

Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf

Vorstand: Prof. Dr. med. D. Naber

**Evaluation des psychiatrischen Pflichtpraktikums an der  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums  
Hamburg-Eppendorf im Sommersemester 1997  
unter Berücksichtigung der Einstellung  
von MedizinstudentInnen gegenüber psychiatrischen PatientInnen**

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin  
dem Fachbereich Medizin der Universität Hamburg

vorgelegt von

Britta Nülle aus Darmstadt

Hamburg, 2002

Angenommen von dem Fachbereich Medizin der  
Universität Hamburg am: 8. April 2003

Gedruckt mit Genehmigung des Fachbereiches Medizin  
der Universität Hamburg

Dekan: Prof. Dr. C. Wagener

Referent: Prof. Dr. D. Naber

Korreferent: ---

## Inhaltsverzeichnis:

<b>1</b>	<b>Einleitung.....</b>	<b>6</b>
1.1	Diskussionen in den Medien und in der Fachliteratur zur Qualität der Lehre.....	6
1.2	Mögliche Ursachen mangelhafter Lehre.....	7
1.3	Wirtschaftliche Aspekte .....	8
1.4	Definition von Lehrqualität .....	8
1.5	Evaluation als Voraussetzung für die Qualitätssicherung in der Lehre.....	9
1.6	Bestimmung der Sollwerte .....	10
1.7	Annäherung an eine hochwertigen Lehre durch Evaluation.....	11
1.8	Definition der Evaluation .....	11
1.8.1	Allgemein .....	11
1.8.2	Direktes Feedback .....	11
1.8.3	Supervision .....	12
1.8.4	Das Interview.....	12
1.8.5	Die Selbstevaluation.....	12
1.8.6	Das Peer-review.....	13
1.8.7	Die fragebogenunterstützte Evaluation.....	13
1.9	Einstellung und Erwartungen gegenüber der Evaluation .....	13
1.10	Kritik an studentischer Lehrevaluation.....	14
1.11	Rechtfertigung der Evaluation.....	14
1.12	Bedeutung der Evaluation für die Qualität der Lehre.....	15
1.13	Ziel der Arbeit .....	16
<b>2</b>	<b>Methodik.....</b>	<b>17</b>
2.1	Das Psychiatrie-Praktikum an der Hamburger Universitätsklinik.....	17
2.2	Zeitpunkt und Inhalt der Erhebung.....	18
2.3	Die Untersuchungsinstrumente.....	19
2.3.1	Der Einstellungsbogen.....	19
2.3.2	Der Wissensbogen .....	20
2.3.3	Der Münchener Evaluationsbogen .....	21
2.4	Auswertung.....	22
<b>3</b>	<b>Ergebnisse.....</b>	<b>24</b>
3.1	Die Rückläuferquote.....	24
3.2	Der Einstellungsfragebogen.....	24
3.2.1	Allgemeine Anmerkungen.....	24
3.2.2	Ergebnisse.....	25
3.3	Der Wissensfragebogen .....	41
3.3.1	Allgemeine Auswertung.....	41
3.3.2	Aufteilung der Wissensfragen in Themengebiete.....	41
3.3.3	Ergebnisse des Wissensteiles nach Gruppen aufgeteilt.....	43
3.4	Der Münchener Evaluationsbogen .....	43
3.4.1	Allgemeine Auswertung .....	43
3.5	Vergleich der Fragen des Münchener Evaluationsbogens untereinander.....	61

3.5.1	Vergleich des Wunsches nach mehr praktischer Übungsmöglichkeit und der Häufigkeit der eigenen Befunderhebung .....	61
3.5.2	Vergleich der Selbsteinschätzung zur Fähigkeit einer Befunderhebung und der Häufigkeit der durchgeführten Patientenuntersuchung .....	62
3.5.3	Zusammenhang zwischen der Selbsteinschätzung der Fähigkeit zur Befunderhebung und der Dauer des eigenen Patientengesprächs.....	63
3.5.4	Zusammenhang zwischen der Dauer der Anwesenheit des Dozenten bei der Patientenuntersuchung und der durch den Studierenden eingeschätzten Fähigkeit zur psychiatrischen Befunderhebung.....	65
3.5.5	Relevanz der Möglichkeit der Patientenuntersuchung in bezug auf eine gute Vorbereitung auf das Praktische Jahr .....	67
3.5.6	Gegenüberstellung der Ankündigung des nächsten Kursthemas mit der Dauer der Vorbereitungszeit.....	68
3.5.7	Vergleich der vorhandenen Vorkenntnissen mit der Vorbereitungszeit auf den Unterricht.....	70
3.6	Vergleich des Wissensbogens mit den Antworten des Münchener Evaluationsbogens .....	72
3.6.1	Vergleich des Wissensteiles mit dem eingeschätztem Lernerfolg.....	72
3.6.2	Vergleich des gemessenen Lernerfolges mit der eingeschätzten praktischen Verwendbarkeit .....	73
3.6.3	Vergleich des gemessenen Lernerfolges mit der Häufigkeit des Vorlesungsbesuches.....	74
3.6.4	Vergleich des gemessenen Lernerfolges mit der Vorbereitungszeit.....	75
3.6.5	Punkteverteilung aufgeteilt nach der Vorbereitungsmethode.....	76
3.6.6	Vergleich der gemessenen Leistung und der Vorbereitungsmethode....	77
3.6.7	Vergleich des gemessenen Lernerfolges mit der Häufigkeit der Befunderhebung bei einem psychiatrischen Patienten .....	79
3.6.8	Vergleich des Wunsches nach mehr Theorie und dem gemessenen Lernerfolg	79
<b>4</b>	<b>Diskussion .....</b>	<b>81</b>
4.1	Die Kursevaluation .....	81
4.1.1	Allgemein .....	81
4.1.2	Lernverhalten .....	82
4.1.3	Lernerfolg .....	85
4.2	Einstellung gegenüber psychiatrisch erkrankten Menschen .....	89
4.3	Konklusion .....	92
<b>5</b>	<b>Zusammenfassung: .....</b>	<b>95</b>
<b>6</b>	<b>Literaturverzeichnis : .....</b>	<b>98</b>
<b>7</b>	<b>Anhang:.....</b>	<b>103</b>
7.1	Der Einstellungsfragebogen.....	103
7.2	Der Wissensbogen .....	108
7.2.1	Version A.....	108
7.2.2	Version B.....	113

7.3	Der Münchener Evaluationsbogen .....	118
7.4	Erklärung .....	127
7.5	Lebenslauf.....	128
7.6	Danksagung .....	130

# 1 Einleitung

## 1.1 Diskussionen in den Medien und in der Fachliteratur zur Qualität der Lehre

Spätestens seit Tageszeitungen und Zeitschriften ihre Aufmerksamkeit verstärkt den Hochschulen zugewandt haben, ist die Qualität der Lehre an den Universitäten von öffentlichem Interesse. „Studierende machten Ende der 80er Jahre die Öffentlichkeit auf die Ausbildungssituation aufmerksam“ und von diesem Zeitpunkt nahm sich die Presse des Themas an (Neumann, Voigtmann; 1995). Im Medical Tribune (R.St.; 1987) hieß es, die bundesdeutsche Ärzteausbildung sei in einer „Dauerkrise“ und „verfehle ihr Ziel, vielmehr sie habe gar keins, zumindest kein klar definiertes.“

Eitel bemerkte 1996, „der Zustand der Medizinerlehre wird als Ausbildungsmisere charakterisiert“ und „Reformansätze werden in immer kürzeren Abständen publiziert“. So „gelten auch lange Studienzeiten, hohe Fachwechsler- und Studienabbrecherquoten vielen Außenstehenden als Indizien dafür, dass die Lehre an deutschen Universitäten eine mangelhafte Qualität besitzt“ (Daniel;1996). Clade (1993) ruft zur Erhöhung des Stellenwertes der Lehre an den Medizinischen Fakultäten auf.

Doch obgleich der Zustand an Deutschen Hochschulen schon so lange im Gespräch ist, scheinen, so Webler (1996), „von der wirklichen Dringlichkeit einer Verbesserung der Qualität von Lehre und Studium (...) die deutschen Hochschulen noch in den wenigsten Fällen überzeugt“ zu sein. Obwohl seit über zwanzig Jahren „von Hochschullehrern, vom Fakultätentag, von einzelnen Fachgesellschaften, von der Arbeitsgemeinschaft Medizinisch - Wissenschaftlicher Fachgesellschaften und der Bundesärztekammer auf den Ausbildungsnotstand hingewiesen wird“, scheint dieses „ohne Erfolg“ zu sein (Bochnik, 1987) . Hierzu stellt sich noch die besondere Situation der medizinischen Hochschullehrer dar, die auf ihren jeweiligen Fachgebieten anerkannte Kapazitäten sind. Diesen Stand erlangten sie durch das Absolvieren einer langen Ausbildung und durch wissenschaftliches Arbeiten. Da es jedoch keine obligate Schulung für sie in Rhetorik und Didaktik gibt, haben sie unter Umständen keinerlei Qualifikation auf dem Gebiet der Lehre und können so schon einfache Sachverhalte ihres Fachgebietes nicht vermitteln. Die Hochschullehrer meinen jedoch, da sie Experten ihres Faches sind und

zu wissenschaftlichen Vorträgen gebeten werden, ausreichend für den Studentenunterricht gewappnet zu sein. Eine Kritik erleben sie so unter Umständen als Bemängelung ihrer Fachkompetenz.

## 1.2 Mögliche Ursachen mangelhafter Lehre

Die am häufigsten genannten Kritikpunkte sind zu wenig klinische Erfahrung, zu geringe Übungsmöglichkeiten, zu wenig Patientenkontakte und nur unzureichend erfahrene Ausbilder (Habeck, 1982). Außerdem sollte die Zahl der MedizinstudentInnen in ein angemessenes Verhältnis zu den Ausbildungsmöglichkeiten gestellt werden (Clade, 1993; Deutsches Ärzteblatt, 1988), was gerade im klinischen Teil des Studiums akut wird, wenn es um den vorgeschriebenen Kleingruppenunterricht geht. Die Problematik liegt darin, so Bichler (et al.; 1993), dass der Trend des Kleingruppenunterrichtes zwar richtig sei, doch eine völlig unvorbereitete Hochschule treffe.

Eine weitere Erklärung der mangelhaften Lehre kann man in unzureichender Motivation von Seiten der Lehrkörper finden, da die didaktischen Fähigkeiten keine grundlegende Bedeutung in der Karrierelaufbahn haben. Reiser (1995) stellte fest, dass viele Fakultätsmitglieder behaupten, ihre Fähigkeiten in der Forschung seien vorrangig ausschlaggebend für einen beruflichen Aufstieg. Er behauptet, diese Einstellung würde durch die Art und Weise der Bezahlung und Beförderung forciert. Auch Jones und Froom (1994) sowie Webler (1996) fanden in ihren Untersuchungen, dass nach wie vor Forschungsleistungen als alleiniges Auswahlkriterium bei Beförderungen oder Berufungsverfahren gelten. Im Gegensatz zu Deutschland wird in den angelsächsischen Ländern mehr Wert darauf gelegt, „die unterrichtsbezogene Meinung von Studenten als bedeutsamen Nachweis der pädagogischen Eignung von Universitätsdozenten“ gelten zu lassen. Die didaktischen Fähigkeiten spielen dort „eine maßgebliche Rolle bei der Beförderung von Hochschullehrern“ (Kochen et al., 1989).

Darüber hinaus beklagen, so Webler (1996), Lehrende weitere „wesentliche Umstände, die sie an einer optimalen Gestaltung ihrer Lehre hinderten“, die hauptsächlich materieller

Natur seien, wie z.B.: „Raumprobleme (Akustik, Lüftung), mangelnde Hilfe bei der Vorbereitung und Durchführung z.B. experimenteller Veranstaltungen“ oder „zu geringe Sachmittel“.

### 1.3 Wirtschaftliche Aspekte

In der heutigen Zeit, wo durch Globalisierung der Märkte und weltweite Vernetzung der Konkurrenzdruck überall steigt, kommt kaum ein Unternehmen beziehungsweise eine Organisation um Stichworte, wie 'lean management', 'Qualitätssicherung' und 'Kundennähe' herum. Speziell in Deutschland ist es in den letzten Jahren, bedingt durch die wirtschaftliche Rezession und den knappen Kassen der öffentlichen Haushalte, zu einer starken Diskussion um Kostenreduktion und somit auch Wettbewerbsfähigkeit gekommen.

Ebenso spielt der Kostenfaktor im universitären Bereich eine immer größer werdende Rolle. Um Einsparmöglichkeiten aufzudecken und um die Effizienz zu steigern, wird in Zukunft, auch im öffentlichen Bereich, eine immer höhere Notwendigkeit gegeben sein, eine Qualitätsprüfung und auch -sicherung durchzuführen.

### 1.4 Definition von Lehrqualität

Ein erste Voraussetzung für eine „gute Lehre“ ist, so Kromrey (1994), dass man sie überhaupt als solche erkennt und von „schlechter“ oder „mittelmäßiger“ Lehre unterscheiden kann. Doch was zeichnet gute Lehre aus? Und was kann man als „Qualität“ bezeichnen? Die Definition des großen Brockhauses (1952) lautet: „Qualität bedeutet die Einhaltung einer zugesicherten, bzw. geforderten Wertstufe einer Eigenschaft oder Produktes“. Nun wird dieser Begriff nicht so einheitlich verstanden, wie er im Lexikon geschrieben steht. Eitel (1996) definiert den Qualitätsbegriff als den Vergleich von Soll- und Istwerten. Die Qualität der Lehre muss bei Harvey (1993) folgende Aspekte einschließen: „hohe Standards (high standards), Folgerichtigkeit (consistency), Zweckangemessenheit (fitness for purpose) und adäquates Kosten - Nutzen - Verhältnis (value for money)“. Eitel (1994) formulierte drei entscheidende

Qualitätsmerkmale, die für ihn zu didaktisch hochwertiger Unterrichtsdurchführung gehören:

1. „einfühlsame Zuwendung des Dozenten gegenüber den Studenten“
2. „ein strukturierter Unterrichtsablauf, der dem Stand der Wissenschaft entspricht“
3. „aktives Engagement der StudentInnen (Lernmotivation)“

Außerdem können oben genannte Aufführungen noch durch „größtmögliche Rückmeldung der erreichten Kompetenz an die Studenten“ ergänzt werden (Feletti et al., 1982).

Daran wird deutlich, dass man Qualität unter verschiedenen Gesichtspunkten betrachten muss und auch alle für die Prüfung derselben mit einbeziehen sollte.

## 1.5 Evaluation als Voraussetzung für die Qualitätssicherung in der Lehre

Um dem Ziel einer besseren Lehre näher zu kommen, könnte das Modell des Qualitätsmanagements eine Lösung darstellen. Qualitätsmanagement findet statt, wenn eine „umfassende prozedurale und strukturelle Planung und Lenkung vorliegt. Evaluation dient dabei als datenlieferndes Instrument (...) und ist damit als optimierende Unterstützung der Lehrenden und Lernenden geeignet“ (Eitel, 1996).

Hat die Qualitätskontrolle dann reelle Auswirkungen auf den Prozess (im Falle der Lehre die Didaktik), das heißt, werden Konsequenzen aus dem Ergebnis gezogen, so wird dieses als Qualitätssicherung bezeichnet. Dieses allein reicht jedoch nicht, da „zusätzlich zur Qualitätssicherung des Prozesses eines Systems dessen Struktur durch empirisch begründete Maßnahmen optimiert werden muss.“(Eitel, 1996) „Art und Weise der beobachteten Unterrichtsdurchführung (Prozessevaluation) und die dadurch bedingten Effekte bei den Lernenden (Ergebnisevaluation) werden für weitere Entscheidungen über Änderungen der Struktur herangezogen. Diese Rückkopplungsschleife vom Ende der Kette (Ergebnis) an den Anfang in die Unterrichtskonzeption, bzw. curriculare Struktur (Strukturevaluation), ist geeignet, das

Lehrsystem an die sich ändernden gesellschaftlichen und materiellen Umstände anzupassen.“

Evaluation von Lehre umfasst somit die Untersuchung von Strukturqualität (z.B. Ausstattung), Prozessqualität (z.B. didaktisches Konzept) und Ergebnisqualität (z.B. Prüfungsergebnisse).

## 1.6 Bestimmung der Sollwerte

Qualität selbst wird durch einen Vergleich von Soll - und Ist-Zustand sichtbar gemacht (Eitel, 1996). Es wird ein zuvor festgelegter Soll-Wert dem durch die Überprüfung herausgefundenen, dem tatsächlichen, Ist-Wert gegenübergestellt. Je mehr die Soll-Werte dem Ist-Wert entsprechen, desto besser ist die Qualität (Eitel, 1998).

Dementsprechend stellt sich die Frage nach dem Sollwert, was in diesem Fall dem Lehrziel entspricht. Leider sind, gerade im Studienfach der Medizin, die Studienziele nicht ausreichend geklärt (Csanyi, März, 1996). Eitel (1992) argumentiert allerdings, dass es „keinen Sinn mache, den fortwährenden Novellierungen der ÄAppO hinterherzulaufen.“ Er meint, die Vorkehrungen bezüglich der Unterrichtsorganisation sollten den gesetzgeberischen Maßnahmen vorausgehen. Außerdem sollte „wie die Forschung, auch die Lehre aus sachlichen Gründen freier Entscheidungsbereich der Fakultäten bleiben“.

Erst 1979 wurde sich in den Diskussionen um eine Neuordnung der ärztlichen Ausbildung auf ein Festhalten an der Einheit des Arztberufes verständigt und die Aufnahme einer Ausbildungszielbeschreibung beschlossen (Schleicher, 1997). Die Approbationsordnung für Ärzte setzt den Maßstab, „eine Ausbildung zu vermitteln, die zur uneingeschränkten Ausübung des ärztlichen Berufes durch eine Mindestbefähigung berechtigen soll“ (Bochnik et al., 1987). Für das Fach Psychiatrie im Speziellen, bemerken Lencer et al. (1997), dass „neben der Wissensvermittlung und dem Verständnis für Psychiatrie“ das Ziel darin besteht, „Selbst- und Fremdwahrnehmung, sowie Verhalten und Einstellung zu schulen“. Der / die StudentIn soll lernen, „Kranke mit sehr verschiedenen endogen-psychotischen, hirnorganischen und neurotisch-reaktiven Störungen zu erkennen und zu untersuchen. Hier werden idealerweise auch

wichtige Selbsterfahrungen vermittelt, die (...) nur bei persönlicher Untersuchung einzelner Patienten zu erarbeiten sind“ (Bochnik et al., 1987).

