und das Verantwortungsgefühl aller Disziplinen für das Curriculum des RSM und der medizinischen Ausbildung insgesamt gestärkt werden sollte [12].

Tab. 1 Glossar über die verwendeten Begriffe

| Lehrinhalte | Themen der Medizin, die zum Gegenstand des Unterrichtes/der Lehre gemacht werden sollen |
|---|---|
| Kerncurriculum | Themen der Medizin, mit denen sich alle Studierenden eines Studiengangs intensiv auseinander setzen sollen. Das K. am RSM ist gegliedert in Gesundheitsprobleme (Symptome und Krankheitszeichen, Diagnosen und Krankheitsbilder, allgemeine und psychosoziale Themen) |
| Special Study Modules/Options | Themen der Medizin, die einzelne Studierende als Wahl oder Wahlpflicht vertiefend erlernen sollen |
| Lehrziele/Ausbildungsziele (nach § 1 der ÄAppO) | Kenntnisstand, den die Studierenden über ein Themengebiet der Medizin erreichen sollen = operationalisierter Lehrinhalt |
| Lerninhalt | von Studierenden erlernte Themen der Medizin |
| Lernziel | im problemorientierten Lernen definierte Aufgabe zum Selbststudium der Studierenden |
| Outcomes/Competencies | (messbare) Kenntnisse, Fertigkeiten und Einstellungen, die von dem Absolventen eines Curriculums erwartet werden |

Methodik

Die für die Erstellung des Curriculums für den RSM verwendeten Arbeitsgrundlagen wurden zunächst mit Daten bestehender Kerncurricula [5, 14, 15] verglichen (Abb. 1).

Hierbei wurden die Daten in ein neues Format gebracht, das drei unterschiedliche Dimensionen von Gesundheitsproblemen als Basis für den weiteren Prozess der Curriculumsplanung definiert:

- Symptome und Krankheitszeichen, welche als Ausgangspunkt zur problemorientierten Erarbeitung von Themenbereichen dienen können,
- Diagnosen und Krankheitsbilder, welche als Themata von Patientenkasustiken im problemorientierten Lernen und im praktischen Studentenunterricht behandelt werden sollten,
- allgemeine ärztlich relevante Themengebiete, mit denen sich Studierende besonders häufig oder besonders ausführlich auseinandersetzen sollten, da sie für viele einzelne Gesundheitsprobleme generalisierbare Aspekte enthalten.

In einer interdisziplinären Kleingruppe, bestehend aus Vertretern der Fächer Allgemeinmedizin, Biochemie, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Innere Medizin und Pädiatrie sowie der Arbeitsgruppe RSM, wurde dann eine „Urliste“ mit relevanten Problemen und Themen zusammengestellt.

Kriterien bei der Auswahl war die Relevanz für den kommenden Berufsalltag der Studierenden. Besonders häufige Krankheitsbilder sollten ebenso berücksichtigt werden wie besonders dringliche Situationen, die der fachgerechten Erstversorgung durch Absolventen des Medizinstudiums bis zur Weiterleitung in fachärztliche Behandlung bedürfen. Gesundheitsprobleme wurden derart formuliert, dass jeweils ein Themengebiet (z. B. Virushepatitis) und ein exemplarisch ausgewähltes konkretes Beispiel (z. B. Hepatitis B) zusammengefasst wurden („Virushepatitis am Beispiel der Hepatitis B“).

