

tuationen, Streß), dazu Besprechung der Freizeit- und Urlaubsgestaltung.

5. Tag

Feststellung der Abschluß-Ergebnisse; Wiederholung der wichtigsten Gesundheitsschäden durch das Rauchen; Mehrfache Wiederholung aller autosuggestiven Kernsätze im Chor; Raucherabstinenz und Gewichtszunahme; Was ist von Alternativen zum Zigarettenrauchen zu halten? (Pfeifenrauchen, Zigarren, Kautabak, Schnupftabak, außerdem „Leichtrauchen“, Filter- und Mentholzigaretten).

Weitere therapeutische Empfehlungen:

▷ Kleine Kneippsche Hydrotherapie (Kaltabreibungen, Armbäder, Wassertreten, Duschen);

▷ Nichtrauchermotivierung: was erwartet den zukünftigen Nichtraucher? (körperlich-geistiges Wohlbefinden, Beschwerdefreiheit, bessere Leistungsfähigkeit, besseres Aussehen, Geld sparen, Beweise für die eigene Willenskraft);

▷ Aufbau eines Nichtraucherimage (der Mensch ohne Aufputsch- und Entspannungskrücken, der sportliche und normalgewichtige Mensch, der Mensch ohne Risikofaktoren, der unabhängige Mensch, die Persönlichkeit, die sich nicht von der Werbung manipulieren läßt, Geselligkeit ohne Rauchen, Stellenwert von Identifizierung und Nachahmung).

Zusammenfassung aller wichtigen Punkte gegen das Rauchen, Feststellung und Diskussion eventueller Nikotinentzugssymptome bei den Teilnehmern. Ratschläge für die am Ende des Seminars noch nicht entwöhnten Raucher, vor allem Mut zu einem neuen Anlauf, Beantwortung von Fragen aus dem Teilnehmerkreis, Vereinbarung eines neuen Diskussionsabends in ein bis zwei Wochen, Verabschiedung.

Diese stichwortartigen Hinweise könnten präventivmedizinisch orien-

tierten Ärzten, die sich schon immer auf dem Gebiet der Raucherentwöhnung betätigen wollten, eine brauchbare Stütze für Gestaltung und Ablauf der gruppentherapeutischen Entwöhnung geben.

► Wichtig ist eigentlich nur, daß man die seit langem geplanten Vorhaben in die Tat umsetzt, eine Schar Entwöhnungswilliger um sich sammelt und einfach anfängt. Nichts hilft einem dann besser als die selbst gemachten Erfahrungen!

Nur wenn sehr viele Kolleginnen und Kollegen es versuchen, können wir etwa ausrichten und vielleicht sogar eines Tages des Problems Herr werden.

Anschrift des Verfassers:
Dr. med. Hellmuth Reckendorf
Betriebsarzt der Boehringer
Mannheim GmbH
Sandhofer Straße 116
6800 Mannheim 31

BLÜTENLESE

Gesundheit anno 1843

„*Neuestes elegantes Conversations-Lexicon für Gebildete aus allen Ständen*“, herausgegeben „im Verein mit einer Gesellschaft von Gelehrten“, definiert anno 1843 Gesundheit wie folgt: „*Gesundheit ist der Zustand des menschlichen Organismus, wo alle Verrichtungen und Entwicklungen der Organe mit dem Zwecke des Lebens harmonieren. Dies ist die absolute Gesundheit, welche sehr selten zu finden ist. Was wir Gesundheit nennen, ist die relative, wo ungünstige Einwirkungen von außen auf ein Organ sich im menschlichen Gemeingefühl verlieren. Eine der Natur angemessene Lebensweise ist Bewahrerin und Geberin der Gesundheit.*“

(Pharma-Report)

Der Prüfungsskandal

Jürgen Dahmer

In der ärztlichen Ausbildung, zu der auch die Prüfung gehört, werden nach Ansicht des Autors didaktische Überlegungen zu wenig berücksichtigt. Erdrückende Stofffülle, mangelhafte Vertiefung und wenig überzeugende Lehrangebote sind die Folgen unpräziser Zielvorstellungen beim Medizinstudium, wie sie bei den Ergebnissen der ärztlichen Vorprüfung im Frühjahr besonders deutlich wurden.

Ein Ausbildungssystem funktioniert dann, wenn zu eindeutig festgelegten Zielvorstellungen das gelehrt wird, was zum Erreichen dieser Ziele führt, und wenn geprüft wird, ob die Ausbildung dazu beigetragen hat, diese Zielvorstellungen zu verwirklichen. Als didaktische Grundregel klingt dieser Satz, nachdem er in den letzten zehn Jahren immer wieder ausgesprochen wurde, fast nach einer Binsenweisheit.