## 1.7 Annäherung an eine hochwertigen Lehre durch Evaluation

Um die Qualitätsnormen und Standards überprüfen zu können, wie in der Industrie über DIN-Normen und Toleranzwerte, die eingehalten werden müssen schon geschehen, braucht man in der Lehre spezielle Mittel, um dieses durchführen zu können. Als Hilfsmittel der Qualitätsprüfung kommt hier der Evaluation eine herausragende Bedeutung zu, da sie einen großen Bestandteil der Überprüfung der Lehrenden einnimmt.

## 1.8 Definition der Evaluation

### 1.8.1 Allgemein

Evaluation bedeutet „sachgerechte Bewertung“ (Meyers Lexikon, 1990). Man muss sie jedoch weiter spezifizieren, da diverse Ansätze dazu bekannt sind. Abhängig von Mitteln, Zeit und Fragestellung muss für die geplante Erhebung die geeignetste ausgewählt werden, und gegebenenfalls auch diverse Methoden kombiniert werden.

### 1.8.2 Direktes Feedback

Das bewährteste Mittel, welches schon verwendet wurde, bevor der Begriff Evaluation in aller Munde war, ist das direkte Feedback. Dabei wird direkt am Schluss jeder einzelnen Lehrveranstaltung die Meinung der Zuhörer erbeten und so können unmittelbar für die nächste Stunde Änderungen geplant werden. Dieses kann auch am Ende des Semesters durchgeführt werden. Hierbei könnten eventuell Probleme auftreten, da viele der Punkte, die angesprochen werden sollten, schon überholt sind. Oder die Motivation von Seiten der Zuhörer sich auf die Diskussion einzulassen ist nicht mehr groß genug, da sich Änderungen sowieso nicht mehr auf die eigene Veranstaltung auswirken würden. Es besteht des weiteren die Möglichkeit, einen Mittelweg zwischen beiden Methoden zu finden. Dieses ist das Feedback in der Mitte des Semesters. Der Vorteil liegt darin, dass schon genügend Diskussionspunkte

vorhanden sind und die kritisierenden Teilnehmer auf direkte Verbesserung hoffen können.

### **1.8.3 Supervision**

Einer weitere Methode der Evaluation ist die Supervision. Hierbei nimmt ein Unbeteiligter die Rolle des Beobachters ein. Diese Aufgabe kann einfacher und objektivierbarer gemacht werden, wenn Beobachtungsbögen verwendet werden. Die Position des Beobachters kann von Kollegen des Fachbereiches oder auch durch StudentInnen aus Evaluationsgruppen eingenommen werden. Auch Video- und Tonbandaufzeichnungen können als Qualitätsfeststellung dienen. Hierbei hat man nach dem Unterricht ein objektives Bild der Veranstaltung und kann auf konkrete Punkte direkt eingehen und sie erörtern. Dieses Verfahren ist sehr zeitintensiv, da für die Interpretation der Aufzeichnung mindestens genauso viel Zeit benötigt wird, wie für die Veranstaltung selbst (Köpke, 1994).

### **1.8.4 Das Interview**

Auch für das Teilnehmerinterview muss etwas mehr Zeit und auch Personal eingerechnet werden. Es können entweder die teilhabenden Personen einzeln oder in Gruppen befragt werden, wobei es empfehlenswert ist, anhand eines Interviewleitfadens vorzugehen. Dadurch ist eine strukturierte Befragung möglich und bei den einzelnen Befragten können ähnliche Faktoren abgefragt werden.

### **1.8.5 Die Selbstevaluation**

Die Selbstevaluation durch den Lehrenden ermöglicht dem Dozenten, die Veranstaltung unter eigenen Gesichtspunkten zu überdenken und zu überprüfen, ob er die von ihm gesteckten Ziele erreicht hat. Hierbei wird allerdings nicht den Erwartungen der Zuhörer nachgegangen und dieses Verfahren müsste, um eine objektive Qualität beurteilen zu können, weiter durch eine der anderen Methoden ergänzt werden.

### **1.8.6 Das Peer-review**

Ein aus dem angloamerikanischen Raum bekannt gewordenes Mittel zur Evaluation ist das Peer-review, bei dem, wie bei der Evaluation durch unabhängige Beobachter, um eine Bewertung des Unterrichts gebeten wird. In diesem Fall bewerten Studierende und Lehrende parallel und beide Seiten notieren in Schwerpunkten ihre Stellungnahme. Hierdurch können „die Erfahrungen und Eindrücke in Beziehung zur Intention und Konzeption des Lehrenden“ gesetzt werden (Köpke, 1994).

### **1.8.7 Die fragebogenunterstützte Evaluation**

Eine weitere recht verbreitete Methode ist die fragebogenunterstützte Evaluation. In diesem Verfahren werden den Veranstaltungsteilnehmern Bögen mit einer Reihe von geschlossenen und/oder offenen Fragen ausgeteilt. Meist werden diverse Fragen zu Unterrichtsthemen, Didaktik, Medieneinsatz und Räumlichkeiten gestellt. Bei offenen Fragen besteht noch weiter die Möglichkeit, sich durch Kritik und eigene Ideen in die weitere Unterrichtsgestaltung mit einzubringen.

## **1.9 Einstellung und Erwartungen gegenüber der Evaluation**

Köpke (1994) stellt in seinem Artikel ‘Von der Evaluation zum Lehrdiskurs - zu Struktur, Inhalt und Perspektive der Diskussion um Evaluation’ die verschiedenen Erwartungshaltungen der Lehrenden und der Studierenden gegenüber der Lehre dar und stellt die Frage, ob man all die unterschiedlichen Gesichtspunkte überhaupt in einem Evaluationsvorhaben addieren könne. Jandl-Jäger und Gerhardter (1994) zweifeln ebenso an der Möglichkeit, den einzelnen Ansprüchen der beiden Parteien gerecht werden zu können. Dieses sollte aus ihrer Sicht jedoch auf keinen Fall dazu führen, den Versuch gar nicht erst anzugehen. In einer Befragung der Universitäten in Kanada durch Jones und Froom beanstandeten sowohl die Dozenten, als auch die Studierenden, die Unzulänglichkeit der Lehrevaluation (Jones, Froom, 1994).

Besonders kritisch steht Mußgnug (1992) der Lehrevaluation gegenüber und behauptet: „Evaluieren ist ein Modewort aus der Imponiersprache der Halbgelehrten.“ Er meint, dass gute Lehrevaluationsergebnisse nicht die Lehrqualität des Dozenten, sondern die Beliebtheit des Lehrers oder des Themas widerspiegeln.

Wie Kromrey (1993), nach dessen Meinung die 'Qualität der Lehre' weniger am Dozenten selbst, als am Stoff, der zu vermitteln ist, liegt, glauben auch Cashin und Downey (1992) dass gute Lehre von sogenannten Biasvariablen abhängig ist. Diese sind für sie "der Einfluss von Variablen, die etwas anderes als den Erfolg des Dozenten widerspiegeln. Sie können zum Beispiel Eigenschaften des Zuhörers (wie persönliches Interesse an dem Themengebiet) oder auch des Stoffgebietes (das heißt Umfang oder Komplexität des Unterrichtsmateriales) sein.

### 1.10 Kritik an studentischer Lehrevaluation

In einer Untersuchung fanden Jones und Froom (1994) heraus, dass die Ansichten der Lehrkörper über studentische Lehrevaluation sehr stark voneinander differieren. Die Meinungen gingen von : "eine Pizza ist von weitaus höherem Wert, als eine intellektuelle Herausforderung. Ein warmherziger, lebhafter und (im besonderen) lustiger Vortrag wird mehr geschätzt, als ein inhaltsreicher Unterricht. Unterhaltung ist viel wichtiger geworden, als Ausbildung." bis hin zu „die besten Kritiker der Lehre sind nicht die Fakultätsmitglieder, sondern die Verbraucher (die Studierenden).“

Kromrey (1993) bestreitet ebenfalls, dass es sich bei studentischer Veranstaltungskritik um Lehrevaluation handelt: Urteile würden nur Akzeptanzaussagen darstellen und nicht die Qualität der Lehre beschreiben. Rindermann und Amelang sind der Meinung, dass „die Validität studentischer Beurteilungen das umstrittenste Thema innerhalb der Lehrevaluation darstellt“ (Rindermann, Amelang, 1994). Außerdem wurde die Urteilsqualität der Studierenden immer wieder in Frage gestellt (Süllwold, 1992) und postuliert, die Evaluation der Lehre sei nicht reliabel.

### 1.11 Rechtfertigung der Evaluation

Um die Validität der Lehrevaluation nachzuweisen, führte Rindermann (1996) eine Untersuchung mit Fremdbeurteilern durch. Beim Vergleich ihrer Urteile mit denen der Studierenden und Lehrenden stellte sich heraus, dass mit einer Signifikanz von 0.40 Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Standpunkten vorlagen. Damit lagen sie in dem Bereich, den Fisseni (1990) als mittlere Größe für Validität festgesetzt hatte.

Rindermann (1996) kam durch seine Untersuchungen zu dem Schluss, dass „gute Lehrende durch ihre Lehrtätigkeit auch unbeliebte Themen (...) vermitteln können“.

Doch dürfe das jeweilige Thema der Lehrveranstaltung nicht unterschätzt werden. Aus diesem Grund sollten „immer mehrere Veranstaltungen eines Dozenten evaluiert werden, bevor dozentenbezogene Aussagen getroffen werden“ (Rindermann, 1996/1).

Marsh (1984), Cashin (1988) und Rindermann (1996/2) sind sich einig, dass Hörerbefragungen nicht praktisch relevant durch sogenannte Biasvariablen beeinflusst werden. Biasvariable sind definiert als Variable, die das studentische Urteil verzerren, ohne mit der realen Lehre zusammenzuhängen, zum Beispiel könnten diese das persönliche Interesse des Studierenden oder den Umfang des zu behandelnden Stoffes darstellen. Cashin (1988) äusserte: „Im Allgemeinen sind Studentenbefragungen statistisch reliabel, valide und weitestgehend frei von Biasvariablen. Wahrscheinlich sogar mehr als andere Daten, die für Lehrevaluationen genutzt werden.“ Dies stimmt überein mit der Aussage von Marsh (1984): „Studentenevaluationen sind *a* multidimensional, reliabel und stabil, (...) *c* eher eine Prüfung des Dozenten, als eine der Hörschaft und relativ valide in Bezug auf die Merkmale effektiver Lehre, (...) *e* weitestgehend unbeeinflusst von einer Reihe von Biasvariablen und *f* sind für den Lehrkörper von Nutzen als Rückmeldung bezüglich des eigenen Unterrichts, für die Studierenden in Bezug auf die Auswahl der zu belegenden Kurse und für die Verwaltung hilfreich in personalpolitischen Fragen.“

## 1.12 Bedeutung der Evaluation für die Qualität der Lehre

Einigkeit besteht darüber, dass Evaluation ihren Sinn erst erhält, wenn die Bereitschaft zur positiven Änderung der Lehre vorhanden ist. „Evaluation ist daher eine Aktivität, die Voraussetzungen hat und Konsequenzen haben muss.“ (Csanyi, März, 1996) Wie auch Gnuschka (1981) feststellte, beginnt „der Wert der Evaluation (...) erst mit der Umsetzung der Ergebnisse im Sinne einer positiven Veränderung“. Köpke (1994) warnt sogar davor, es entstehe „schnell der Eindruck, Qualitätsverbesserung von Lehre und Evaluation könnten synonym verwendet werden, letzteres sei bereits die Realisierung des ersteren“.

Stellt sich nach wiederholten Evaluationsmaßnahmen keine Änderung ein, so wird dieses dazu führen, dass jegliche Motivation zu weiteren Evaluationen ausbleibt. Die Heidelberger Fachschaft Mathematik / Physik bemerkte frustriert: „Die Profs haben die

Rückmeldungen gelesen und sich amüsiert. Wer kritisiert wurde, hat unsere Methoden angezweifelt. Der Aufwand war groß, verbessert hat sich nichts.“(1994) Sohr (1993) konstatierte, das Hauptproblem bisheriger Evaluation stelle die „totale Konsequenzenlosigkeit dar“. Letztlich wird jedoch die Rückmeldung von studentischer Seite nach McKeachie (1978) nur dann Verbesserung bewirken, wenn es nützliche Informationen bietet, der Dozent motiviert ist, seine Lehre zu optimieren, und ihm Handlungsalternativen offen stehen.

Schlussfolgernd lässt sich sagen, dass eine verstärkte Förderung guter Lehre zwingend notwendig ist, nicht nur für den Lernerfolg der Studenten, sondern auch für ein Weiterkommen in der Forschung, da diese ebenfalls in großem Maße von dem Ausbildungsstand der heranwachsenden ÄrztInnen abhängt (Reiser, 1995).

### 1.13 Ziel der Arbeit

Zur Verbesserung bestehender Lehre ist eine genaue Kenntnis über die existenten Lehrstrukturen notwendig. Mittels des vorliegenden Fragebogens wurde zunächst ein Ausgangswert bezüglich des tatsächlichen Kursablaufes erarbeitet. Es musste zunächst sichergestellt werden, ob die vorgegebenen Richtlinien zum Kursablauf eingehalten wurden. Des weiteren sollte das durchschnittliche Lernverhalten der Studierenden dargestellt werden. Aufgrund dieser Kenntnisse kann der Kursaufbau im weiteren auf die Bedürfnisse der Studierenden abgestimmt und der Erfolg des Kurses optimiert werden. Durch einen Vergleich der Ergebnisse der einzelnen Kursgruppen sollen die Kernpunkte einer guten Lehre, wie z.B. Anzahl der Dozenten oder Aufteilung der Themengebiete herausgegriffen werden. Anhand dieser Daten wird anschließend eine Verbesserung der Kursgestaltung möglich sein.

Durch kritische Beurteilung des Erhebungsinstrumentes kann des weiteren eine Grundlage für zukünftige Kursevaluationen erstellt werden.

## 2 Methodik

### 2.1 Das Psychiatrie-Praktikum an der Hamburger Universitätsklinik

Der Kurs der Psychiatrie in Hamburg ist eine Pflichtveranstaltung für MedizinstudentInnen. Er besteht aus einem drei Wochenstunden beinhaltenden Kurs, der im fünften klinischen Semester abgehalten und in Gruppen von maximal zehn Studenten abgehalten wird. Zusätzlich findet zwei Mal im Semester, unter Supervision durch einen Kursleiter, die Untersuchung von Patienten in Zweiergruppen statt. Der Kurs wird jeweils von zwei Dozenten geleitet. Außerdem findet einmal in der Woche eine doppelstündige kursbegleitende Vorlesung statt, die regelhaft im fünften klinischen Semester besucht werden sollte.

Im Praktikum werden die zentralen Inhalte der Psychiatrie, die im Rahmen der Vorlesung bereits vorgestellt wurden, durch gemeinsame theoretische Bearbeitung des Stoffgebietes vermittelt und unter anderem durch direkten Patientenkontakt der Umgang mit und die Befundung von psychiatrischen Patienten geübt. Die Kursleiter hatten zu Beginn des Kurses eine Durchführungsempfehlung zum Praktikum erhalten, damit die verschiedenen Kursgruppen vergleichbaren Unterricht erhalten konnten. Inhalt dieser Empfehlung waren neun zu besprechende Themengebiete (z.B. Persönlichkeitsstörungen, Grundlagen der Psychopathologie, Sucht), die jeweils mindestens an einem Kursnachmittag zu behandeln waren. Des Weiteren waren Leitlinien zur Organisation des Praktikums zu finden. Der Kurs sollte in zwei Abschnitte aufgeteilt werden und zwar in die Kursstunden am Montag nachmittag und zusätzlich in eine Voruntersuchung eines Patienten durch jeweils zwei Studierende. Bei der Patientenuntersuchung sollte einer der beiden Dozenten anwesend sein, die Untersuchung und deren unmittelbare Nachbesprechung sollte ungefähr 60 bis 90 Minuten dauern. Durch die anschließende Besprechung in der Kleingruppe soll eine abgeschlossene Unterrichtseinheit entstehen. Eine unmittelbare Rückmeldung über Gesprächsführung kann somit geschehen und Aspekte von Beziehung und Übertragung, sowie Psychopathologie besprochen werden. Der untersuchte Patient sollte am folgenden Kurstag durch die Studierenden der restlichen Gruppe vorgestellt werden. Anschließend

sollten Psychopathologie und typische Verlaufsmerkmale mit dem gesamten Kurs erarbeitet und diagnostische Entscheidungsfindung sowie Therapiekonzept diskutiert werden.

Die Richtlinien zur Didaktik beinhalteten die Aufforderung zur konsequenten Ankündigung des in der nächsten Woche zu behandelnden Themas.

## 2.2 Zeitpunkt und Inhalt der Erhebung

Der in dieser Arbeit evaluierte Kurs der Psychiatrie fand im Sommersemester 1997 am Universitätsklinikum in Hamburg-Eppendorf statt. Es wurden insgesamt 218 Studierende befragt.

Die Erhebung gestaltete sich wie folgt: Zu Beginn des Semesters, am 07.04.97, wurde in der Einführungsveranstaltung der erste Teil der Fragebögen, aus zwei Bereichen bestehend, ausgeteilt und unter Aufsicht von den Studierenden ausgefüllt. Im ersten Abschnitt wurden Fragen zur Einstellung gegenüber der Psychiatrie gestellt, der zweite hatte die Ermittlung von Vorwissen zum Ziel. Der Wissensteil des Fragebogens war in zwei Fassungen angelegt. Version A wurde an die Gruppen 13 bis 24 und Version B an die Gruppen 1 bis 12 ausgeteilt.

Die zweite Befragung fand in der vorletzten Kursstunde, am 07.06.97, statt. Bei der Wahl des Termins wurde bewusst nicht die letzte Kursstunde gewählt, da erfahrungsgemäß viele der Studierenden in der letzten Stunde nicht mehr anwesend sind.