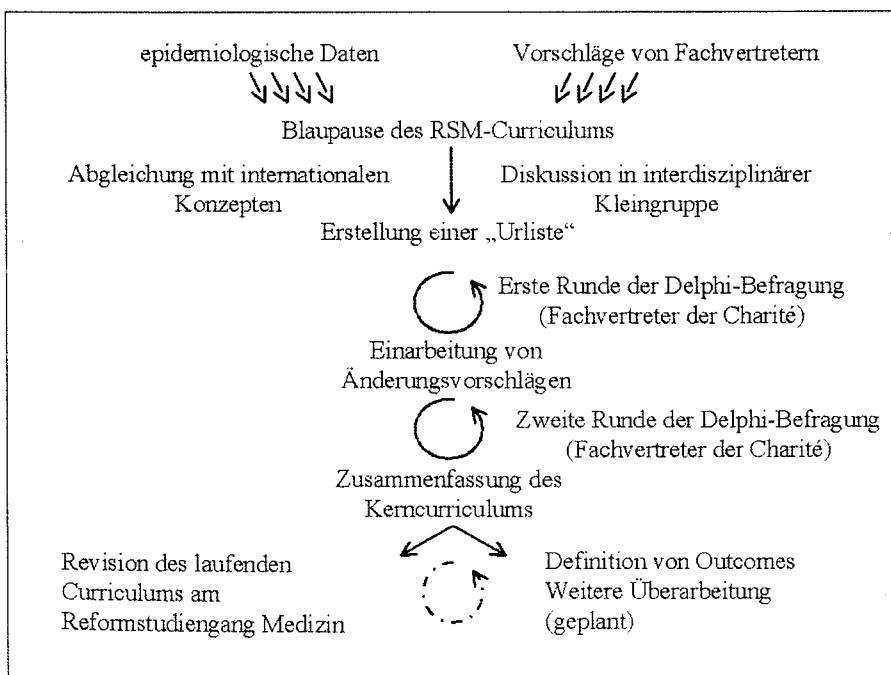


Abb. 1 Vorgehen bei der Erstellung des Kerncurriculums.

Im Delphi-Verfahren [18] erfolgte die mehrstufige Befragung von FachvertreterInnen aus allen klinischen und wissenschaftlichen Einrichtungen der Fakultät. Alle Befragten erhielten dabei die jeweils aktuelle Aufstellung der Gesundheitsprobleme sowie die bereits eingegangenen Kommentare als Diskussionsbasis und hatten jeweils die Möglichkeit, zu vorliegendem Material Stellung zu nehmen. Dadurch, dass die Befragung der einzelnen Teilnehmer und Teilnehmerinnen unabhängig voneinander, schriftlich und anonym erfolgte, wurden gruppenspezifische Prozesse unter den Diskutierenden vermieden. Teilnehmende hatten im jeweils folgenden Befragungsschritt die Möglichkeit, auf die Antworten ihrer Kolleginnen und Kollegen einzugehen.

Bei der Auswahl der angeschriebenen FachvertreterInnen wurde darauf geachtet, dass alle Fachbereiche der Fakultät und klinische Einrichtungen von Universitätskliniken sowie die akademischen Lehrkrankenhäuser angemessen vertreten waren. Alle angeschriebenen HochschullehrerInnen wurden gebeten, die zugesandte Urliste kritisch hinsichtlich der Auswahl und Ausgewogenheit der Inhalte ihres eigenen und anderer Fachgebiete zu prüfen sowie Kommentare oder Änderungsvorschläge zu einzelnen Gesundheitsproblemen zu formulieren. Nach einer Frist von drei Monaten wurden eingegangene Änderungsvorschläge in die Urliste eingearbeitet und allen HochschuldozentInnen, die auf die erste Befragung geantwortet hatten, sowie den Vertretern derjenigen Fachbereiche, deren Antwort zu diesem Zeitpunkt noch ausstand, mit der Bitte um erneute Stellungnahme zugesendet. Nach einer erneuten Frist von sechs Wochen wurden alle eingegangenen Antworten in die bestehende Liste integriert: Sie dient als vorläufiges Kerncurriculum für den RSM.

Ergebnisse

Die erstellte Urliste enthielt 123 Symptome, 205 Krankheitsbilder und 48 allgemeine Themengebiete. Sie wurde an 466 FachvertreterInnen aus 65 Fachgebieten wissenschaftlich-theoretischer Institute, klinische Einrichtungen der Charité und ausgewählte Lehrkrankenhäuser verschickt. Zusätzlich wurde die Urliste in Form einer Datenbank auf dem Intranet der Charité zugänglich gemacht, wobei mithilfe gesonderter Suchfunktionen die Durchsicht der Daten erleichtert werden sollte.