Wie wenig Allgemeingut die Regel wirklich ist, zeigt aber die Tatsache, daß – trotz mancher Bemühungen gerade in den letzten Jahren – ein verbindliches Ausbildungsziel für das Medizinstudium bisher fehlt. Aus den vorliegenden Entwürfen für ein Ausbildungsziel sind dann auch keine detaillierten Lernziele für den Studienablauf abgeleitet worden, und es ist nicht möglich, vor der Prüfung die Kriterien zu nennen, nach denen die Prüfungen durchgeführt werden.

Fehlen aber definierte Lernziele, dann ist eine lernzielorientierte Leh-

Der Prüfungsskandal

re genauso unmöglich wie lernzielorientiertes Lernen und kriterienorientierte Prüfungen.

Zusammenhang von Ausbildungsziel und Prüfungen

Wenn in einem für alle medizinischen Fakultäten verbindlichen Ausbildungsziel zunächst ganz allgemein gefordert wird, daß jeder künftige Arzt in der Lage sein soll, häufige und lebensbedrohliche Krankheiten zu diagnostizieren, dann gehören dazu in den detaillierten Lernzielbeschreibungen die Aufzählung der Krankheiten, die gemeint sind, und Angaben darüber, was der Student im Rahmen des geforderten Diagnostizierens wirklich *tun* können soll. Man nennt dieses Verfahren Operationalisierung der Lernziele. Schließlich sollen dann noch vor Prüfungen die Kriterien, also die Prüfsteine, festgelegt werden, mit denen der Lehrende, der Lernende und der Prüfer feststellen können, ob das Ziel erreicht wurde.

Weil die genannten Anforderungen so vielseitig sind, müssen sie *vorder* Prüfung festgelegt werden. Nur dann kann man sich als Dozent und auch als Student entsprechend auf das vorbereiten, was in der Prüfung verlangt wird. Überraschungseffekte entfallen, das Ratespiel hört auf, man kommt zu würdigeren Prüfungsformen, die einer akademischen Ausbildung gerechter werden.

Der geschilderte Mangel an klaren Zielvorstellungen hat bei der Physikumprüfung im März 1981 ganz besonders deutlich dazu geführt, daß in den Prüfungen Forderungen gestellt werden, die sich weder an den Zielvorstellungen noch an der tatsächlich durchgeführten Ausbildung orientieren. Nicht schriftliche Prüfungen als solche sind schlecht; es fehlen einfach die Berechtigung und die Logik für zentrale Prüfungen, wenn man nicht vorher eindeutig festlegt, was gelehrt und gelernt werden soll. Das ist die eigentliche Ursache der derzeitigen „Planwirtschaft“ im akademischen Bereich,

die in den Fakultäten als Gängelei aufgefaßt wird.

Die Gegenstandskataloge sind eher eine gemeine Halbherzigkeit. In früheren Veröffentlichungen hat das Mainzer Prüfungsamt ausdrücklich erklärt, daß verbindliche Zielvorstellungen für die ärztliche Ausbildung nicht realisierbar seien. Das Institut nimmt sich aber seit Jahren das Recht zu prüfen, ob diese Ziele erreicht werden. Zum anderen bieten diese Gegenstandskataloge über weite Strecken nur Scheinziele an. Sie sind nämlich gar keine Lernziel, sondern nur Themenkataloge; das heißt, sie sagen nicht wirklich aus, worauf sich die Studenten für die Prüfung vorbereiten sollen. Vielmehr sind die Forderungen so vage formuliert, daß sie von der schlichten Lexikondefinition zu einem Thema bis zum Handbuchartikel oder auch bis zur Habilitationsschrift alles bedeuten können.

Man kann als Student zum Beispiel zum Thema „Hygiene“ in der Prüfungsvorbereitung meinen, es werden Examensfragen aus der Virologie gestellt; der Dozent kann den Schwerpunkt seiner Lehre in der Bakteriologie sehen, und die Prüfungsfragen beziehen sich dann auf mykologische Probleme.