Dieser zweite Fragebogen bestand aus denselben Fragen zur Einstellung zur Psychiatrie, dem Wissensteil und schließlich Fragen zur Beurteilung des Kurses. Diesmal teilten die Dozenten die Fragebögen aus und stellten sicher, dass die Fragen ohne Absprache mit den KommilitonInnen ausgefüllt wurden. Um ein falsches Ergebnis im Wissensbereich durch bereits bekannte Fragen zu vermeiden, erhielten die StudentInnen der Gruppen 1 bis 12 Wissensfragen der Version A und die StudentInnen der Gruppen 13 bis 24 bearbeiteten die Fassung B.

Die Befragungen wurden jeweils anonym durchgeführt, um einen ausreichenden Datenschutz zu gewährleisten und die ehrliche Beantwortung der Fragen zu erleichtern.

## 2.3 Die Untersuchungsinstrumente

### 2.3.1 Der Einstellungsbogen

Der Fragebogen, modifiziert nach Bove (1987), soll die Einstellung der Studierenden zum Fach Psychiatrie und zu psychisch Kranken abbilden. Der Bogen wurde einmal zu Beginn und zum Ende des Semesters ausgeteilt, um die Ausgangssituation und eine eventuelle Änderung der Einstellung nach Besuch des Kurses feststellen zu können.

In der Anleitung des Fragebogens wurde den Studierenden die Aufteilung der Fragen erklärt und sie wurden ausdrücklich aufgefordert, die Fragen nicht danach zu beantworten, wie sie meinen, wie das Verhältnis zur Psychiatrie sein sollte, sondern wie sie es in dem Moment empfänden.

Die Fragen waren nach vier Teilbereichen gegliedert. Zunächst wurden Fragen zum Thema „Der psychisch Kranke“ gestellt. Dem folgten die Gebiete „Die psychische Krankheit“, „Aufgaben der Psychiatrie“ und „Behandlungsmethoden der Psychiatrie“. In allen vier Bereichen waren die Fragen vom Multiple-Choice-Typ. Die Antwortmöglichkeiten reichten im Sinne einer vierstufigen Lickert-Skala von „trifft gar nicht zu“ bis „trifft voll zu“. Bewusst wurde bei diesen Fragen die „goldene Mitte“ weggelassen, um Positionen in der Auswertung deutlicher zu machen.

In den ersten fünf Fragen sollte eine Einschätzung zu Aussagen bezüglich „psychisch Kranker“ erfolgen, wie z.B. in Frage eins: „Es ist unmöglich nachzuempfinden, woran ein psychisch Kranker leidet.“ In Frage sechs sollten dem psychisch Kranken bestimmte Eigenschaften zugeordnet werden, wie „verrückt“, „empfindlich“ oder „freundlich“. In Frage sieben waren Eigenschaften zu markieren, an denen der Studierende meinte, einen psychisch Erkrankten erkennen zu können, wie „Ein Mensch scheint psychisch erkrankt zu sein, wenn er/sie tage - und wochenlang nachgrübelt.“

Der nächste Frageblock betraf die „psychische Krankheit“ und hier sollte bei vier Aussagen eingeschätzt werden, ob Sätze wie zum Beispiel „eine psychische Erkrankung ist viel bedrohlicher als eine somatische“ (Frage 9) „voll“ oder „nicht“ zutreffen. In der folgenden Frage sollten Auslöser einer Erkrankung wie „Vererbung“ oder „Überlastung“ markiert werden.

Anschließend wurde die Meinung über Funktionen der Psychiatrie erfragt, wie zum Beispiel „abartige Verbrecher sollen nicht in den Strafvollzug, sondern in die Psychiatrie“, gefolgt von einer Auswahl an Antworten zu Aufgaben der Psychiatrie, die durch Mehrfachwahl als zutreffend angekreuzt werden konnten (Frage 17).

Im letzten Abschnitt des Einstellungsfragebogens sollten „Behandlungsmethoden“ beurteilt werden. Die Fragen 18 bis 20 bestanden wiederum aus Aussagen, die bestätigt oder verneint werden sollten, wie z.B.: „Es ist sinnvoll, Patienten einer geschlossenen Abteilung unbeaufsichtigten Ausgang zu geben.“ Bei den letzten drei Fragen wurde gebeten zu Neurosen, endogenen Psychosen und Persönlichkeitsstörungen aus acht Behandlungsmethoden jeweils jene auszuwählen, die als die erfolgversprechendste angesehen wurde.

### **2.3.2 Der Wissensbogen**

Der zweite Fragebogen („Wissensteil“), der ebenfalls zu Beginn und zum Ende des Semesters ausgefüllt wurde, bestand aus 15 Fragen und sollte das Wissen im Stoffgebiet der Psychiatrie aufzeigen. Die Fragen waren hier ebenfalls im Multiple-Choice-Verfahren gestellt. Die letzten Wissensfragen waren einem Text zu einem Patienten mit einer Biographie, einer Anamnese und einem psychopathologischen Befund angeschlossen, die das praktische Verständnis der Studierenden prüfen sollte und auf Diagnose- und Therapieverständnis abzielten.

Es gab eine A- und eine B-Version der Wissensfragen, die den gleichen Schwierigkeitsgrad hatten, so dass den Studenten am Ende des Semesters andere Fragen gestellt wurden, als bei der ersten Befragung. Dieses diente dazu, dass die Studierenden bei der zweiten Befragung unbekannte Fragen vorfanden und somit das Risiko eines Übungseffektes durch Fragenwiederholung auszuschließen.

Teils waren die Fragen direkt aus dem Fundus des IMPP (1993/1994) entnommen (siehe Fragen 3A, 6A, 8A, 12A und Fragen 2B, 5B, 7B, 9B, 10B, 11B im Anhang) und zum Teil selbst erstellt (siehe Fragen.1A, 2A, 4A, 5A, 7A, 9A, 10A, 11A und 1B, 3B, 4B, 6B, 8B). Die Fragen wurden entsprechend der im Praktikumkonzept genannten Lernziele ausgewählt. Die fünf Fragen mit Patientenbeschreibungen (siehe Fragen 13A, 14A, 15A und 12B, 13B, 14B, 15B) wurden von der Psychiatrischen Klinik (Naber, Holzbach, 1996) erstellt.

### **2.3.3 Der Münchener Evaluationsbogen**

Der Münchener Evaluationsbogen (Holzbach et al., 1991) wurde in einer modifizierten Form in den zwei vorherigen Semestern in der Psychiatrie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf in einer Pilotstudie verwendet. Er wurde nur bei der Befragung zum Ende des Semesters ausgehändigt. Die 34 Multiple-Choice-Fragen sprachen neben Fragen zur Person vier Evaluationsebenen an. Die Fragen beinhalteten zum Teil die Möglichkeit zur Mehrfachnennung. In der letzten Frage wurden die Studierenden aufgefordert, Kritik und Anregungen zum Praktikum frei zu formulieren.

Der „Münchener Evaluationsbogen“ gliederte sich in fünf Abschnitte: „Fragen zur Person und Vorkenntnissen“, „Fragen zur Organisation“, „Fragen zur Didaktik“, „Fragen zur Selbsteinschätzung“ und „Fragen zum persönlichen Lernerfolg“.

Neben soziodemographischen Fragen, wie Alter und Geschlecht, wurden das Studierverhalten (siehe Fragen 1-4 und 6-8 im Anhang), z.B. Anzahl der freiwilligen Kurse, Häufigkeit des Vorlesungsbesuches, Kursvorbereitung und die Vorkenntnisse, wie zum Beispiel Erfahrung durch Arbeit mit psychisch Kranken, Kontakt zu psychisch erkrankten Verwandten oder Bekannten oder Kenntnisse durch die Medien, erfasst (siehe Frage 5 im Anhang).

Zur Organisation des Kurses wurden sieben Items abgefragt. Neben der Einhaltung der Kursinhalte wurde nach der Dauer der Voruntersuchung gefragt (Frage 11, 12). Ferner wurde erhoben, ob es als angenehm empfunden wurde, dass zwei Dozenten den Kurs abhielten (Frage 14) und wie dieses im Kurs tatsächlich gehandhabt worden war (Frage 13). Der Abschnitt zur Kursorganisation zielte darauf ab, eine Vorstellung davon zu erlangen, was die StudentInnen von einer Lehrveranstaltung eines solchen Rahmens

erwarten, und ob sie mit der Form, in der das Praktikum in der psychiatrischen Klinik durchgeführt wurde zufrieden waren.

Der Fragebogenabschnitt zur Didaktik des Kurses umfasste acht Fragen. Hier wurden jeweils vier Möglichkeiten vorgegeben, bei denen zu beurteilen war, ob zum Beispiel die Studierenden „deutlich mehr“, „etwas mehr“, „etwas weniger“ oder „deutlich weniger“ theoretische Aufarbeitung des Lehrstoffes im Praktikum erwünschten (Frage 18).

Im nächsten Abschnitt wurden Fragen zur „Selbsteinschätzung“ gestellt. Hier war von Interesse, in welchem Maß die Studierenden dachten, Fähigkeiten wie Gesprächs- und Patientenführung sowie Eignung zum Umgang mit Suizidalen (Fragen 24-28) erworben zu haben. Weiterhin wurde gefragt, inwieweit sie sich in der Lage fühlten einen psychiatrischen Befund zu erheben (Frage 29), bzw. wie gut sie sich für das Praktische Jahr vorbereitet fühlten (Frage 30).

Zur Einschätzung des „persönlichen Lernerfolges“ wurden drei Items erhoben. Diese erfragten, wie hoch der eigene Lernerfolg eingeschätzt wurde (Frage 32), in welcher Kursphase dieser am größten war (Frage 33) und ob vom Gruppenunterricht etwas für die spätere Patientenarbeit gelernt werden konnte (Frage 34).

Frage 35 erbat freie Gedanken, Anregungen und Kritik zu dem Kurs und dessen Organisation.

## 2.4 Auswertung

Sämtliche Daten aus den Fragebögen wurden in SPSS-Dateien übertragen und zu Analysen verarbeitet. Bei den Fragebögen zu Einstellung und Kursevaluation wurde die Antworthäufigkeit in absoluten Zahlen und in Prozent errechnet. Außerdem wurde bei den Fragen, die auf einer Lickert-Skala von eins bis vier bewertet werden sollten, der Mittelwert der gegebenen Antworten gebildet. Ferner wurden Median und Standardabweichung bestimmt.

Bei entsprechender Fragestellung wurde die Signifikanz nach Kruskal-Wallis und der CHI-Quadrat-Test nach Pearson angewandt. Da bei der durchgeführten anonymen

Befragung eine paarweise Zuordnung der Stichproben nicht möglich war, konnte eine Anwendung des T-Testes für abhängige Stichproben nicht erfolgen.

Die freien Antworten der Frage 35 im Münchener Evaluationsbogen, in denen Anregung und Kritik zum Kurs erbeten war, wurden inhaltlich geordnet, gezählt und ausgewertet.

Die Auswertung des Wissensteils erfolgte über zwei Methoden. Für jede richtige Antwort wurde ein Punkt gegeben. Hieraus ergab sich die allgemeine Punkteverteilung aller StudentInnen. Weiterhin wurden die Ergebnisse nach Kursgruppen getrennt ausgewertet.

Die Fragen (siehe Anhang) wurden nach den im Kurs behandelten Themengebieten sortiert, um Stärken und Schwächen der Studierenden in bestimmten Bereichen herausstellen zu können. Dabei wurden die Fragen 11A, 6B und 8B zu dem Bereich der „Grundlagen der Psychopathologie, Beziehung und Übertragung“ gestellt. Fragen 12A und 10B behandelten „Persönlichkeitsstörungen“, Fragen 4A, 5A und 9A entstammten dem Themenbereich der „Neurosen“. In den Rahmen der „bipolaren, affektiven Störungen“ waren die Fragen 2A, 10A, 1B und 2B zu beantworten. Frage 3A gehörte in das Gebiet der „schizoaffektiven Störungen“ und die Fragen 1A und 4B in das Themengebiet „Sucht“. Frage 8A diente der Überprüfung des Wissenserwerbes zur „Suizidalität“. Als Kontrollfragen behandelten die Fragen 7A, 3B und 11B Themen, die nicht in der Durchführungs-Empfehlung für die Kursleiter angegeben waren.

Frage 7B des Wissensbogens wurde nachträglich gestrichen, da hier zwei Antwortmöglichkeiten bestanden und somit die Frage nicht auszuwerten war.

In dieser Aufteilung wurden die Ergebnisse untereinander verglichen und den Antworten des Münchner Evaluationsbogens und des Einstellungsbogens gegenübergestellt.

## **3 Ergebnisse**

### **3.1 Die Rückläuferquote**

Die StudentInnenzahl im befragten Semester belief sich auf 218, die auf 24 Gruppen aufgeteilt wurden. Von der ersten Erhebung liefen 132 Formulare zurück. Das entspricht 55% der erwarteten Fragebögen. Bei der Befragung am Ende des Semesters wurden 157 ausgefüllte Bögen zurückgegeben. In diesem Fall ergab das 65% der TeilnehmerInnen, die ihren Evaluationsbogen abgaben.

Die geringe Rückläuferquote lässt sich zum Großteil darauf zurückführen, dass die am Kurs teilnehmenden Studierenden entweder an besagtem Tag nicht anwesend waren oder kein Interesse an der Teilnahme der Befragung aufwiesen und vorzeitig die Einführungsveranstaltung verließen. Aus persönlichen Gesprächen war außerdem zu erfahren, dass die Studierenden einem Wissenstest skeptisch gegenüber standen.

### **3.2 Der Einstellungsfragebogen**

#### **3.2.1 Allgemeine Anmerkungen**

Der erste Abschnitt des Evaluationsbogens beinhaltete Fragen zur Einstellung gegenüber der Psychiatrie. Im folgenden werden die Ergebnisse parallel von der Befragung vor und nach dem Semesters angeführt.

Zu Anfang des ersten Abschnittes mit Fragen zu „Der psychisch Kranke“ standen fünf Aussagen, die von dem/der Befragten auf einer Skala von eins bis vier bewertet werden sollten. „Eins“ sollte angekreuzt werden, wenn der/die Befragte der Aussage nicht zustimmt und „vier“ sollte angekreuzt werden, wenn der Aussage voll zugestimmt wurde. Errechnet man aus der Häufigkeit der jeweiligen Antworten den Mittelwert, so lässt sich eine durchschnittliche Meinung erkennen.

### 3.2.2 Ergebnisse

Vergleicht man die Antworten des Einstellungsfragebogens, so zeigt sich, dass im Vergleich von vorher zu nachher zwar teilweise Unterschiede in der Beantwortung der Fragen bestehen, jedoch sind keine von diesen nach der Berechnung mit dem CHI-Quadrat-Test, bzw. nach Kruskal-Wallis signifikant ( $p > 0,05$ ).

Zu der ersten Aussage („Eigentlich ist es unmöglich nachzuempfinden, woran ein psychisch Kranker leidet.“) errechnete sich bei der ersten Befragung ein Durchschnitt von 2,1, der die Tendenz in Richtung „stimmt eher nicht“ verdeutlicht. Am Ende des Semesters verschob sich die Meinung mit einem Durchschnitt von 2,3 etwas weiter in Richtung „stimmt teilweise“ (siehe Tabelle 1: Ergebnisse der Fragen eins bis fünf).

Während bei der ersten Befragung 49 % der StudentInnen der Meinung waren, die Aussage 2, „Es ist besser, wenn Menschen, die an einer psychischen Krankheit leiden, keine Familie gründen.“, stimme nicht, äußerten nach dem Kurs 32 % der Personen, dieses träfe nicht zu. Der Durchschnitt verschob sich von 1,7 auf 2,0. Die Veränderung ist nicht signifikant. Demnach waren die StudentInnen der Meinung, diese Äußerung könne nicht voll verneint werden (siehe Tabelle 1).

Die Einstellung der StudentInnen gegenüber der Aussage „Der psychisch Kranke braucht weniger die Medizin als den Mitmenschen“ veränderte sich durch den Psychiatriekurs nur unwesentlich. Während der errechnete Durchschnitt von 2,4 vorher und hinterher konstant blieb, verschob sich im einzelnen der Prozentsatz derer, die „stimmt voll“ angegeben hatten, von 4 % auf 2 % der Personen. Der Anteil derer, die meinten, die Aussage stimme eher nicht, stieg von 21 auf 26 % (siehe Tabelle 1).

Nachdem bei Aussage vier („Es kommt durchaus vor, dass Menschen zu Unrecht in die Psychiatrie eingewiesen werden.“) die meisten „stimmt teilweise“ wählten, entschied sich der Großteil der TeilnehmerInnen nach dem Kurs um und der Schwerpunkt lag bei „stimmt eher nicht“. Der Durchschnitt änderte sich von vorher 2,9 auf nach dem Kurs 2,6 (siehe Tabelle 1).

„Wer einen Suizidversuch begangen hat, sollte psychiatrisch behandelt werden.“ Hierzu lag vorher wie nachher der Durchschnitt deutlich im Bereich der Zustimmung. Bei

beiden Befragungen entschied sich über die Hälfte der Studierenden für die Aussage „stimmt voll“. Die 57 %, die zu Beginn dieser Meinung waren, erhöhten sich durch den Kurs auf 65 %. Der Durchschnitt lag bei der ersten Befragung bei 3,5, hinterher war ein Mittelwert von 3,6 zu errechnen (siehe Tabelle 1 ).