Nach dem Zeitpunkt von drei Monaten wurden insgesamt 501 Änderungs- und Ergänzungsvorschläge aus 108 eingetroffenen Antwortbögen (Rücklauf: 23,2%) aus 58 Fachgebieten (89,2%) ausgewertet und in die ursprüngliche Liste integriert. Einige der Fachgebiete beteiligten sich besonders rege an der Umfrage, während aus einigen wenigen Fachgebieten – aus Grundlagenfächern (Physik, Chemie etc.), Brückenfächern (Pharmakologie, Pathologie etc.) sowie aus kleinen klinischen Fächern – bis zum Ablauf der ersten Frist keine Antworten vorlagen. Bei der zweiten Befragungsrunde wurden alle Personen, die ein Interesse an der weiteren Diskussion signalisierten hatten sowie alle Vertreter derjenigen Fachgebiete, aus welchen noch keine Antwort vorlag, mit der Bitte um Beteiligung erneut kontaktiert. Am Ende der zweiten Runde wurden nochmals 79 Änderungsvorschläge in das Konzept integriert und eine Aufstellung von 132 Symptomen, 235 Diagnosen und Krankheitsbildern und 121 allgemeinen The-

mengebieten als vorläufige Version des Kerncurriculums für den RSM zusammengestellt (Tab. 2).

Zahlreiche allgemeine Kommentare, die sich nicht ohne weiteres in die Urliste integrieren ließen, wurden gesondert dargestellt. Gingen unterschiedlich formulierte, sich inhaltlich ergänzende Änderungsvorschläge zu einem Gesundheitsproblem ein, so wurden diese als gemeinsamer Änderungsvorschlag formuliert. Alle eingegangenen Antworten wurden in Form von Kommentaren zu dem jeweiligen Gesundheitsproblem dokumentiert (Tab. 2).

Diskussion

Das mithilfe des Delphi-Verfahrens ermittelte Kerncurriculum dient zunächst zum Vergleich der in frühen Studienabschnitten bereits behandelten Inhalte im Reformstudiengang Medizin und der Planung weiterer Studienabschnitte. Damit soll eine Auseinandersetzung aller Studierenden mit von den Fachvertretern als wesentlich erachteten Symptomen und Diagnosen sichergestellt werden. Der interdisziplinäre Charakter der Aufstellung soll bei der Erstellung von Arbeitsgrundlagen, beispielsweise für das problemorientierte Lernen, das *kontextgebundene* Lernen unterstützen. Planende, Prüfende sowie Dozenten und Dozentinnen von begleitenden Seminaren, Praktika und Übungen werden dazu aufgefordert, sich exemplarisch auf Gesundheitsprobleme aus dem Kerncurriculum zu beziehen um ein inhaltliches Zusammenspiel unterschiedlicher Lehrveranstaltungen zu erreichen.

Während hinsichtlich der zentralen Leitsymptome und Krankheitsbilder in den meisten Fällen ein rascher Konsens erzielt werden konnte, zeigte sich hinsichtlich der allgemeinen Themengebiete bei den Vertretern unterschiedlicher Fachgebiete erwartungsgemäß eine unterschiedliche Schwerpunktsetzung. Die zu beobachtende Unsicherheit im Umgang mit vorwiegend psychosozialen Themen in der Curriculumsplanung ist u.a. auf generelle Schwierigkeiten bei der Umsetzung psychosozialer Ausbildungsziele im Curriculum – z. B. durch adäquate Berücksichtigung in Prüfungsinhalten – zu verstehen [16]. Die eingegangenen Vorschläge im Bereich der allgemeinen Themengebiete wurden daher zunächst zu 121 Themengruppen zusammengefasst, die in einem weiteren interdisziplinären Dialog präzisiert werden müssen.

Aus dem Konzept von Harden u. Davis [8] wird nicht deutlich, wie sichergestellt werden kann, dass alle Inhalte eines Kerncurriculums in vollem Umfang von allen Studierenden auch erlernt worden sind. Hierzu wäre u.a. eine Prüfungspraxis erforderlich, die für einige als zentral angesehene Inhalte eine Bestehensgrenze mit nahezu 100% richtigen Antworten definiert. In der jetzigen Prüfungspraxis, die zumeist eine Bestehensgrenze von 50–60% der erfragten Inhalte voraussetzt, kann nicht sichergestellt werden, dass einzelne Inhalte wirklich erworben wurden.