Das geschilderte Vorgehen beeinflusst die gesamte Ausbildung in der Medizin. Eine Folge der Unvorhersehbarkeit ist nicht nur die Hetze während des Medizinstudiums, sondern auch die gewaltige und, wie ich meine, weitgehend überflüssige Stofffülle, mit der man den Bildungsgrundsatz „multum, non multa“ in sein Gegenteil umkehrt und irrtümlicherweise glaubt, mit dem Vielerlei auswendig zu lernender fertiger Theorien Wissenschaft zu vermitteln und die intensive Beschäftigung mit wenigem, aber dafür entscheidend Wichtigem zu ersetzen.

Gelehrt und auswendig gelernt werden dabei Wörter, und es fehlt die Einsicht, daß die Bedeutung nicht nur im Wort selbst liegt, sondern in der mit dem Wort verbundenen Erfahrung – aber gerade die fehlt.

Die Lehre und die Prüfungsergebnisse

Insgesamt reicht eine Unterweisung offensichtlich nicht aus, wenn bis zu 56 Prozent der Studenten – in Hannover waren es im Frühjahr 1981 sogar 84 Prozent – in einem Examen versagen. Mit dem Beispiel aus der Hygiene habe ich die Folgen fehlender Zielvorstellungen der Dozenten – nicht etwa für ihr Fach, sondern für eine konsequente Ausbildung – schon angedeutet.

Hochschullehrer sind im Vergleich mit anderen Lehrenden in einer besonders unglücklichen Situation. Sie sollen nachrückenden Ärztegenerationen Grundlagenkenntnisse vermitteln, von denen sie oft durch mehr als 20jährige tägliche Beschäftigung mit hochspezialisierten Fragestellungen entfernt sind. Selbstverständlich lehren sie lieber das, was ihnen zur Zeit am Herzen liegt, und fühlen sich mit Recht dazu verpflichtet, den derzeitigen Stand ihres Fachwissens darzustellen. Das ist der herkömmliche dozenten- oder fächerorientierte Unterricht. Sie fühlen sich zu dieser gelegentlich mit dem Schlagwort „Pluralismus“ verbrämten Hilflosigkeit gegenüber den weniger anspruchsvollen, aber doch grundlegenden Anforderungen an den Medizinstudenten und im Sinne des praxisorientierten Unterrichts an *jeden* späteren Arzt um so mehr berechtigt, je länger ein definiertes Ausbildungsziel fehlt. Erschwerend wirkt sich hier sicher aus, daß das Patientengut, an dem Hochschuldozenten selbst lehren, nur in sehr begrenztem Umfang den Patienten entspricht, die dem Arzt in der Praxis täglich begegnen.

So ist die Forderung ungehört verhallt, das Rollenverständnis der Hochschullehrer als Informationsvermittler zu revidieren und die Studenten in angeleiteter Gruppenarbeit zu verselbständigen, und zwar nicht in Richtung auf Pauk-Kolloquien zur Prüfungsvorbereitung, sondern mit der methodischen Anleitung zu Problemlösungsstrategien, wie sie in der Praxis gefordert werden. Aber die Krankheitslehre

wird immer noch in erster Linie lehrbuchmäßig, das heißt ausgehend von der Sicht eines Faches, mit fertigen Diagnosen gelehrt. Nur selten kommen aber Patienten mit fertigen Diagnosen zum Arzt. Die Studenten lernen kaum einen „problemorientierten“ Zugang vom Symptom zur Diagnose und zur Therapie.

Für die Übung des Gelernten durch Anwendung ist keine Zeit, eine Methodenlehre wissenschaftlichen Arbeitens ist nicht einmal vorgesehen. Kaum ein Student lernt wirklich, systematische Literaturarbeit selbstständig durchzuführen. Er ist schon wegen der ungeheuren denkbaren Fülle des Prüfungsstoffs gezwungen, sich auf Kenntniserwerb aus Lehrbüchern zu beschränken, die bei Erscheinen meist inhaltlich mehrere Jahre alt sind und von dem Wissenschaftsprozeß, in den der Student hineinwachsen soll, kaum noch etwas erkennen lassen.

Letzter Grund auch dieser Misere ist die Unklarheit über die Zielvorstellungen für das Medizinstudium. Will man in Zukunft einen Arzt, der sich selbst ein wissenschaftlich tragbares Urteil bilden und über Fortschritte in der Medizin aus eigener Kraft urteilen kann – oder reicht ein „Nachverdauern“ aus, der möglichst viele Quizfragen richtig ankreuzen kann? Und: Was wurde in den medizinischen Fakultäten getan, um zu klaren Zielvorstellungen zu kommen?