Tabelle 1: Ergebnisse der Fragen eins bis fünf

Anzahl in Prozent	Stimmt nicht		Stimmt eher nicht		Stimmt teilweise		Stimmt voll	
	vor	nach	vor	nach	vor	nach	vor	nach
„Eigentlich ist es unmöglich nachzuempfinden, woran ein psychisch Kranker leidet.“	23	32	27	28	47	36	3	4
„Es ist besser, wenn Menschen, die an einer psychischen Krankheit leiden, keine Familie gründen.“	49	32	30	36	17	31	2	2
„Ein psychisch Kranker braucht weniger die Medizin, als den Mitmenschen.“	19	19	21	26	53	54	4	2
Es kommt durchaus vor, dass Menschen zu Unrecht in die Psychiatrie eingewiesen werden.“	5	5	20	47	48	32	24	16
„Wer einen Suizidversuch begangen hat, sollte psychiatrisch behandelt werden.“	3	2	3	3	35	28	57	65

In Frage sechs wurden die StudentInnen gebeten, von den vierzehn Eigenschaften jene anzukreuzen, von denen sie meinten, sie würden einen psychisch Kranken am besten beschreiben. Vergleicht man die Prozentzahl derer, die vor dem Kurs bestimmte

Eigenschaft als typisch wählten, mit der, die nach dem Kurs dieser Meinung waren, so bleibt die Menge für die Antworten „unberechenbar“, „empfindlich“, „phantasievoll“ und „gefährlich“ relativ konstant (siehe Tabelle 2). Ebenso meinten vorher wie nachher ähnlich viele, eine typische Eigenschaft psychisch Kranker sei das „Normalsein“ (vorher 28 %, nachher 27 %). Auffallend große Einstellungsänderungen stellten sich bei der Eigenschaft „verrückt“ ein. Während vor dem Kurs 39 % der StudentInnen einen psychisch Kranken für verrückt hielten, empfanden, nachdem sie die Erfahrungen mit Patienten während des Kurses gemacht hatten, 51 % der Befragten psychisch Kranke als „verrückt“.

Auch die Menge derer, die meinten ein psychiatrischer Patient sei „unzurechnungsfähig“, steigerte sich im Laufe des Kurses von 39 % auf spätere 52 %.

Das Kollektiv derer, die vor dem Kurs der Meinung waren, ein psychisch Kranker sei „gehemmt“ (von 55 % auf 73 %) oder „aggressiv“ ( von 51 % auf 65 %), steigerte sich ebenfalls deutlich.

Die einzige Eigenschaft, die bei der zweiten Befragung weniger häufig zu den typischen Eigenschaften gewählt wurde, war die „Unberechenbarkeit“. Mit 69 % entschlossen sich 3 % weniger als bei der ersten Befragung dafür, dass psychiatrische Patienten unberechenbar sind.

Zusammenfassend zeigt sich, dass die StudentInnen nach dem Kurs eine höhere Bereitschaft zeigten, psychisch Kranken bestimmte Eigenschaften, positive wie negative, zuzuordnen.

Tabelle 2 Eigenschaften psychisch Kranker

Eigenschaften	Anteil in Prozent vorher	Anteil in Prozent nachher
verrückt	39	51
intelligent	33	42
unberechenbar	73	69
empfindlich	68	71
unzurechnungsfähig	39	52
phantasievoll	54	54
gefährlich	40	41
nachdenklich	42	50
gehemmt	55	73
freundlich	29	39
aggressiv	51	66
normal	27	28
ängstlich	59	78
fröhlich	27	32

Des weiteren wurden die befragten Personen gebeten, jene Verhaltensweisen anzumerken, an denen sie eine psychische Erkrankung zu erkennen glauben. Auch bei dieser Frage zeigte sich bei der zweiten Befragung eine deutlich höhere Bereitschaft, eine Aussage zu bestätigen (siehe Tabelle 3 ). Ausschließlich bei den Möglichkeiten vier („Ein Mensch scheint psychisch erkrankt zu sein, wenn er / sie über dauernden Kopfschmerz und Verdauungsbeschwerden klagt.“) und acht („...wenn er/sie schwer

von Begriff ist.“) zeigten die StudentInnen keine höhere Bereitschaft, diese Ausführung vermehrt positiv zu beantworten (siehe Tabelle 3 ).

Einen deutlichen Anstieg gab es bei der Aussage: „Ein Mensch scheint psychisch erkrankt zu sein, wenn er/sie tage- und wochenlang nachgrübelt.“ Zu Beginn des Semesters entschieden sich 21 % der StudentInnen, dass dieses ein Merkmal psychischer Krankheit sein könnte. Gegen Ende des Semesters gaben 49 % diese Antwort.

Tabelle 3: Verhaltensweisen, an denen man einen psychisch Erkrankten erkennen kann.

„Ein Mensch scheint psychisch erkrankt zu sein, wenn er/sie ...	Anzahl in Prozent vorher	Anzahl in Prozent nachher
...seine/ihre Pflichten andauernd vernachlässigt.“	16	31
...tage- und wochenlang nachgrübelt.“	21	49
...wahllos Bekanntschaften schließt und Geld verschleudert.“	16	44
...über dauernden Kopfschmerz und Verdauungsbeschwerden klagt.“	13	13
...die Welt von allem Bösen befreien will.“	43	66
...randaliert und grundlos Leute verprügelt.“	55	69
...alkohol- und drogensüchtig ist.“	47	67
...schwer von Begriff ist.“	2	3
...Tiere und Menschen quält.“	72	81
...Suizid versucht.“	66	75
...an sich selber leidet.“	69	77
...dauernd ängstlich und niedergeschlagen ist.“	74	86

Der nächste Abschnitt des Fragebogens richtete sich vorwiegend auf die Einstellung zur psychischen Krankheit. Wiederum wurden fünf Aussagen getroffen, denen zur Beurteilung eine Skala, wie oben beschrieben von eins bis vier, nachstand.

Bei Bemerkung acht („Psychische Krankheit ist an sich eigentlich nur eine extreme Ausprägung normalen menschlichen Verhaltens.“) übten die Studierenden nach dem Kurs mehr Zurückhaltung in den Extremantworten „stimmt nicht“ und „stimmt voll“. Die StudentInnen entschieden sich die scheinbar nicht für eine entgegengesetzte Einstellung, sondern eher für eine abgemilderte Form der Aussage. So wurde vor dem Kurs „stimmt nicht“ von 18 % gewählt, in der zweiten Befragung am Ende des Semesters waren es 9 %; „stimmt teilweise“ wurde vorher von 17 %, hinterher von 24 % angekreuzt. Vor dem Kurs wählten 17 % „stimmt voll“ als Antwort, nachher waren es noch 16 %. Die Prozentzahl derer, die „stimmt teilweise“ als Antwort wählten, stieg von 46 % auf 50 %. Insgesamt verändert sich der Mittelwert von 2,6 auf 2,7 in Richtung einer Zustimmung (siehe Tabelle 4).

Ebenso entschlossen sich bei der nächsten Aussage („Eine psychische Krankheit ist viel bedrohlicher als eine somatische“) mehr Studierende für eine beipflichtende Antwort. Jedoch fielen auch hier die Ergebnisse nach dem Kurs mehr auf die neutraleren Antworten „stimmt eher nicht“ und „stimmt teilweise“ als in der ersten Befragung. Die durchschnittliche Einstellung änderte sich hier nicht (siehe Tabelle 4).

Bei der darauffolgenden Aussage ließ sich im Durchschnitt keine Änderung feststellen. Der Anteil derer, die in der ersten Befragung überhaupt nicht zustimmten, dass sich selbst das Leben zu nehmen das äußerste Zeichen menschlicher Freiheit ist, war um 7 Prozentpunkte geringer als am Ende des Psychatriekurses. Die Prozentzahl derer, die meinten, diese Aussage stimme „eher nicht“ stieg von 15 % auf 22 %, der „teilweise zustimmende“ Anteil sank von 32 % auf 27 % und der Anteil derer, die voll zustimmten, stieg auf 15 % (siehe Tabelle 4).

Es erhöhte sich bei der Aussage „Wenn einer / eine psychisch erkrankt ist, kann die Medizin auch nicht viel helfen“ die Meinung der StudentInnen durchschnittlich um 0,2 Prozentpunkte. Während bei der ersten Umfrage keiner der Studierenden der Aussage voll zustimmen wollte, fand sich nach dem Kurs einer oder eine, der / die diese

Meinung vertrat. Die mit 61 % hohe Prozentzahl, die zu Beginn dieser Behauptung überhaupt nicht zustimmen konnte, sank nach dem Kurs auf 49 % und die restlichen Stimmen verteilten sich gleichmäßig auf die Antworten „stimmt eher nicht“ und „stimmt teilweise“ (siehe Tabelle 4). Dies zeigt dass StudentInnen nach dem Kurs mehr Zweifel an den Hilfemöglichkeiten in der Psychiatrie hegten, als zu Anfang des Semesters.

Bei dem letzten Item im Abschnitt „Die psychische Krankheit“ wurde folgende Behauptung aufgestellt: „Extremformen der Religiosität (Visionen, Fanatismus) und Wahn liegen dicht beieinander.“ Hier zeigte sich mit einem Durchschnitt von 3,4 eine deutliche Zustimmung. Nach dem Kurs verminderte sich dieser Wert auf 3,2 und zeigte somit die Neigung einer eher eingeschränkten Zustimmung. Bei der zweiten Befragung verminderte sich der Anteil derer, die voll zustimmten zugunsten der teilweise zustimmenden StudentInnen (siehe Tabelle 4 ).

Tabelle 4: Ergebnisse zu Aussagen 8 bis 11b

Anzahl in Prozent	Stimmt nicht		Stimmt eher nicht		Stimmt teilweise		Stimmt voll	
	vorher	nachher	vorher	nachher	vorher	nachher	vorher	nachher
„Psychische Krankheit an sich ist eigentlich nur eine extreme Ausprägung normalen menschlichen Verhaltens.“	18	10	17	24	46	50	17	16
„Eine psychische Erkrankung ist viel bedrohlicher als eine somatische.“	24	16	25	31	47	51	4	1
„Sich selbst das Leben nehmen zu können, ist das äußerste Zeichen menschlicher Freiheit.“	38	34	15	23	32	27	12	15
„Wenn einer/eine psychisch krank ist, kann die Medizin auch nicht viel helfen.“	61	49	27	33	11	17	0	1
„Extremformen der Religiosität (Visionen, Fanatismus) und Wahn liegen dicht beieinander.“	12	6	5	6	42	51	40	36

Bei Frage zwölf (siehe Tabelle 5) wurden die Studierenden aufgefordert, die Stichworte zu markieren, von denen sie meinten, sie könnten auslösende Ursachen psychischer Erkrankungen sein. Die auffälligsten Veränderungen in der Antworthäufigkeit fanden sich in den Möglichkeiten „Drogensucht“ (vorher 72 % bejaht, nachher 89 %) und „Vererbung“ (vorher kreuzten 64 % diese Möglichkeit an, hinterher 78 %). Keine Änderungen fanden sich bei den Aussagen „tiefgreifende Erlebnisse“ und „sexuelle Frustration“ (siehe Tabelle 5).

Tabelle 5: Ursachen und Auslöser psychischer Erkrankungen

Ursachen und Auslöser psychischer Erkrankungen sind:	Zustimmung vorher in Prozent	Zustimmung nachher in Prozent
unglückliche Familienverhältnisse	90	96
Drogensucht	72	89
tiefgreifende Erlebnisse (z.B. Vergewaltigung, Folter, Krieg, Tod eines nahen Verwandten...)	99	98
Kopfverletzungen	60	68
Vererbung	64	78
falsche Erziehung	59	60
Willensschwäche des Betroffenen	23	27
Überlastung	72	83
Unverständnis	21	34
zentralnervöse Störung	66	67
Störung des Hormonhaushaltes	67	68
Sexuelle Frustrationen	69	68

Der dritte Abschnitt des Fragebogens zur Einstellung zur Psychiatrie befasst sich mit den Aufgaben der Psychiatrie. Wiederum beginnt dieser Teil mit vier Aussagen, denen in einer Skala von eins bis vier zugestimmt oder widersprochen werden soll.

Die durchschnittliche Einstellung zu der ersten Aussage ob jemand der aus dem Rahmen des konventionellen fällt, in die Psychiatrie abgeschoben wird, blieb unverändert, doch die Verteilung der Beantwortungen unterschied sich deutlich. Während bei der ersten Befragung die Antworten gleichmäßig auf die Möglichkeiten „stimmt nicht“ bis „stimmt teilweise“ verteilt waren, lag bei der Befragung am Ende des Kurses ein deutlicher Schwerpunkt auf der Aussage „stimmt eher nicht“ (siehe Tabelle 6 ). Nach

dem Kurs entschieden sich statt den vorherigen 2 %, nun 3 % der StudentInnen, daß sie dieser Aussage voll zustimmen.

Es fand sich ebenfalls keine Veränderung der durchschnittlichen Meinung der StudentInnen zu Aussage vierzehn („Psychisch Kranke bekommen durch die Psychiatrie wirkliche Hilfe in ihrem Leiden.“). Die Antworten verteilten sich allerdings insgesamt mehr auf die vier möglichen Lösungen als bei der ersten Befragung. Während der Anteil der StudentInnen, die sich für "stimmt teilweise" entschieden, auf 69 % sank, stieg er bei denen, die "stimmt voll" als Antwort gaben von 17 % auf 24 %.

Auch bei der dritten Aussage dieses Fragetyps fand sich keine grundlegende Änderung der Angaben. Der errechnete Durchschnitt befand sich vorher wie nachher bei 2,6. In diesem Fall entschlossen sich die Studierenden wiederum am häufigsten, eher eine neutralere Antwort, also "stimmt teilweise", zu wählen.

Obwohl bei der letzten Aussage („Die Psychiatrie soll Patienten mit dissozialem Verhalten umerziehen“) sich im zweiten Durchlauf 2 % StudentInnen mehr dazu entschlossen, "stimmt voll" anzugeben, verschob sich die Meinung der StudentInnen eher weiter in die Richtung der Ablehnung. Die Anzahl der Angaben mit der Antwort "stimmt nicht" stieg von 27 % auf 32 % (siehe Tabelle 6).

Tabelle 6: Ergebnisse zu Aussagen 13 bis 16

Anzahl in Prozent	stimmt nicht		stimmt eher nicht		stimmt teilweise		stimmt voll	
	vorher	nachher	vorher	nachher	vorher	nachher	vorher	nachher
„Fällt jemand aus dem Rahmen des Konventionellen, wird er / sie in die Psychiatrie abgeschoben.“	36	28	33	49	29	20	2	3
„Psychisch Kranke bekommen durch die Psychiatrie wirkliche Hilfe in ihrem Leiden.“	1	1	5	6	77	70	17	24
„Abartige Verbrecher sollten nicht in den Strafvollzug, sondern in die Psychiatrie.“	17	16	21	20	43	52	17	12
„Die Psychiatrie soll Patienten mit dissozialem Verhalten umerziehen.“	26	32	36	32	33	31	3	5

Des weiteren wurden zum Thema „Aufgaben der Psychiatrie“ acht Aufgabenbereiche genannt, von denen die Studierenden jene aussuchen sollten, von denen sie meinten, sie könnten ausschließlich auf geschlossenen Stationen gewährleistet werden. Auch in diesem Bereich blieb die von den Studierenden vor dem Kurs gewählte Tendenz bestehen. Zwei der Aussagen wurden vor wie nach dem Kurs häufig angekreuzt. 91 % der StudentInnen waren vor dem Praktikum der Meinung der „Selbstschutz des Patienten“ könne ausschließlich auf geschlossenen Stationen erbracht werden. Nach dem Kurs hatte sich diese Meinung nicht grundlegend geändert und 93 % der StudentInnen waren derselben Auffassung. Auch der „Schutz der Bevölkerung“, so glaubten

79 % der Befragten vor dem Kurs, sei nur auf einer geschlossenen Station möglich.

Diese Zahl erhöhte sich leicht durch den vergrößerten Erfahrungsschatz, der in dem Kurs erlangt wurde, auf 85 %. Von den restlichen Leistungen wurden nur wenige als „nur in geschlossenen Abteilungen durchführbare Aufgaben“ bewertet (siehe Tabelle 7).

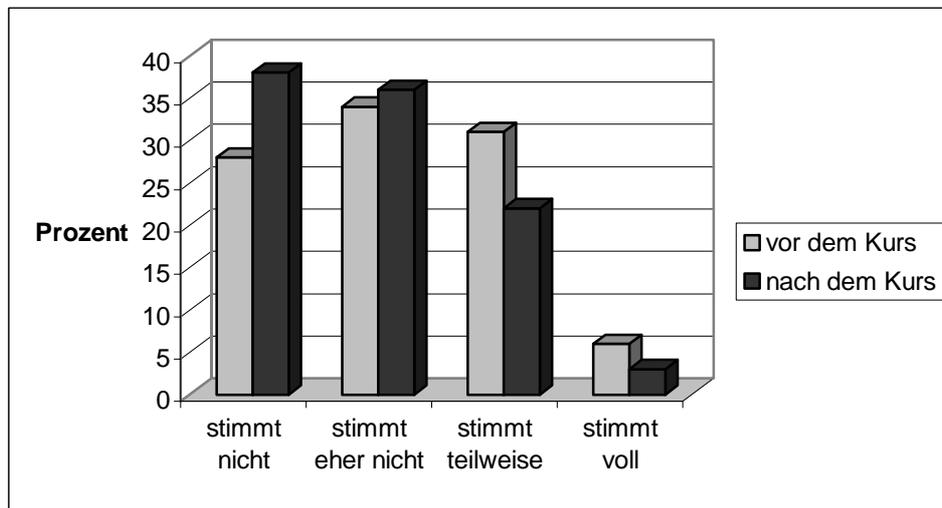
Tabelle 7: Ergebnisse der Aufgabe 17

„Aufgaben der Psychiatrie, die nur auf geschlossenen Abteilungen gewährleistet werden können:“	Anzahl in Prozent vorher	Anzahl in Prozent nachher
„Heilung der Erkrankung“	10	8
„Selbstschutz der Patienten“	91	94
„Verwahrung sozial auffälliger Menschen“	12	10
„Schutz der Bevölkerung vor Unzurechnungsfähigen“	79	85
„Entlastung der Angehörigen“	20	19
„Linderung des Leidens“	17	18
„Einübung von Verhaltensmustern“	14	16
„Alle psychiatrischen Erkrankungen können auf offenen Stationen behandelt werden.“	2,2	1,9

Als letzten Aufgabenbereich dieses Fragebogenteiles fanden die StudentInnen Fragen zu den „Behandlungsmethoden in der Psychiatrie“ vor. Zu Beginn dieses Abschnittes sollten fünf Aussagen nach spontaner Einschätzung beurteilt werden. In diesem Teil fielen das Antwortverhalten zu Aussage 22 („Ein weitestgehender Verzicht auf Psychopharmaka ist durchaus sinnvoll.“) auf. Die Studierenden, die vor dem Kurs diese Aussage beantworteten, legten die Schwerpunkte auf "stimmt eher nicht" (34 %) und

"stimmt teilweise" (31 %). Auch "stimmt nicht" war mit 28 % der Antworten stark vertreten. Nach dem Kurs verschob sich diese Einstellung weiter in Richtung der fehlenden Übereinstimmung. Die Prozentzahl derer, die vorher voll mit der Aussage übereinstimmten, reduzierte sich von 6 % auf 3 %. Der Durchschnitt, der zuerst bei 2,2 lag, sank auf 1,9 ab. Die Antwort "stimmt teilweise" verringerte sich auf 22,3 %, ebenso stieg die Anzahl derer, die "stimmt eher nicht" und "stimmt nicht" angekreuzt hatten (siehe Diagramm 1 ).