Die Sammlung medizinischer Inhalte allein reicht sicher noch nicht aus, ein medizinisches Curriculum sinnvoll zu strukturieren. Bislang handelt es sich bei der erstellten Liste um die Festle-

Tab. 2 Exemplarisch ausgewählte Gesundheitsprobleme* zu Beginn und am Ende des Delphi-Verfahrens sowie eingearbeitete Kommentare

| Gesundheitsproblem (Urliste) | Gesundheitsproblem (Kerncurriculum) | Kommentare |
|----------------------------------|---|---|
| Schlafstörungen, Schiaflosigkeit | Schlafstörungen und Störungen der zirkadianen Rhythmik unter Berücksichtigung psychischer, neurologischer und endokrinologischer Ursachen sowie von Schnarchen/Schlafapnoe | Physiologie der zirkadianen Rhythmik mit den entsprechenden Symptomen fehlen praktisch, da Schlafstörungen nur als Symptom, nicht aber als Krankheitsproblem der Psychiatrie wie der Neurologie wie der Endokrinologie etc. vorkommen. Schnarchen/Schlafapnoe als Risikofaktor für kardiovaskuläre Komplikationen von großer Relevanz. Wird häufig in der Praxis übersehen (trotz hoher Morbidität); evtl. behinderte Nasenatmung ersetzen. Unter Schlafstörungen sollte die Schlafapnoe behandelt werden, da 5–10% der deutschen Bevölkerung schätzungsweise Schlafapnoen aufweisen (therapiebedürftige). |
| keine Vorschläge | keine Vorschläge | Gesichtsfeldausfall/Hemianopsie: Praxisrelevanz Netzhautveränderungen (Gefäße und Retina) Fundus betroffen bei Diabetes mellitus, Hypertonie, Mikroembolien, Schock etc. Sehstörungen statt Visusstörungen: umfassender, enthält auch Photophobien, Doppelbilder, Visus- und Gesichtsfeldeinschränkungen Zusatz: Doppelbilder: auffälliges Symptom, das auf Störungen im Bereich der Orbita u. Hirnstamm hinweisen kann. Bezug zu 1.98 (Lähmung) Visusverlust muss an die Einblutung in ein Hypophysenadenom denken lassen. |
| keine Vorschläge | opportunistische Infektionen am Beispiel Pneumozystis Pneumonie, Soor | Pneumozystis Pneumonie/Pneumocystis carinii: Dieser Erreger ist das typische Beispiel für einen Opportunisten! Die Rolle der Opportunisten nimmt zu. An diesem Beispiel kann über die Bedeutung des Erregernachweises (auch ohne Klinik) und die allgemeinen Probleme bei Therapie und Prophylaxe gesprochen werden. Candida albicans/Soor: Candidainfektionen nehmen zu. An ihnen kann man exemplarisch die Rolle von Grundkrankheiten/Disposition (Diabetes oder HIV) oder Therapiefolgen (antibakterielle CT) aufzeigen. |
| Rachitis | Ca-Stoffwechselstörungen am Beispiel des Hyperparathyreoidismus | Nebenschilddrüsenerkrankung fehlt. Hyperparathyreoidismus häufiger als Rachitis u. a. (könnte wegfallen) Rachitis und Osteomalazie (unvollständig) Ca-Stoffwechselstörungen: Rachitis ist zu eingegrenzt, beispielsweise kommen Hyper- und Hypothyreoidismus überhaupt nicht vor. Hyperkalzämie fehlt auch. |
| keine Vorschläge | Aspekte des Screenings | Screening: Früherkennungsuntersuchungen im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen, Anforderungen an Früherkennungsuntersuchungen, Testeigenschaften (Sensitivität, Spezifität, Likelihood Ratio, positiver und negativer prädiktiver Wert etc.), Strategien des Screenings (Bevölkerungs- und Hochrisikostrategie), Probleme und Kosten. Aspekte des Screenings fehlen |
| Lebensqualität | Lebensqualität bei chronischer Erkrankung und Behinderung: objektive Parameter und subjektive Präferenzen unter Berücksichtigung psychosozialer und partnerschaftlicher Ressourcen | Lebensqualität: objektive Parameter und subjektive Präferenzen: Verdeutlichung ethischer Probleme (Überarbeitung unter dem Aspekt der Praxisrelevanz für Medizinstudenten) Lebensqualität bei chronischer Erkrankung und Behinderung Vorschlag zur Erweiterung: Lebensqualität; psychosoziale und partnerschaftliche Ressourcen Lebensqualität (Punkt 3.15) ist in so viel unterschiedlichen Zusammenhängen in der Medizin von Bedeutung, dass es mir verwirrend erscheint, einfach nur so das Wort Lebensqualität hinzuschreiben. Die Gleichstellung von Gesundheit und Lebensqualität als historisches Konstrukt. |