Die zunehmenden Studentenzahlen haben vielerorts „effektivere“ Großveranstaltungen wiederaufleben lassen, und es wird zu wenig Anstoß daran genommen, daß bei einer Semesterstärke von 400 Studenten das gelegentliche Absinken auf nur drei Teilnehmer ein kaum übersehbares Zeichen dafür ist, daß die Studenten Vorträge nicht für ein lernfreundliches oder gar prüfungsrelevantes Ereignis halten.

Daß bei Wiedereinführung von Großveranstaltungen mit weitgehender Beschränkung auf Wissensvermittlung die geforderte, aber nie verwirklichte Betonung der praktischen

Ausbildung immer mehr zu kurz kommt, ist eine selbstverständliche Folge, die ihre ganz besondere Bedeutung gewinnt, wenn man berücksichtigt, daß die Halbwertszeit des erworbenen Wissens unter fünf Jahren liegt.

Sind Prüfungen schlechthin überflüssig?

Prüfungen sollten im Sinne von Erfolgskontrollen in erster Linie als didaktisches Mittel dazu verwendet werden, Erfolgserlebnisse zu vermitteln und Dozenten und Studenten Rückmeldung darüber zu geben, ob die gesteckten Ziele erreicht wurden. Das kann man nicht mit nachträglichen Ferndiagnosen über die Ergebnisse ganzer Studienabschnitte schaffen.

Insgesamt sind meines Erachtens drei grundsätzliche Voraussetzungen zu erfüllen, wenn Prüfungen sinnvoll sein sollen:

▷ Die Ziele, deren Erreichen überprüft werden soll, müssen eindeutig definiert sein; erst dann kann man prüfen, ob sie erreicht wurden.

▷ Kriterien müssen dargelegt sein, anhand derer jedermann feststellen kann, ob die Prüfungen wirklich das prüfen, was gelehrt und gelernt worden ist.

▷ Die Prüfungen müssen den Studenten *rechtzeitig* Rückmeldung darüber geben, ob sie die gesteckten Ziele erreicht haben; sie dürfen keine abschließende „Quittung“ darstellen, sondern müssen in den Lehr-/Lernprozeß integriert werden.

Für das derzeitige Prüfungssystem entfallen alle genannten Voraussetzungen und damit auch die einfachsten test-theoretischen Bedingungen, die man mit dem Schlagwort „Validität“ bezeichnet. Folglich ist die statistische „Absicherung“ der Ergebnisse genauso sinnvoll wie die Frage eines Fahrgastes, der sich zwar noch nicht klar darüber ist, ob er im richtigen Zug sitzt, aber doch wissen möchte, ob der Zug auf den

einzelnen Stationen fahrplanmäßig hält.

Ein gangbarer Ausweg scheint mir, den Schwerpunkt auf kriterienbezogene Erfolgskontrollen zu legen, die studienbegleitend während der einzelnen Studienabschnitte durchgeführt werden und deren Hauptwert ich in der Rückmeldung auch über die praktischen Fertigkeiten der Studenten sehe.

Zum Beispiel könnte die Beurteilung der Studenten in den verschiedenen klinischen Untersuchungskursen durch mehrere Dozenten als neue Form der Kollegialprüfung erprobt werden, die keine wesentlichen zusätzlichen Aufwendungen erforderlich macht und mit der Inhalte beurteilt werden können, die zweifelsfrei für *jede* spätere ärztliche Tätigkeit von Bedeutung sind.

Gleichzeitig würde mit einer Betonung studienbegleitender Erfolgskontrollen der Autoritätsanspruch, den zur Zeit der Staat mit der derzeitigen Prüfungsform zu verwirklichen versucht, wieder stärker in die Verantwortung derjenigen rücken, die letztlich für die regelmäßige und erfolgreiche Teilnahme am Unterricht mit ihrer Unterschrift die Verantwortung übernehmen sollen.

Man sollte nicht etwa Prüfungen als solche abschaffen – letztlich wollen auch Studenten wissen, was sie geschafft haben –, sondern versuchen, Prüfungen im Sinne von Erfolgskontrollen als didaktische Instrumente zu nutzen, um den Lernerfolg zu steigern – aber nicht, um zentrale staatliche Kontrollmaßnahmen mit Mitteln durchzusetzen, die einfachsten wissenschaftlichen Anforderungen nicht entsprechen.

Anschrift des Verfassers:
Professor Dr. med. Dr. rer. nat.
Jürgen Dahmer
Didaktik der Medizin
Medizinische Hochschule Hannover
3000 Hannover 61