Diagramm 1: „Ein weitestgehender Verzicht auf Psychopharmaka ist sinnvoll“



Bei den ersten vier Fragen dieses Abschnittes ergaben sich keine deutlichen Änderungen der Einstellung. Der Aussage 18 („Die Behandlung psychisch Kranker könnte bei entsprechenden Einrichtungen durchaus ganz auf ambulante Therapie umgesetzt werden.“) entschlossen sich bei der zweiten Befragung sechs Prozent weniger StudentInnen dazu, der Behauptung zuzustimmen. Währenddessen fiel auch der Anteil, der "stimmt nicht" angekreuzt hatte und die, die sich umentschieden hatten, verteilten ihre Antworten auf die neutraleren Möglichkeiten "stimmt eher nicht" und "stimmt teilweise“ (siehe Tabelle 8 ).

Während bei Frage 19 65 % der Behauptung, es sei sinnvoll, „Patienten einer geschlossenen Abteilung unbeaufsichtigten Ausgang zu geben“, überhaupt nicht zustimmten, reduzierte sich diese Zahl im zweiten Durchlauf auf 54 %. Insgesamt entschieden sich 8 % mehr, "stimmt eher nicht" anzukreuzen, und die Prozentzahl derer, die "stimmt teilweise" als Antwort gaben, erhöhte sich auf 19 %.

Auch bei Aussage 20 („Zum Wohl der Patienten ist es durchaus notwendig, sie manchmal gegen ihren Willen zu behandeln.“) änderten einige ihre Meinung und die Prozentzahl derer, die dem Satz voll zustimmten, stieg von 35 % auf 47 % (siehe Tabelle 8).

Tabelle 8: Ergebnisse der Aussagen 18 bis 22

Anzahl in Prozent	stimmt nicht		stimmt eher nicht		stimmt teilweise		stimmt voll	
	vorher	nachher	vorher	nachher	vorher	nachher	vorher	nachher
„Die Behandlung psychisch Kranker könnte bei entsprechenden Einrichtungen durchaus ganz auf ambulante Therapie umgestellt werden.“	49	47	20	24	23	28	8	1
„Zum Wohl der Patienten ist es durchaus notwendig, sie manchmal gegen ihren Willen zu behandeln.“	4	4	6	6	54	43	35	47
„Psychiater sind selber psychiatrisch auffällig.“	21	15	30	41	46	41	2	3
„Ein weitestgehender Verzicht auf Psychopharmaka ist sinnvoll.“	28	38	34	36	31	22	6	3

Durch die Beantwortung der letzten drei Fragen des Einstellungsteiles sollte die geeignete Therapieform für drei verschiedene Krankheitsbilder ausgewählt werden.

Bei Frage 23, bei der die Therapiemöglichkeiten zu Neurosen abgefragt wurden, war der Großteil der StudentInnen vor wie nach dem Kurs der Auffassung, dass die erfolgversprechendste Therapie die Verhaltenstherapie sei. Dieses meinten 55 % vor und 56 % der Befragten nach dem Kurs. Der Anteil der StudentInnen, die den Standpunkt hatten, Beschäftigungstherapie sei die Therapie der Wahl, fiel von 3 % auf 1 % ab. Ein Anstieg ergab sich bei der Antwort „Psychopharmaka“ mit einer Erhöhung von 8 % auf 11 %. Während vor dem Kurs sich keiner der StudentInnen für die Elektrokrampftherapie entscheiden konnte, so wählten nach dem Kurs 1 % der Studierenden diese Antwort. Ebenso stieg die Prozentzahl derer, die die Familientherapie als erfolgversprechendste Behandlung empfanden, von 1 % auf 3 % an (siehe Tabelle neun)

Bei der Frage, welche die erfolgreichste Therapie für endogene Psychosen sei, stieg die Prozentzahl derer, die „Psychopharmaka“ wählten, von 58 % vor auf 76 % nach dem Kurs. Dieser Anstieg bedingte Einbußen hauptsächlich bei der Antwort „Psychoanalyse“, hier sank die Antworthäufigkeit von 24 % auf 13 % ab. Auch bei den Antworten „Verhaltenstherapie“ und „Autogenes Training“ war eine verminderte Antworthäufigkeit festzustellen (siehe Tabelle 9 ). Im Gegensatz zu der Frage zu „Neurosen“ stieg die Anzahl derer, die sich für die Elektrokrampftherapie entschieden, hier von 0,8 % auf 1,3 %. Vor wie auch nach dem Kurs empfand keiner der StudentInnen die operative Therapie als aussichtsreich.

In der letzten Frage zur Einstellung gegenüber der Psychiatrie wurde nach der erfolgversprechendsten Behandlungsmethode von Persönlichkeitsstörungen gefragt. Während sich bei den Fragen nach möglichen Therapien von Neurosen und Psychosen nahezu alle Optionen häufiger zugestimmt wurde, so verteilten sich bei der Frage nach der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen die Antworten mehr auf die gesamte Breite der Möglichkeiten. Die Antwort „Psychoanalyse“, die vor dem Kurs mit 59 % die am häufigsten genannte war, verminderte sich nach dem Kurs auf 51 %. Demgegenüber zeigte sich eine deutliche Erhöhung bei den Häufigkeiten von „Beschäftigungstherapie

und Arbeitstherapie“, bei der eine Steigerung von 1 % auf 8 % zu vermerken war, und bei „Psychopharmaka“, hier fand sich eine Erhöhung auf 19 %. Während vor dem Kurs noch einige der StudentInnen sich für die Lösungen „Autogenes Training“ (2 %) und „Elektrokrampftherapie“ (2 %) entschieden, wurden diese Lösungen nach dem Kurs, ebenso wie „operative Eingriffe“ und „internistische Behandlung“, von keinem der Befragten angekreuzt (siehe Tabelle 9 ).

Tabelle 9: Auswahl der erfolgversprechendsten Therapie

Nennen Sie die erfolgversprechendste Behandlungsmethode in der Psychiatrie bei.... (Angaben in Prozent)	... Neurosen.		... endogenen Psychosen.		... Persönlichkeitsstörungen.	
	Vorher	nachher	vorher	nachher	vorher	nachher
„Autogenes Training“	3	3	2	0	2	0
„Psychoanalyse“	30	31	24	13	59	51
„Beschäftigungs-/Arbeitstherapie“	3	1	2	3	1	8
„Psychopharmaka“	8	11	58	76	11	19
„Verhaltenstherapie“	55	56	8	6	21	24
„Elektrokrampftherapie“	0	1	1	1	2	0
„operative Eingriffe“	0	0	0	0	0	0
„internistische Behandlungen“	1	1	4	4	0	0
„Familientherapie“	1	3	0	1	1	1

## 3.3 Der Wissensfragebogen

### 3.3.1 Allgemeine Auswertung

Bei der Auswertung des Klausurteiles ergab die Befragung vor dem Kurs eine durchschnittliche Punktzahl von 4,3 Punkten. Nach dem Kurs erhöhte sich dieser Wert auf 5,2 Punkte.

Bei Version A des Klausurteiles, der vor dem Kurs ausgehändigt wurde, befand sich die maximal erreichte Punktzahl bei acht von zwölf Punkten, die von zwei der Befragten erlangt wurde. Nach dem Kurs sank die maximal erreichte Punktzahl der Version A auf sieben Punkte. Diese wurden von sieben StudentInnen erlangt. Der Häufigkeitsgipfel von 22 % der StudentInnen lag bei der ersten Befragung auf fünf Punkten. Nach dem Kurs erreichten 27 % der StudentInnen vier Punkte, 25 % erreichten fünf Punkte. Während die durchschnittliche Punktzahl der Version A zu Beginn der Untersuchung bei 4,5 Punkten lag, betrug sie nach dem Kurs 4,7 Punkte.

Bei der Version B fand sich der Mittelwert der ersten Befragung bei 4,2 Punkten und steigerte sich nach dem Kurs auf 5,6 von zehn Punkten. Die maximale Punktzahl lag hier vor dem Kurs bei 7. Dieses wurde von zwei StudentInnen erreicht, und erhöhte sich nach dem Kurs auf 9 von zehn Punkten. Ein/e StudentIn erreichte diese Punktzahl.

### 3.3.2 Aufteilung der Wissensfragen in Themengebiete

Teilt man die Fragen nach Aufgabengebieten auf, stellen sich Unterschiede in den einzelnen Themenbereichen dar. So zeigten sich die schlechtesten Ergebnisse bei den Fragen zu „Suizidalität“, diese beantworteten nur zehn Prozent der StudentInnen richtig. Auch bei Fragen zu „Persönlichkeitsstörungen“ und „Schizophrenie“ blieben der Anteil derer, die die Frage richtig beantworteten, unter der durchschnittlichen Prozentzahl (siehe Tabelle 10 ). Dem stellten sich Fragen zu den Themengebieten „Sucht“, „Grundlagen von Psychopathologie“ und „Bipolare affektive Störungen“ gegenüber, die überdurchschnittlich gut beantwortet wurden.

Tabelle 10: Aufteilung der Fragen nach Themengebieten

Themengebiet	Fragennummer	Durchschnittl. richtige Antwort in Prozent	
		vorher	nachher
Grundlagen von Psychopathologie	11 A	38	51
	6 B	33	60
	8 B	44	81
Persönlichkeitsstörungen	12 A	34	47
	10 B	4	19
Neurosen	4 A	57	55
	5 A	66	74
	9 A	21	25
Bipolar affektive Störungen	2 A	25	30
	10 A	90	95
	1 B	77	83
	2 B	21	46
Schizophrenie	6 A	18	17
	5 B	29	49
	9 B	47	64
Schizoaffektive Störungen	3 A	49	56
Sucht	1 A	41	55
	4 B	84	95
Suizidalität	8 A	2	10
andere	7 A	3	6
	3 B	11	10
	11 B	64	70

### **3.3.3 Ergebnisse des Wissensteiles nach Gruppen aufgeteilt**

Die Darstellung der durchschnittlich erreichten Punkte der einzelnen Gruppen lässt aufgrund fehlender Einheitlichkeit keine sinnvollen Rückschlüsse ziehen. Zum Teil kam es vor, dass nur einige oder auch gar keine StudentInnen der verschiedenen Gruppen repräsentiert waren und sich somit ein Vergleich der Gruppenleistungen untereinander nicht durchführen lässt. Ebenfalls erschwert die nicht übereinstimmende Anzahl der bewertbaren Fragen der A- und B-Version eine realistische Einschätzung und eine Gegenüberstellung der Werte.

Aus diesen Gründen wurde auf den Vergleich der von den Gruppen erreichten durchschnittlichen Punktwerte im Wissensteil verzichtet.

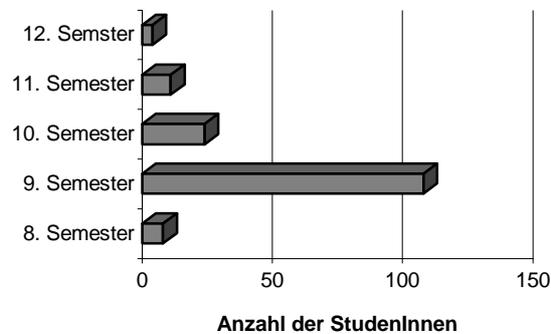
## **3.4 Der Münchener Evaluationsbogen**

### **3.4.1 Allgemeine Auswertung**

Im Sommersemester 1997 nahmen 218 StudentInnen am Psychiatriepraktikum teil. Am Semesterende war bei der Zweitbefragung die Rückläuferquote 156 (72 %) Studierenden.

Der Altersdurchschnitt der Studierenden lag bei 26 Jahren, wobei das Maximum bei 44 Jahren, das Minimum betrug 23 Jahre. 81 (52 %) der Teilnehmer waren männlich und 74 (47 %) weiblich, zwei Personen ( 1 %) machten keine Angaben zu ihrem Geschlecht. Der Großteil der Studierenden, insgesamt 108 (69 %), befand sich im neunten Fachsemester; acht ( 5 %) waren im siebten, 25 ( 16 %) im zehnten, elf ( 7 %) im elften und vier ( 3 %) StudentInnen waren im zwölften Semester (siehe Diagramm 2).

Diagramm 2: Verteilung der StudentInnen auf die Fachsemesterzahl



Es wurden bis zum Befragungszeitpunkt von den Studierenden durchschnittlich 2,8 freiwillige Kurse besucht. Die höchste angegebene Anzahl lag bei 15 fakultativen Kursen.

Die Vorlesung wurde nach Angaben der Studierenden zum Großteil weniger als acht mal besucht. 84 Studierende (54 %) gaben an, weniger als vier mal die Vorlesung gehört zu haben, 51 (32 %) meinten, bis zu sieben teilgenommen zu haben, 17 (11 %) waren bis zu elf mal dort und nur 5 StudentInnen (3 %) antworteten, sie seien öfter als zwölf mal zu der Lehrveranstaltung gegangen (siehe Tabelle 11).

Tabelle 11: Wie oft haben Sie die Vorlesung besucht?

	Anzahl der Stud.	Angaben in Prozent
< vier Mal	84	54
< acht Mal	51	32
< zwölf Mal	17	11
> zwölf Mal	5	3

Bei der Frage nach den Erfahrungen zeigte sich, dass die Mehrzahl der Studierenden keine fundierte fachliche Vorkenntnisse hatte. Viele hatten sich durch die Medien schon Kenntnisse angeeignet. So sagten 45 (29 %), dass sie sich psychiatrisches Wissen aus Tageszeitungen aneignen. 115 (73 %) gaben an, Filme wie „Einer flog übers Kukuksnest“ gesehen zu haben. Im Gegensatz dazu informierten sich lediglich 11 (7 %) regelmäßig aus Fachliteratur.

62 von 157 Studierenden (40 %) gaben an, psychisch Kranke im Bekannten- oder Freundeskreis zu haben, und 19 der Befragten (12 %) haben psychisch Kranke in der Verwandtschaft. Zwei StudentInnen (1 %) sagten aus, sie seien selbst in psychiatrischer Behandlung.

24 (15 %) der befragten Personen hatten eine Ausbildung zum Sanitäter absolviert, zwanzig (13 %) hatten Pflegeerfahrungen auf psychiatrischen Stationen erworben und neun (6 %) hatten in der Psychiatrie famuliert (siehe Tabelle 12).

Bei dieser Frage war eine Mehrfachnennung möglich, von daher kann es sein, dass manche der Teilnehmer aus mehreren dieser Bereiche Einblicke in die Psychiatrie erlangt hatten.

Tabelle 12: Welche der genannten Vorkenntnisse haben Sie?

	Anzahl der Stud.	Anteil in Prozent
Pflegeerfahrung auf psychiatrischen Stationen	20	13
Famulatur in der Psychiatrie	9	6
Ausbildung zum Sanitäter	24	15
Psych. Kranke im Bekannten-/Freundeskreis	62	40
Verwandte/r sind/ist psychisch krank	19	12
Bin selbst in psychiatr. Behandlung	2	1
Informiere mich aus der Tageszeitung	45	29
Lese regelmäßig Fachliteratur	11	7
Habe Filme gesehen	115	73
Verwandte mit psychiatrischer Ausbildung	17	11

Durchschnittlich verwendeten die StudentInnen 13,7 Minuten ( $\pm$  18,7 Minuten), um sich auf eine Kursstunde vorzubereiten. Das Maximum lag bei 120 Minuten. 77 (49 %) der Studierenden gaben an, ihre Vorbereitungszeit für diesen Kurs sei kürzer als für andere Pflichtveranstaltungen. 61 Personen (39 %) meinten, sie verwendeten die gleiche Zeit und lediglich 19 (12 %) bereiteten sich länger als bei den anderen Kursen auf die Veranstaltung vor.

Vorwiegend arbeiteten die StudentInnen mit Lehrbüchern. 33 % äußerten, ein Lehrbuch durchgeblättert zu haben, 38 % haben eines teilweise durchgearbeitet. Es markierten 30 % die Rubrik „gar nicht vorbereitet“. Insgesamt sagten 18 Studierende (12 %), mit einem Kompendium gelernt zu haben, nur zwei gaben jedoch an, es komplett durchgearbeitet zu haben (siehe Tabelle 13). Mit der „Schwarzen Reihe“ befassten sich 14 von 157 Studierenden (9 %).

Tabelle 13: Wie haben Sie sich auf den Kurstag vorbereitet ?

	Anzahl der Studierenden	Anteil in Prozent
Gar nicht vorbereitet	47	30
Lehrbuch „durchgeblättert“	52	33
Lehrbuch teilweise durchgearbeitet	59	37
Lehrbuch komplett durchgearbeitet	2	1
Kompendium „durchgeblättert“	6	3
Kompendium teilweise durchgearbeitet	10	6
Kompendium komplett durchgearbeitet	2	1
Mit „Schwarzer Reihe“ gearbeitet	14	8

Im folgenden Abschnitt des Fragebogens wurde auf die Organisation des Kurses eingegangen. Frage 9 bezog sich auf die Themen, die während des Unterrichtes behandelt wurden. Hier muss angemerkt werden, dass bei den StudentInnen eines

Kurses häufig Divergenzen auftraten. Oftmals gaben einige Teilnehmer einer Kursgruppe an, ein bestimmtes Themengebiet sei nicht behandelt worden, während der Rest der Gruppe anführte, dieser Stoff sei besprochen worden. Dieses kann eventuell auf individuelle Fehlzeiten einzelner StudentInnen zurückgeführt werden.