* die vollständige Version des Kerncurriculums finden Sie unter <http://www.charite.de/rv/reform/corecurriculum.html>

gung als wesentlich angesehener Gesundheitsprobleme, wie sie auch beispielsweise im Kapitel 5 des Schweizer Lernzielkatalogs zu finden sind [5]. Bisher wurde noch nicht versucht, die erwünschte inhaltliche Tiefe zu den einzelnen Themengebieten festzulegen, so dass die vorliegende Liste für die Detailplanung nicht ausreicht. Sie dient zunächst als Basis für die Überarbeitung der einzelnen Themenblöcke und die Zuordnung einzelner Inhalte über die Blöcke der verschiedenen Semester. Darauf aufbauend kann deutlich werden, in welcher Tiefe einzelne Themen sinnvollerweise innerhalb einer „Lernspirale“ über verschiedene Abschnitte des Studiums unter Berücksichtigung des *kumulativen* Lernens verteilt werden können.

Ein diesbezüglich sinnvoller Schritt könnte sein, im Sinne der Festlegung kumulativer Kompetenzen „Meilensteine“ zu definieren, an denen Studierende über bestimmte komplexe Fertigkeiten und Fähigkeiten (beispielsweise Erhebung einer vollständigen Anamnese, eine zielgerichtete Durchführung diagnostischer

Maßnahmen etc.) verfügen sollen. Eine Definition so genannter *Outcomes* [9], die im Unterschied zur Sammlung einzelner Inhalte Kompetenzgebiete definieren, wäre im Rahmen eines weiteren Delphi-Prozesses in der Fakultätsentwicklung möglich. *Outcomes*, oder präziser ausgedrückt erwartete *Competencies*, könnten gegenüber Gegenständen den Vorteil haben, das sich rasch wandelnde medizinische Wissen hinsichtlich seiner curricularen Relevanz auf dem Hintergrund mehr globaler Zielsetzungen beurteilen zu können.

Bei der Reform eines Curriculums muss die Einpassung in internationale Standards, beispielsweise eine Berücksichtigung der Leitlinien der WFME erfolgen [21]. Nur so kann eine exemplarische Ausweitung von entwickelten Konzepten auf andere Universitäten sinnvoll gesteuert werden. Die von der WFME formulierten Basisstandards zu neun Gebieten der medizinischen Ausbildung (Leit- und Lehrziele, Studienprogramm, Prüfungen, Studierende, Lehrkörper, Lehrressourcen, Programmevaluation, Ver-

waltung und kontinuierliche Erneuerung) werden ergänzt durch Empfehlungen, welche dem Qualitätsmanagement einzelner Hochschulen dienen. Nicht inbegriffen in diesen Standards ist jedoch die Formulierung eines Kerncurriculums [10], so dass hier derzeit sehr unterschiedliche Konzepte parallel zueinander entwickelt werden. Zur Vergleichbarkeit medizinischer Curricula auf nationaler oder internationaler Ebene wäre jedoch eine einheitliche Gestaltung des Kerncurriculums – beispielsweise durch die Vorgabe von groben Leitlinien – wünschenswert.

Bis zu diesem Zeitpunkt kann die an der Charité erstellte Liste neben der internen Revision des Curriculums des RSM zur Anregung oder Bereicherung des Studiums im Regelstudiengang genutzt werden.

In Anbetracht des derzeit rechtsverbindlichen Gegenstandskataloges für die medizinische Ausbildung (GK) und der bestehenden Debatte im Rahmen der Neugestaltung der Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO) wäre die Formulierung eines nationalen Kerncurriculums für die Bundesrepublik Deutschland wünschenswert. Vor der weiteren Ausarbeitung von Lehrzielkatalogen für die gesamte Bundesrepublik Deutschland – beispielsweise nach dem Vorbild des Schweizer Katalogs [5] – muss jedoch eine Grundsatzdiskussion über essenzielle, wichtige oder lediglich wünschenswerte Inhalte der medizinischen Ausbildung erfolgen. Nur dadurch können den momentanen Problemen im Rahmen der inhaltlichen Überfrachtung des Medizinstudiums und der damit verbundenen zu oberflächlichen Auseinandersetzungen der Studierenden mit wesentlichen Themen langfristig entgegen gewirkt werden.