Auffällig bei der Auswertung dieser Frage war das Ergebnis zum Bereich „Grundlagen Beziehung und Übertragung“. Hier meinten nur 50 von 157 Studierenden, d.h. 32 %, diesen Stoff im Kurs durchgearbeitet zu haben. Die Bearbeitung der restlichen Themengebiete erfolgte in 60% - 85% der Fälle (siehe Tabelle 14 ).

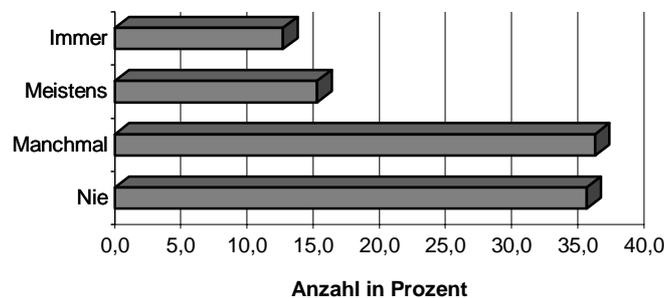
Tabelle 14: Welche der folgenden Themen wurden in Ihrem Kurs besprochen ?

	Anzahl der StudentInnen	Anteil in Prozent
Grundlagen Psychopathologie	120	76
Grundlagen Explorationstechnik	105	70
Grundlagen Beziehung und Übertragung	50	32
Persönlichkeitsstörung	133	85
Neurosen	108	69
Bipolare affektive Störungen	98	62
Schizoaffective Störungen	107	68
Schizophrenie	131	83
Sucht	130	83
Organische Psychosen, Demenz	97	62
Suizidalität	105	67

36 Prozent die Befragten bemerken, dass das in der nächsten Kursstunde zu besprechende Krankheitsbild nie angekündigt wurde. Dem gegenüber standen 20 StudentInnen (13 %), die erlebt hatten, dass das Thema der nächsten Stunde immer angekündigt wurde (siehe Diagramm 3).

Teilt man die Fragebögen nach Gruppen auf, so finden sich fünf Gruppen, denen das Krankheitsbild „nie“ angekündigt wurde (Gruppen 1, 9, 15, 20, 24). Von neun Dozenten wurde das Krankheitsbild „manchmal“ angekündigt (Gruppen 2, 5, 6, 7, 10, 12, 14, 19, 21). Die StudentInnen der Gruppen 4, 17, 22 und 23 gaben an, ihnen sei das Thema der nächsten Stunde „meistens“ angekündigt worden. Lediglich Gruppe 16 gab an, das Krankheitsbild „immer“ im Vorherein gesagt bekommen zu haben.

Diagramm 3: Wurde Ihnen vor dem Kursnachmittag das zu besprechende Krankheitsbild angekündigt?



Das Konzept des Psychiatriekurses beinhaltet den Gedanken, dass die Studenten direkten Kontakt zu psychiatrischen Patienten in Form eines Gespräches haben sollen. In Frage elf und zwölf ging es um die Zeit, die die StudentInnen durchschnittlich mit diesem Gespräch zugebracht haben, und wie lang jeweils einer der DozentInnen dabei zugegen war. Für den Fall, dass kein Vorgespräch von den Befragten durchgeführt worden war, war bei Frage zwölf eine „0“ anzugeben.

Ohne Berücksichtigung der 32 Personen (21 %), die keine Angaben zu dieser Frage gemacht hatten, zeigte sich, dass die Studierenden im Mittel 51 Minuten mit der

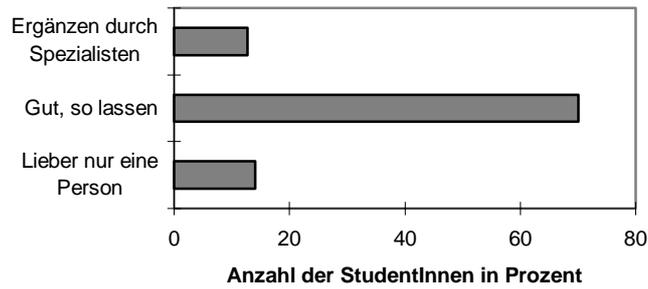
Patientenuntersuchung verbracht hatten. Durchschnittlich waren die Kursleiter davon 12 Minuten der Zeit zugegen. 81 der befragten Personen (52 %) gaben an, ihr Dozent sei überhaupt nicht anwesend gewesen (siehe Tabelle 15 ).

Tabelle 15: Voruntersuchung

	Mittelwert	Standardabweichung
Wie lange haben Sie Ihre/n PatientIn voruntersucht?	51 Min.	27
Wie lange war dabei die/der DozentIn zugegen?	12 Min.	22

In Frage 13 und 14 wurde darauf eingegangen, wie viel Prozent der Zeit beide Lehrpersonen anwesend waren. Hintergrund dieser Frage war das alte Kurskonzept bei dem zwar keine eigene Patientenuntersuchung durch die Studierenden erfolgt war, dafür jedoch während des Kurses permanent zwei Dozenten anwesend waren. Dieses wurde im Sommersemester 1997 geändert, so dass die Dozenten meist alternierten. Es kam heraus, dass in 35 % der Zeit beide Kursleiter gleichzeitig anwesend waren. Die überwiegende Anzahl der StudentInnen empfand dieses als gut und wünschte es beizubehalten. Lediglich 14 % hätten lieber nur eine betreuende Person, 110 (70 %) empfanden das System der sich abwechselnden DozentInnen in der Betreuung des Kurses am besten und 20 von 157 Personen (13 %) meinten eine Ergänzung durch Spezialisten für einzelne Themen als wünschenswert (siehe Diagramm 4).

Diagramm 4: Wie finden Sie die Gestaltung des Kurses durch zwei Dozenten?

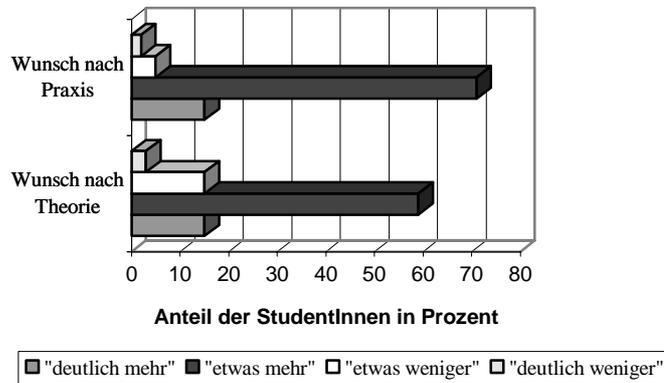


Auf die Frage, ob die Einführung eines Skriptes für notwendig angesehen wurde, beurteilten 90 % der Befragten den Vorschlag als gut. 74 der 141 Personen meinten jedoch, es dürfe nichts kosten. Insgesamt 10 % empfanden die Einführung eines kursbegleitenden Skriptes für unnötig.

Der nächste Abschnitt des Fragebogens bezog sich auf „Fragen zur Didaktik“. In Frage 16 wurden die StudentInnen gefragt, ob sie im Kurs der Psychiatrie mehr Freude hatten als in den bisher belegten freiwilligen Kursen oder Pflichtveranstaltungen. 67 der StudentInnen (43 %) beantworteten die Frage mit „etwas mehr schon“. 24 (15 %) meinten, sie hätten auf jeden Fall mehr Befriedigung an diesem Kurs gehabt, als an den bisherigen Veranstaltungen. 55 Personen (35 %) sagten aus, sie hätten „eher nicht“ und 7 (5 %) meinten, sie hätten „sicher nicht“ mehr Spaß gehabt. Vier der Befragten (3 %) gaben bei dieser Frage keine Antwort an.

Der Mittelwert von 1,9 auf einer Skala von eins bis vier, die den Wunsch nach praktischen Übungsmöglichkeiten darstellt, wobei eins für „deutlich mehr“ und 4 für „deutlich weniger“ steht, macht die Tendenz deutlich, dass mehr praktische Übung erwünscht ist. Auch bei der Frage nach dem Wunsch nach mehr Theorie im Unterricht wurde dieser mit einem Mittelwert von 2,0 deutlich ausgedrückt. Bemerkenswert ist, dass keiner der Studenten sich für „deutlich weniger praktische Übungen“ und nur vier von 157 Befragten sich für „deutlich weniger Theorie“ entschieden (siehe Diagramm 5). Auch war die Anzahl der StudentInnen, die zu diesen Fragen keine Antwort gaben recht groß. Zwölf Personen ließen Frage 17 und dreizehn ließen Frage 18 unbeantwortet.

Diagramm 5: Wünschen Sie sich mehr praktische / theoretische Übungsmöglichkeiten?



Bei der Frage, ob sich der Unterricht lieber an den häufigen oder an den seltenen Krankheitsbildern orientieren sollte, ließ sich mit dem Mittelwert von 1,8 eine Tendenz in Richtung der häufigen Krankheitsbildern ausmachen. 74 % wünschten sich eine Orientierung „mehr“ an den häufigen Krankheitsbildern, 19 % sogar „deutlich mehr“. 4 % der StudentInnen bevorzugten die selteneren Krankheitsbilder und es entschied sich keiner der Befragten für „deutlich mehr an den seltenen Krankheitsbildern“. Fünf Personen enthielten sich der Antwort.

Zum Verständnis psychisch kranker Personen trug mit 69 % bei der Mehrzahl der Personen das eigentliche Praktikum bei. 15 % fanden, dass die Voruntersuchung eines „eigenen“ Patienten ihnen in diesem Punkt am meisten gebracht hatte. 8 % entschieden sich für die Antwort „Eigene Vor- und Nachbereitung“ und 4 % für die „Hauptvorlesung“.

Tabelle 16: Was hat bei Ihnen am meisten zum Verständnis psychisch kranker Menschen beigetragen ?

	Anzahl der StudentInnen	Anteil in Prozent
Eigene Vor- und Nachbereitung	13	8
Hauptvorlesung	7	4
Voruntersuchung der PatientInnen	24	15
Eigentliches Praktikum	108	69

Die Teilnehmer der Psychiatriekurses erhoben selbst im Durchschnitt bei 1,4 Patienten einen kompletten psychiatrischen Befund. Die Hälfte der StudentInnen untersuchte einen Patienten, 29 % sprachen mit zwei und 4 % mit drei psychiatrischen Patienten. 18 StudentInnen (11,5 %) gaben an, keinen Patienten selbst anamnestiziert zu haben.

Fragen 22 und 23 zielten direkt auf die Betreuung des Kurses ab. Auf die Frage, ob die betreuenden Dozenten genügend auf die Probleme der StudentInnen im Umgang mit psychisch Erkrankten Rücksicht genommen haben, bejahten 97 von 157 Personen (62 %). 33 (21 %) gaben an, ihre DozentInnen seien „zu wenig“ und 21 (13 %) meinten sie seien „nicht“ auf ihre Schwierigkeiten eingegangen. Keiner der Befragten entschied sich für die Antwort, es sei „zuviel Aufhebens um die Probleme gemacht worden“.

Die Zufriedenheit über die Betreuung des Kurses lag auf einer vierstufigen Skala im Durchschnitt bei 1,8. Zwei StudentInnen machten zu dieser Frage keine Angabe.

Tabelle 17: Waren Sie mit der Kursbetreuung insgesamt zufrieden ?

	Anzahl der StudentInnen	Anteil in Prozent
Sehr zufrieden	40	26
Zufrieden	101	64
Unzufrieden	12	8
Sehr unzufrieden	2	1

Im Folgenden wird dargestellt, wie die befragten Personen das Ausmaß der von ihnen erworbenen Fähigkeiten einschätzten.

Die Fähigkeit des Gespräches mit Patienten wurde, so von der überwiegenden Zahl der StudentInnen angegeben, gut erworben. 110 (70 %) Personen entschieden sich für die Aussage „gut“, 10 (6 %) für „sehr gut“, 31 (20 %) für „weniger gut“ und nur sechs (6 %) StudentInnen erachteten ihre Fertigkeit in der Gesprächsführung als „schlecht“.

Im Umgang mit Suizidalen fühlen sie sich weitaus weniger sicher. Nur einmal (1%) wurde auf die Frage 25 mit einem „sehr gut“ geantwortet. 28 Personen (18 %) antworteten mit "gut", 81 (52 %) mit "weniger gut" und 40 (26 %) mit "schlecht". Verteilt man die Antwortmöglichkeiten auf einer Skala von eins bis vier, ergibt sich ein Durchschnittswert von 3,1. Das heißt, dass die StudentInnen im Schnitt meinten, weniger gut mit Suizidalen umgehen zu können.

Die Selbsteinschätzung zur Fähigkeit, einen psychiatrischen Befund zu erheben, zeigt ein recht ausgeglichenes Bild. Mit einem Mittelwert von 2,6 auf einer vierstufigen Skala streuten die Antworten zwischen „gut“ und „weniger gut“. Neun der Befragten (6 %) hatten den Eindruck, dass sie die Befunderhebung im Kurs sehr gut erlernt hatten, 75 (48 %) gaben "gut" als Antwort, 64 (41 %) kreuzten "weniger gut" an und 7

StudentInnen (5 %) waren diesbezüglich mit dem Ergebnis des Kurses nicht zufrieden und gaben "schlecht" als Antwort an.

Die Frage, in wie weit die StudentInnen glaubten, im Kurs Patientenführung erlernt zu haben, beantworteten 7 % mit "sehr gut", 48 % stautierten, es "gut" erlernt zu haben. 39 % der Personen waren mit dem Ergebnis nicht zufrieden und sagten, sie hätten den Umgang mit Patienten "weniger gut" gelernt, 6 % meinten sie hätten es "schlecht" erlernt.

Die durchschnittliche Meinung dazu, wie gut der Umgang mit Suchtkranken während des Kurses erlernt wurde, lag im Mittel bei 2,6 auf der Skala von eins bis vier. Sechs Prozent (zehn Personen) gaben an, dass sie sich auf die Behandlung von an Sucht erkrankten Personen schlecht vorbereitet fühlen, 50 % (79 Personen) waren der Meinung, sie hätten es "weniger gut" gelernt. 37 % (58 Personen) sagten, sie seien "gut" und 5 % (acht Personen) gaben an sie seien "sehr gut" darin geschult worden.

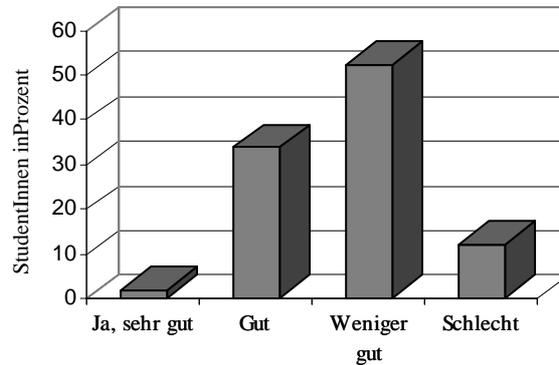
Auf die Frage, ob sich die StudentInnen in der Lage fühlen würden, alleine einen psychiatrischen Befund zu erheben, fühlten sie sich eher unsicher. 5 % (7 der Befragten) antworteten, dass ihnen dieses „problemlos“ gelingen würde. 37 % (58 Personen) befürchteten Schwierigkeiten im schriftlichen Teil zu haben, 5 % (acht Personen) meinten ein Problem ausschließlich im praktischen Bereich zu bekommen. Weitere 43 % (68 Personen) erwarteten Schwierigkeiten im praktischen und im schriftlichen Teil. 10 % (16 der Befragten) sagten aus es wäre ihnen nicht möglich alleine bei einem Patienten einen psychiatrischen Befund zu erstellen.

Tabelle 18: Ergebnisse zur Selbsteinschätzung von Fähigkeiten

Anteil der StudentInnen in Prozent	sehr gut	gut	weniger gut	schlecht
Gespräch mit Patienten	3	70	20	4
Umgang mit Suizidalen	1	18	52	26
Erheben eines kompletten psychiatrischen Befundes	6	48	41	5
Patientenführung	7	48	40	6
Behandlung von Suchtkranken	5	37	50	6

In Frage 30 wurde erfragt, ob der/die Befragte sich gut auf ein Tertial in der Psychiatrie im praktischen Jahr vorbereitet fühlte. Auch hier sahen sich die Studierenden eher schlecht befähigt. 3 StudentInnen (2 %) reagierten auf die Frage mit „sehr gut“ und 53 Personen (34 %) gaben an, sich „gut“ vorbereitet zu fühlen. 82 der Hochschüler (52 %) meinten, der Unterricht habe sie „weniger gut“ auf die spätere ärztlich psychiatrische Arbeit vorbereitet, und 19 (12 %) empfanden sich als „schlecht“ vorbereitet (siehe Diagramm 6).

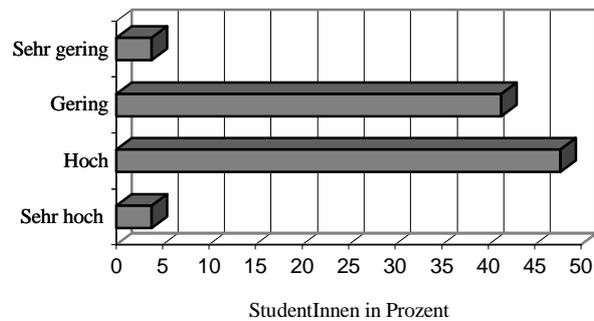
Diagramm 6: Fühlen Sie sich durch den Kurs auf ein freies Tertial „Psychiatrie“ im PJ vorbereitet?



Die psychische Belastung der Kursteilnehmer durch den Psychiatriekurs zeigte sich, nach Berechnung der auf einer Skala von eins bis vier verteilten Antwortmöglichkeiten, mit einem Mittelwert von 3,3 als sehr gering. Nur eine Person (1 %) empfand die Befassung mit der Psychiatrie als „sehr stark“ belastend. Achtzehn weitere (12 %) fühlten sich „stark“ belastet. Zwei Personen (1 %) gaben bei dieser Frage keine Antwort an. Die restlichen 136 StudentInnen (87 %) meinten, es sei „wenig“ (74 / 47 %) oder „fast gar nicht“ (62 / 40 %) psychisch belastend gewesen.

Der letzte Abschnitt des Evaluationsbogens behandelte den individuellen Lernerfolg . Die Antworten auf die Frage, wie die StudentInnen ihren ganz persönlichen Lernerfolg einschätzen, streuten um den Mittelwert 2,5. Je sechs Teilnehmer (4 %) empfanden ihren Erfolg als „sehr hoch“, bzw. als „sehr gering“ ein. 75 der Befragten (48 %) schätzen das Ergebnis des Kurses als „hoch“, 65 (41 %) als „gering“ ein (siehe Diagramm 7).

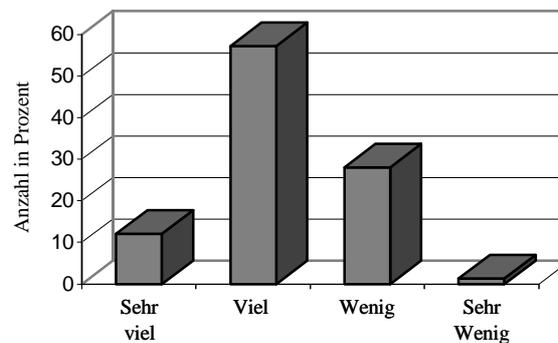
Diagramm 7: Wie schätzen Sie Ihren persönlichen Lernerfolg in diesem Kurs ein?



Der Hauptteil des Lernerfolges stellte sich bei 64 % der Studierenden ( 101 Personen ) im „eigentlichen Praktikum“ ein. Dreizehn der Befragten ( 8 %) markierten, die „Voruntersuchung der Patienten“ hätte ihnen am meisten zu ihrem Lernerfolg verholfen, und 15 % ( 23 Befragte ) führten ihn auf die „eigene Vor- und Nachbereitung“ zurück. Die restlichen 12 StudentInnen ( 8 %) gingen davon aus, ihr Wissensgewinn sei der „Hauptvorlesung“ zu verdanken.

Frage 34 erbat die Einschätzung, ob insgesamt vom Gruppenunterricht etwas für die spätere Arbeit mit Patienten gelernt werden konnte. Darauf antworteten 19 ( 12 %) Studierende mit „sehr viel“ und 90 ( 57 %) mit „viel“. Der Anteil von 28 % ( 44 Personen ) gaben an, nur „wenig“ für die Patientenarbeit gelernt zu haben und 1% (zwei Personen ) sagte aus, sehr wenig gelernt zu haben (siehe Diagramm 8).

Diagramm 8: Glauben Sie, dass Sie von dem Gruppenunterricht für Ihre Arbeit mit den Patienten etwas lernen konnten?



Die letzte Frage des Evaluationsbogens war eine offene Frage, in der gebeten wurde, Anregungen und Kritik aufzuschreiben. 60 Personen nahmen die Gelegenheit wahr, ihre Meinung mitzuteilen. Die Aussagen wurden dem Sinn gemäß in Gruppen aufgeteilt.

Vorrangig kam die Bitte um eine Ankündigung der zu behandelnden Themen der nächsten Kursstunde. Zwölf der befragten Personen waren der Auffassung, dass der Kurs eine höhere Effizienz hätte, würde man spätestens eine Woche vorher das Krankheitsbild oder Thema, das die nächste Stunde besprochen werden sollte, mitteilen. Dieses würde es dann auch einfacher machen, sich entsprechend vorzubereiten. Eine der befragten Personen sagte aus: „Eine Vorbereitung auf den Kurs war in sofern unmöglich, da weder ein Semesterthemenplan, noch eine ungefähre Vorhersage von Woche zu Woche existierte. Dieses wäre (...) wünschenswert.“

Ein weiterer häufig geäußelter Wunsch der Studierenden war eine systematischere Aufarbeitung der Krankheitsbilder. Elf Personen gaben dieses als Kritikpunkt an. Sie erhofften sich „strukturierte Behandlung von vorher angekündigten Themen im Hinblick auf das zweite Staatsexamen“ und kritisierten, dass „(...) zu wenig die Krankheitsbilder an sich besprochen wurden“. Außerdem hatten acht StudentInnen sich erhofft, mehr über Therapiekonzepte und Medikation zu erfahren, und weitere sieben äußerten, die Theorie sei während des Unterrichts zu kurz gekommen.

Sechs der StudentInnen erwähnten, mehr unterschiedliche Krankheiten kennenlernen zu wollen, und baten unter anderem darum, „nicht mehr als zwei Patienten mit dem selben Krankheitsbild“ sehen zu wollen. Einer beklagte sich, „der Unterricht beschränkte sich außerdem überwiegend auf zwei Krankheitsbilder“. Ein anderer hätte durchaus gerne die gleiche Erkrankung an verschiedenen Patienten mehrmals gesehen. Es wurde auch angemerkt, es sei „sehr interessant, auch einmal Patienten im Vollbild (...) zu sehen, sei es auch nur auf Video oder durch die Glasscheibe“.

Einige der Studierenden erwünschten sich mehr Anleitung im praktischen Teil der Patientenarbeit, sei es in der Befunderhebung (drei Personen), dem schriftlichen Festhalten der psychiatrischen Befunde (eine Person) oder die Übungsmöglichkeit durch mehr Patientenkontakt alleine oder zu zweit (sechs Personen).

Sechs Personen griffen Frage 15 auf und erwähnten die Vorteile von der Einführung eines kursbegleitenden Skriptes.

Tabelle 19: Sinngemäß zusammengefasste Bemerkungen der StudentInnen

Weitere Gedanken, Anregungen oder Kritik	Anzahl der StudentInnen, die diese Antwort gaben
Thema / Krankheitsbild ankündigen	12
Themen /Krankheiten systematisch aufarbeiten	11
Mehr Therapiekonzepte / Pharmaka vorstellen	8
Mehr Theorie	7
Mehr Patientenkontakt alleine oder zu zweit	6
Mehr unterschiedliche Krankheiten besprechen	6
Kurs begleitendes Skript	6
Mehr Anleitung beim Erheben eines Befundes	3
Kennenlernen aller psychiatrischen Stationen	3
Mehr häufige Krankheitsbilder	2
Pflichtbeiträge der StudentInnen (z.B.: Referate) aufgeben	2
Kurs teilen in Theorie und praktische Fallbesprechung	1
Mehr Übung im schriftlichen Festhalten der Anamnese	1
Durchaus das selbe Krankheitsbild mehrmals sehen	1
Patienten im Vollbild der Erkrankung sehen	1
Patienten vor dem „Vorgespräch“ schon mal	1
Arzt bei Patientenbefragung anwesend	1
Lieber 2x 1,5Std./Woche nur statt 1x 3Std./Woche	1
Kleinere Gruppen	1
Mehr Medieneinsatz (z.B. Video)	1
Homepage im Internet mit Lehrinhalten und Forschung	1
Pause während des Kurses machen	1

### 3.5 Vergleich der Fragen des Münchener Evaluationsbogens untereinander

#### **3.5.1 Vergleich des Wunsches nach mehr praktischer Übungsmöglichkeit und der Häufigkeit der eigenen Befunderhebung**

Aus der Gruppe der StudentInnen, die an keiner Befunderhebung persönlich teilgenommen hatten (18 StudentInnen), sprachen sich 61 % für den Wunsch nach mehr praktischer Übungsmöglichkeit während des Kurses aus. 17 % der Befragten sagten aus, „deutlich mehr“ Praxis im Kurs haben zu wollen. Weitere 17 % meinten, sie wollten „etwas weniger“ oder „deutlich weniger“ praktische Übungsmöglichkeiten haben. Ähnlich belief sich das Ergebnis bei der Gruppe der StudentInnen, die einen psychiatrischen Patienten befundet hatten. Hier sprachen sich 19 % zu dem Wunsch nach „deutlich mehr“ praktischer Anwendung aus. 67 % wünschten sich „etwas mehr“ und die restlichen 6 % meinten, lieber weniger Übungsgelegenheiten haben zu wollen.

Im Gegensatz dazu sprachen sich die StudentInnen, die mehr als einmal Gelegenheit zur Befunderhebung bekommen hatten, zu 78 % dazu aus, weniger praktische Übungsmöglichkeiten haben zu wollen. Etwa 5 % dieses Kollektivs wünschten sich „etwas mehr“ und ca. 9 % erhofften sich „deutlich mehr“ praktische Aspekte während des Unterrichtes (siehe Tabelle 20).

Tabelle 20: Gegenüberstellung der Häufigkeit der Befundung und der Antworten zu Frage 17 des Münchener Evaluationsbogens

„Wünschen Sie sich mehr praktische Übungsmöglichkeiten? ( in Prozent )	keinen Befund	einen Befund	> einen Befund	insgesamt
„deutlich mehr“	17	19	9	15
„etwas mehr“	61	67	5	71
„etwas weniger“ oder „deutlich weniger“	17	6	78	7

### 3.5.2 Vergleich der Selbsteinschätzung zur Fähigkeit einer Befunderhebung und der Häufigkeit der durchgeführten Patientenuntersuchung

Bei den StudentInnen, die keine Erfahrung mit einer eigenständigen Befunderhebung gesammelt hatten, zeigte sich, dass keine/r ihre/seine Fähigkeit einen psychiatrischen Befund zu erheben, als „sehr gut“ einschätzte. 28 % der befragten Personen meinten, sie hätten dieses „gut“ erlernt. Demgegenüber waren 56 % der Meinung, diese Fähigkeit „weniger gut“ vermittelt bekommen zu haben, und die restlichen 17 % beurteilten ihr erlerntes Geschick in diesem Punkt als „schlecht“.

Bei den Personen, die Patientenkontakt während des Kurses hatten, zeigte sich ein anderes Bild. Deutlich mehr StudentInnen schätzten ihre gewonnene Fähigkeit in der Befunderhebung als „gut“ ein. Bei den Personen, die einen Befund erhoben hatten, bewerteten 6 % ihre Fertigkeit in der Befunderhebung als „sehr gut“, 49 % als „gut“.

Ein ähnliches Ergebnis fand sich bei den StudentInnen, die mehr als einmal eine eigenständige Befunderhebung durchgeführt hatten. Hier entschieden sich auf die Frage, wie sie ihre Fähigkeiten in der Erhebung eines kompletten psychiatrischen Befundes einschätzten, 7 % für die Antwort „sehr gut“ und 52 % für die Antwort „gut“. Während

sich aus der Gruppe derer, die nur einen Befund erhoben hatten, 41 % „weniger gut“ und 4 % als „schlecht“ einschätzten, entschlossen sich 38 % der StudentInnen mit mehr praktischer Erfahrung zu der Antwort „weniger gut“. Keiner der letzteren empfand seine erlernten Fähigkeiten als „schlecht“ (siehe Tabelle 21) .

Tabelle 21 : Selbsteinschätzung der Fähigkeit zur Befunderhebung im Vergleich mit der Häufigkeit der Befunderhebung

Selbsteinschätzung zur Fähigkeit der „Befunderhebung“ (Angaben in Prozent)	keinen Befund erhoben	einen Befund erhoben	zwei oder mehr Befunde erhoben
„sehr gut“	0	6	7
„gut“	28	49	52
„weniger gut“	56	41	38
„schlecht“	17	4	0

### **3.5.3 Zusammenhang zwischen der Selbsteinschätzung der Fähigkeit zur Befunderhebung und der Dauer des eigenen Patientengesprächs**

Da nicht nur zu erwarten ist, dass die Häufigkeit der Patientengespräche, sondern auch die Dauer von Einfluss ist, wird im folgenden die Dauer des Patientengesprächs den Antworten der Frage 26 ( „In welchem Ausmaß wurden Ihrer Meinung nach die Fähigkeit

zur Erhebung eines kompletten Befundes erworben?“) gegenübergestellt. Die Gesprächsdauer wurde in Abschnitte von jeweils 15 Minuten unterteilt.

Unter den Studierenden, die sich weniger als 15 Minuten mit den Patienten unterhalten hatten, schätzten sich 30 Studierende vor allem „gut“ (49 %) bis „weniger gut“ (37 %) ein. 2 % der Teilnehmer (ein Studierender) mit der Vorbereitungszeit von unter einer viertel Stunde waren der Auffassung „sehr gut“ auf die Befunderhebung vorbereitet zu sein, und 11 % ( vier StudentInnen) fanden sich darin „schlecht“ geschult.

Dem gegenüberzustellen sind die StudentInnen, die sich über 45 Minuten Gesprächszeit nahmen. Hier war der überwiegende Teil (51 % / 47 Personen) davon überzeugt, die Fähigkeit der Befunderhebung „gut“ erlangt zu haben. Es schlossen sich 41 % (38 Personen) an, die dieses „weniger gut“ erlernt hatten. 4 % der Studierenden (4) meinten, es „sehr gut“ und 3 % (3 Personen) sagten, sie haben es „schlecht“ erlernt zu haben.

Auch bei den StudentInnen, die sich zwischen 30 und 44 Minuten lang mit den Patienten beschäftigt hatten, fanden sich bei den Antworten „gut“ und „weniger gut“ die meisten Angaben ( jeweils 44 %, 11 Personen). Unter diesen war keiner, der sich „schlecht“ vorbereitet fühlte, und 12 % (drei Personen), die ihre Fähigkeit einen Befund zu erheben als „sehr gut“ erachteten. In der zweiten Gruppe, die jener Teilnehmer, die ein 15 – 29 Minuten langes Gespräch geführt hatten, war ebenfalls keiner dabei, der sich schlecht auf die Aufgabe der Befunderhebung vorbereitet fühlte. Auch die Antwort „gut“ wurde in dieser Gruppe nicht gegeben. 67 % (zwei Personen) gaben ein „weniger gut“ und 33 % (eine StudentIn) gaben ein „sehr gut“ als Antwort auf die Frage, wie gut sie sich vorbereitet fühlen.

Es konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Dauer des Patientengesprächs und der von den Studierenden eingeschätzten Fähigkeit zur Befunderhebung festgestellt werden ( $p = 0,12$ ).

Tabelle 23: Vergleich der eingeschätzten Fähigkeit zur Befunderhebung und der Zeitdauer des durchgeführten Patientengesprächs

Untersuchungszeit in Minuten	„sehr gut“		„gut“		„weniger gut“		„schlecht“	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
< 15 Min.	1	2	17	49	13	37	4	11
15 – 29 Min.	1	33	0	0	2	67	0	0
30 – 44 Min.	3	12	11	44	11	44	0	0
≥ 45 Min.	4	4	47	51	38	41	3	3

### 3.5.4 Zusammenhang zwischen der Dauer der Anwesenheit des Dozenten bei der Patientenuntersuchung und der durch den Studierenden eingeschätzten Fähigkeit zur psychiatrischen Befunderhebung

Es ist davon auszugehen, dass neben der Anzahl und dem Zeitraum des Patientengesprächs, auch die Art und Dauer der Betreuung durch einen der Dozenten Einfluss auf die zu erlernenden Fähigkeiten nehmen. Im Folgenden wird die durch den Studierenden eingeschätzte Fähigkeit zur psychiatrischen Befunderhebung der Dauer der Anwesenheit des Dozenten gegenübergestellt. Hierbei zeigte sich, dass sich elf Prozent der Studierenden, die eine Betreuung über eine Zeit zwischen fünf und zwanzig Minuten hatten, sehr gut auf die psychiatrische Befunderhebung vorbereitet fühlten. Dieses wurde bei den anderen Gruppen nur bei je 5 % (0 – 5 Minuten Betreuung) und 3 % (> 20 Minuten Betreuung) der Befragten ebenso empfunden. Aus allen Teilnehmern, die sich schlecht

vorbereitet fühlten, waren diejenigen, die unter fünf Minuten von den Kursleitern während des Gespräches mitbetreut wurden, am häufigsten vertreten (71 %).

Ein signifikanter Zusammenhang zwischen Betreuungsdauer und eingeschätzter Fähigkeit zur Befunderhebung konnte nicht nachgewiesen werden.

Tabelle 22: Vergleich der eingeschätzten Fähigkeit zur Befunderhebung und der Zeitdauer der Anwesenheit der Dozenten

Zeitdauer der Anwesenheit d. Dozenten	„sehr gut“		„gut“		„weniger gut“		„schlecht“	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
0 – 5 Minuten	4	5	42	48	36	41	5	6
5 – 20 Minuten	4	11	15	43	15	43	1	3
>20 Minuten	1	3	18	55	13	39	1	3

### **3.5.5 Relevanz der Möglichkeit der Patientenuntersuchung in bezug auf eine gute Vorbereitung auf das Praktische Jahr**

Vergleicht man bei den Gruppen, die durch die Häufigkeit der Befunderhebung charakterisiert sind, die Antworten zu Frage 30 („Fühlen Sie sich durch den Kurs auf ein freies Tertial „Psychiatrie“ im PJ vorbereitet?“), sind deutliche Unterschiede zu erkennen.

Während aus der Gruppe der StudentInnen, die keinen Befund erhoben hatten, sich keiner für die Antwort 1, das heißt „sehr gut“ auf das PJ vorbereitet, entschied, fällten in den beiden anderen Gruppen lediglich 3 % (ein Mal Befund erhoben), bzw. 2 % der Befragten (> zwei Befunde erhoben) diese Entscheidung.

Deutlicher wird dies bei der Antwort zwei. Es empfanden sich von den Studenten ohne Befunderhebung 33 % , von den StudentInnen mit einem Befund 25 % und von den Personen mit mehr als einem Befund 47 % „gut“ auf ihr Praktisches Jahr vorbereitet.

Von den 19 Studierenden, die sich „schlecht“ auf das Praktische Jahr vorbereitet fühlten, hatten 17 nur einen oder weniger als einen Befund erhoben. Aus der Gruppe der Personen, die keinen eigenen Befund erhoben hatten, hatten sich 28 % „schlecht“ auf ihr Praktisches Jahr vorbereitet gefühlt. Bei jenen, die einen Patienten untersucht hatten, waren 15 % dieser Meinung. Im Gegensatz dazu hatten sich aus der Gruppe derer, die mehr als ein Mal einen Patienten voruntersucht hatten, nur 3 % für die Antwort „schlecht“ entschlossen (sieheTabelle 23).

Es konnte mit  $p = 0,03$  im CHI-Quadrat-Test nach Pearson ein signifikanter Zusammenhang zwischen der von den Studierenden empfundenen Vorbereitung auf das Praktische Jahr und der Anzahl der selbständig erhobenen psychiatrischen Befunde im Rahmen des Kurses nachgewiesen werden.