Danksagung

Wir danken den Mitarbeitern der interdisziplinären Kerngruppe Prof. J. W. Dudenhausen, Prof. U. Frei, Prof. C. Frömmel, PD H. P. Lemmens, Prof. U. Schwantes für ihr Engagement bei der Erstellung der „Urliste“ sowie allen Fachvertretern und Fachvertreterinnen der Charité und der akademischen Lehrkrankenhäuser, die sich an der Delphi-Befragung beteiligt haben.

Literatur

- ¹ Association of British Neurologists. Teaching neurology in the 21st century: suggestions from the Association of British Neurologists for UK medical schools planning their curriculum. *Med Teacher* 1995; 17: 5–12
- ² Bandaranayake R. The concept and practicability of a core curriculum in basic medical education. *Med Teacher* 2000; 22 (6): 560–563
- ³ Braun RN, Mader FH, Danninger H. *Programmierte Diagnostik in der Allgemeinmedizin*. Berlin: Springer-Verlag, 1990 (2. Aufl.)
- ⁴ Bundesministerium für Gesundheit. *Daten des Gesundheitswesens 1991*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 3. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 1992
- ⁵ Bürgi H, Bader C et al. *Swiss Catalogue of Learning Objectives for Undergraduate Medical Training*. Preliminary version, October 2001. Universität Bern, Medizinische Fakultät. URL: <http://www.iawf.unibe.ch/slo/>
- ⁶ ten Cate O. Global Standards in medical education – what are the objectives? *Med Educ* 2002; 36: 602–604
- ⁷ General Medical Council. *Tomorrow's Doctors: Recommendations on Undergraduate Medical Education*. London: GMC, 1993
- ⁸ Harden RM, Davis MH. AMEE Medical Education Guide No. 5. The core curriculum with options or special study modules. *Med Teacher* 1995; 17 (2): 125–148
- ⁹ Harden RM, Crosby MH et al. AMEE Guide No. 14: Outcome-based Education: Part 5 – from Competency to meta-competency: a model for the specification of learning outcomes. *Med Teacher* 1999; 21 (6): 546–552
- ¹⁰ Jayawickramarajah PT. WFME task force on defining international standards in basic medical education. *Med Educ* 2001; 35 (5): 515–516
- ¹¹ Karle H. Global Standards in medical education – an instrument in quality improvement. *Med Educ* 2002; 36: 604–605
- ¹² Mårtensson D. What does Initiatives to Reform Fail? *Med Ausbild* 2001; 18: 16–18
- ¹³ Marz R, Merl PA et al. Ein neuer Studienplan für die Wiener Medizinische Fakultät: Erstellung des Qualifikationsprofils als erster Schritt. *Med Ausbild* 2001; 18: 38–39
- ¹⁴ Merl PA, Csanyi GS et al. The process of defining a profile of student competencies at the University of Vienna Medical School. *Med Educ* 2000; 34: 216–221
- ¹⁵ O'Neill P, Metcalfe D et al. The core content of the undergraduate curriculum in Manchester. *Med Educ* 1999; 33: 121–129
- ¹⁶ Schagen U. Lernziele der psychosozialen Fächer in der (neuen) Approbationsordnung und die Notwendigkeit der Beibehaltung von Prüfungstoff- und Gegenstandskatalogen. *Med Ausbild* 1999; 16: 16–20
- ¹⁷ Stevens P. Häufigkeit und Wichtigkeit von Gesundheitsproblemen in der primärärztlichen Versorgung. Auftragsarbeit der Arbeitsgruppe Reformstudiengang Medizin. Berlin, 1993
- ¹⁸ Stritter FT, Tresolini CP et al. The Delphi Technique in Curriculum Development. *Teaching and Learning in Medicine* 1994; 6 (2): 136–141
- ¹⁹ Weber I. Dringliche Gesundheitsprobleme der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland. Zahlen – Fakten – Perspektiven. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 1990
- ²⁰ WFME Task Force on Defining International Standards in Basic Medical Education. Report of the Working Party, Copenhagen, 14–16 October 1999. *Med Educ* 2000; 34: 665–675
- ²¹ WFME. *International Guidelines: Quality improvement in basic medical education*. University of Copenhagen, Denmark, 2001. <http://www.sund.ku.dk/wfme/>
- ²² Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. *Die EVaS-Studie. Eine Erhebung über die ambulante medizinische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland*. Wissenschaftliche Reihe, Band 39.1. Köln: Deutscher Ärzteverlag, 1989