Tabelle 23: Vergleich der erhobenen Befunde mit der selbsteingeschätzten PJ - Vorbereitung

empfundene PJ - Vorbereitung	keinen Befund erhoben		einen Befund erhoben		zwei oder mehr Befunde erhoben	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
„sehr gut“	0	0	2	3	1	2
„gut“	6	33	20	25	27	47
„weniger gut“	7	39	45	57	28	48
„schlecht“	5	28	12	15	2	3

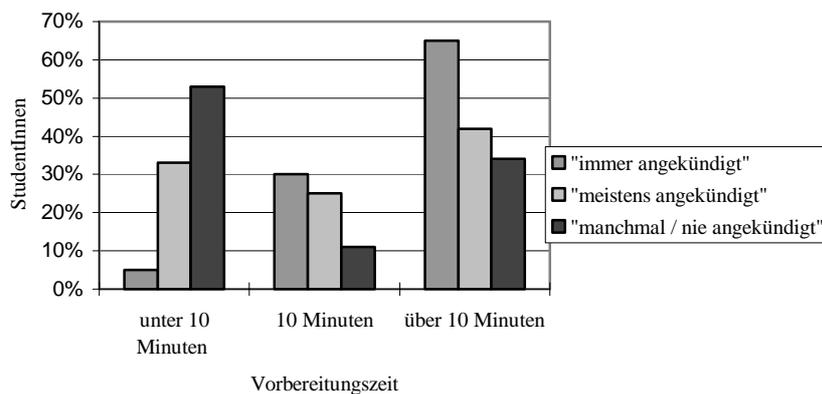
### 3.5.6 Gegenüberstellung der Ankündigung des nächsten Kursthemas mit der Dauer der Vorbereitungszeit

Es ist eine deutliche Korrelation zwischen der Ankündigung der folgenden Kursthemas und der Vorbereitungszeit der Studierenden festzustellen. Von allen StudentInnen, denen das Thema der nächsten Kursstunde „immer“ angekündigt wurde, hatten sich 65 % durchschnittlich länger als zehn Minuten auf das kommende Thema vorbereitet. Gaben die Befragten an, das Thema wäre „meistens“ angekündigt, so sank der Anteil derer, die sich mehr als zehn Minuten zur Vorbereitung nahmen auf 42 % ab. Dieses ging weiter auf 37 % herunter, wenn das Kursthema der nächsten Woche „manchmal“ oder „nie“ angekündigt wurde. Entsprechend diesem veränderte sich der Anteil derer, die sich weniger als zehn Minuten, bzw. gar nicht vorbereitet hatten. Während nur 5 % sich weniger als zehn

Minuten vorbereitet hatten, wenn das Thema „immer“ angekündigt wurde, taten dieses 33 %, wenn der Stoff „meistens“ angemeldet wurde. Dieses steigerte sich auf 53 %, wurde die folgende Thematik „manchmal“ oder „nie“ angegeben (siehe Diagramm 9).

Ein signifikanter Zusammenhang nach Kruskal-Wallis zwischen Vorbereitungszeit und Themenansage konnte festgestellt werden (  $p = 0,002$  ).

Diagramm 9: Bedeutung der Ankündigung für die Vorbereitungszeit



### **3.5.7 Vergleich der vorhandenen Vorkenntnissen mit der Vorbereitungszeit auf den Unterricht**

Dieser Abschnitt befasst sich mit der Frage, in wieweit sich Vorkenntnisse auf die Vorbereitungszeit auswirken. Bei nahezu allen Untergruppierungen ließ sich eine überdurchschnittlich lange Vorbereitungszeit feststellen. Eine Ausnahme machte die Gruppe derer, die angaben, Filme, wie zum Beispiel „Einer flog über das Kuckucksnest“, gesehen zu haben. In diesem Kollektiv ergab die durchschnittliche Vorbereitungszeit 14 Minuten, was genau dem Gesamtdurchschnitt entspricht. Dieses war jedoch nicht anders zu erwarten, da 73 % der Befragten angaben, entsprechende Filme im Vorfeld gesehen zu haben, und sie somit annähernd repräsentativ für die Gesamtheit sind.

Besonders auffallend war die durchschnittliche Vorbereitungszeit mit 35 Minuten bei denjenigen, die selbst psychiatrisch erkrankt waren. Allerdings gaben dies insgesamt nur zwei Personen an, so dass eine Bewertung sicherlich nicht sinnvoll ist. An nächster Stelle fielen die Studierenden auf, die regelmäßig Fachliteratur lesen. Sie hatten eine durchschnittliche Vorbereitungszeit von 26 Minuten. Auch Studierende, die vorher eine Sanitäterausbildung gemacht hatten, lagen mit 20 Minuten Vorbereitungszeit über dem Durchschnitt. Auch die Tatsache, Verwandte zu haben, die sich in psychiatrischer Ausbildung befanden, wirkte sich positiv auf die Dauer der Kursvorbereitung aus. Diese dauerte dann im Durchschnitt 18 Minuten.

Erfahrungen, die aus pflegerischen Tätigkeiten bei psychiatrisch Erkrankten oder, durch das Verfolgen von Berichten in Tageszeitungen herrührten, hatten nur geringen Einfluss auf die Motivation zur Vorarbeit für die nächste Kursstunde (jeweils 16 Minuten).

Tabelle 24: Bereiten sich die StudentInnen mit Vorkenntnissen länger als andere auf den Kurs vor ?

Vorkenntnis	Anzahl der Personen	Durchschnittliche Vorbereitungszeit in Minuten entsprechend der Vorkenntnisse
Gesamtdurchschnitt	158	14 Min.
„Pflegerfahrung“	20	16 Min.
„Famulatur“	9	12 Min.
„Sanitäterausbildung“	24	20 Min.
„Psych. Kranke im Bekanntenkreis“	62	16 Min.
„Verwandte sind psych. krank“	19	17 Min.
„Bin selbst psych. Krank“	2	35 Min.
„Informiere mich aus Tageszeitung“	45	16 Min.
„Lese Fachliteratur“	11	26 Min.
„Habe Filme gesehen“	115	14 Min.
„Verwandte mit psych. Ausbildung“	17	18 Min.

## 3.6 Vergleich des Wissensbogens mit den Antworten des Münchener Evaluationsbogens

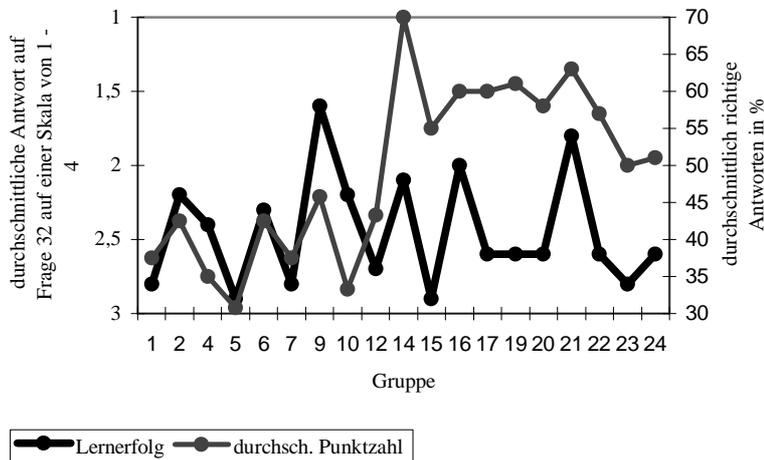
### 3.6.1 Vergleich des Wissensteiles mit dem eingeschätztem Lernerfolg

Gleicht man die Klausurergebnisse der Gruppen mit ihren Antworten im Münchener Evaluationsbogen ab, so lassen sich Übereinstimmungen feststellen. Gruppe 5, die in dem Wissensteil eine geringe Punktzahl erreichte, schätzte ihren persönlichen Lernerfolg (Frage 32, Evaluationsbogen) als eher niedrig ein. Acht StudentInnen hatten „gering“ angekreuzt, eine Person gab an, einen „hohen“ Lernerfolg erreicht zu haben. Hier zeigte sich bei Gruppe 14 eine positivere Tendenz. Während nur eine Person angab, einen „geringen“ Lernerfolg zu haben, fanden sich acht StudentInnen, die ihn als „hoch“ einschätzten. Insgesamt zeigt sich, wie in Diagramm 10 sichtbar, bei den überwiegenden Gruppen eine Parallelität zwischen den Kurven des eingeschätzten durchschnittlichen Lernerfolg und der durchschnittlichen Klausurergebnisse der Gruppen.

Dieses zeigte sich bei Gruppe 1, die mit dem Durchschnitt von 2,8 meinte, einen „geringen“ Lernerfolg erzielt zu haben, und tatsächlich mit 38 % richtiger Fragen unter dem Durchschnitt der Gesamtheit der Teilnehmer lag. Ebenso fand sich dieses bei Gruppe 5, Gruppe 15 und 23. Keine Übereinstimmung von eingeschätztem Lernerfolg und dem durch die Wissensfragen gemessenen Ergebnis war sich bei den Gruppen 17, 19 und 20 zu finden. Diese schätzten ihren Lernerfolg mit einem Durchschnitt von 2,6 relativ niedrig ein und erbrachten jedoch in dem Klausurteil überdurchschnittliche Leistungen.

Ein signifikante Zusammenhang konnte hier berechnet werden. Aufgrund ein umgekehrten Polung der Skalen fand sich nach Pearson eine negative Korrelation von 0,020 .

Diagramm 10: Gegenüberstellung der durchschnittlichen Punktzahl und des eingeschätzten Lernerfolges



### 3.6.2 Vergleich des gemessenen Lernerfolges mit der eingeschätzten praktischen Verwendbarkeit

Auch auf die Frage, wie viel sie meinten, für ihre Arbeit mit Patienten gelernt zu haben (Frage 34, Evaluationsbogen), schnitt das Ergebnis der Gruppe 14 besser ab als das der Gruppe 5. Während erstere meinte „viel“ (sieben StudentInnen) oder „sehr viel“ (zwei StudentInnen) für ihre spätere Arbeit gelernt zu haben, entschlossen sich bei Gruppe 5 vier der Befragten dazu, „viel“ und ebenfalls vier „wenig“ als Antwort anzugeben. Auch hier zeigte die Gesamtheit der Gruppen die Tendenz, dass die, die eine hohe durchschnittliche Punktzahl in der Klausur erlangten, ihre Fähigkeiten für die praktische Umsetzung im Sinne von Patientenarbeit auch verhältnismäßig höher einschätzten als diejenigen, die weniger gute Ergebnisse bei dem Wissensfragebogen erlangten. Eine Ausnahme machte die Gruppe 2, die trotz ihres unterdurchschnittlichen Kursergebnisses der Meinung waren,

für die spätere Patientenarbeit zwischen „sehr viel“ (3 Personen) und „viel“ (3 Personen) gelernt zu haben.

### 3.6.3 Vergleich des gemessenen Lernerfolges mit der Häufigkeit des Vorlesungsbesuches

Im Vergleich der Häufigkeit des Vorlesungsbesuches und der am Ende des Kurses erreichten Punktzahl beim Wissensteil der Befragung stellte sich heraus, dass zwar ein leichter Punktanstieg bei häufigerer Teilnahme an der Lehrveranstaltung besteht, dieser jedoch nur sehr gering ausgeprägt ist und keinen signifikanten Anstieg darstellt.

Tabelle 25: Punktzahl am Kursende im Vergleich zur Häufigkeit des Vorlesungsbesuches

erreichte Punktzahl	Häufigkeit des Vorlesungsbesuches			
	< 4 Mal	< 8 Mal	< 12 Mal	> 12 Mal
2	0	1	0	0
3	4	1	0	0
4	7	2	0	0
5	11	3	2	1
6	9	5	2	0
7	10	8	2	0
8	2	6	2	1
9	0	1	0	0
durchschnittl. Punktzahl	<b>5,5</b>	<b>6,3</b>	<b>6,5</b>	<b>6,5</b>

### **3.6.4 Vergleich des gemessenen Lernerfolges mit der Vorbereitungszeit**

Um herauszufinden, inwieweit die von den StudentInnen erreichte Punktzahl im Wissensteil auf die Kursvorbereitungszeit zurückzuführen ist, wurden diese beiden Angaben miteinander verglichen. Es wurden diejenigen betrachtet, die überdurchschnittliche Punktzahlen erlangt hatten, und es wurde mit ihrer Vorbereitungszeit abgeglichen. Wiederum wurden die Ergebnisse der beiden Wissensbogenversionen getrennt voneinander untersucht.

Von den 34 StudentInnen, die bei der Fragebogenversion A mit 5 oder mehr Punkten im bzw. über dem Durchschnitt lagen, gaben 14 der Befragten an, sich mehr als zehn Minuten für den Kurs vorbereitet zu haben. Vier der StudentInnen schrieben, sie hätten sich jeweils zehn Minuten vorbereitet. Dieses war neben der Angabe, sich überhaupt nicht vorbereitet zu haben, die häufigste. Dem gegenüber standen 26 Personen, die meinten, sich weniger als zehn Minuten auf die Kursstunde vorbereitet zu haben. Bei den StudentInnen, die weniger als fünf Punkte erreicht hatten, hatten sich 17 StudentInnen zehn Minuten oder länger im vorweg mit dem Themenbereich auseinandergesetzt und 16 weniger als zehn Minuten zur Vorbereitung verwendet.

Bei den Teilnehmern der Gruppe B fanden sich 47 StudentInnen, die durchschnittliche bzw. überdurchschnittliche Leistungen in dem Wissensteil der Befragung erbracht hatten. Von diesen gaben dreizehn Personen an, sich zehn Minuten vorbereitet zu haben. 21 kreuzten an, sich mehr als zehn Minuten mit der Materie beschäftigt zu haben zu haben. Insgesamt dreizehn Personen machten die Angabe, weniger als zehn Minuten aufgewendet zu haben. Von den StudentInnen, die nach dem Semester die Fragebogenversion B bearbeiteten, erlangten 31 Personen ein Ergebnis unter 6 Punkten. Von ihnen hatten sich sechzehn StudentInnen zehn Minuten oder länger auf die Kursstunden vorbereitet, fünfzehn hatten weniger als zehn Minuten als Vorbereitungszeit aufgebracht.

Auch die Ansicht der Vorbereitungsdauer in bezug auf die durchschnittliche Punktzahl ließ keinen Hinweis einer positiven Auswirkung von längerer Vorbereitungszeit finden. Während bei den Ergebnissen der Gruppe A diejenigen, die sich zwischen 16 und 25 Minuten für die Kursvorbereitung Zeit genommen hatten, einen Punktdurchschnitt von 3,8 erreichten, hatten die Studierenden mit einem Zeitaufwand von unter fünf Minuten durchschnittlich einen Punkt mehr im Wissensteil erlangt. Ein ähnliches Ergebnis zeigte sich bei den Studierenden, die am Ende des Kurses den Wissensteil B erhielten. Es ist

keine Korrelation zwischen der Vorbereitungszeit und den Kursergebnissen festzustellen (siehe Tabelle 25).

Tabelle 26: Gegenüberstellung der erreichten Punktzahlen und der Vorbereitungszeit

Vorbereitungszeit	Durchschnittliche Punktzahl	
	Version A	Version B
0 – 5 Min.	4,8	5,5
6 – 15 Min.	4,9	6,2
16 – 25 Min.	3,8	6,4
26 - > 40 Min.	4,7	5,8

### 3.6.5 Punkteverteilung aufgeteilt nach der Vorbereitungsmethode

Um deutlicher erkennen zu können, ob die Vorbereitungsmethode direkten Einfluss auf das messbare Wissen zu Ende des Kurses hat, wurden die Fragebögen nach den Antworten zu Frage sechs des Evaluationsbogens („Wie haben sie sich jeweils auf den Kurs vorbereitet?“) aufgeteilt. Anschließend wurde die durchschnittliche Punktzahl berechnet. Hierbei wurde sich auf die fünf Antworten „gar nicht vorbereitet“, „Lehrbuch durchgeblättert“, „Lehrbuch teilweise durchgearbeitet“, „Lehrbuch komplett durchgearbeitet“ und „Schwarze Reihe“ beschränkt. Die errechneten Punktdurchschnitte konnten daraufhin mit dem Durchschnittswert der Gesamtheit verglichen werden.

Es zeigte sich, dass die Mittelwerte der Punkte bei allen Methoden der Vorbereitung dem Punktdurchschnitt annähernd glichen (siehe Tabelle 27).

Tabelle 27: Durchschnittlich erreichte Punktzahlen aufgeteilt nach der Art der Kursvorbereitung

Art der Vorbereitung	Anzahl der Personen	Punktdurchschnitt Version A	Punktdurchschnitt Version B
Punktdurchschnitt aller Befragten	157	4,7	5,8
„gar nicht vorbereitet“	47	4,7	5,6
„Lehrbuch durchgeblättert“	52	4,5	5,2
„Lehrbuch teilweise durchgearbeitet“	59	4,7	6,0
„Lehrbuch komplett durchgearbeitet“	2	4,5	/
„Mit der Schwarzen Reihe gelernt“	14	4,3	6,4

### 3.6.6 Vergleich der gemessenen Leistung und der Vorbereitungsmethode

Um Verknüpfungen zwischen der Vorbereitungsart der Studierenden und deren Leistungen machen zu können, wurden die Antworten jener Befragten, die im Wissensteil mehr als durchschnittliche Punktzahlen erlangt hatten, bezüglich der Frage nach der Vorbereitungsmethode untersucht. Eine überdurchschnittliche Punktzahl entsprach bei den Studierenden der Version A mehr als fünf erlangte Punkte und bei Version B mehr als sechs erreichte Punkte im Wissensteil. Es sollte überprüft werden, inwieweit sich nicht nur das Wissen, sondern auch der Vorbereitungsmodus von den anderen unterschied.

Genau wie im Gesamtkollektiv hatten sich 30 % der aus Gruppe A, die im Wissensteil überdurchschnittlich abgeschnitten hatten, nicht auf die kommende Kursstunde vorbereitet. 39 % hatten „teilweise ein Lehrbuch durchgearbeitet“, auch in diesem Fall stimmt dieses weitgehend mit dem Gesamtergebnis überein. Es hatten sich aus der Gruppe A zwei Studierende durch komplettes Durcharbeiten eines Lehrbuches unterrichtsbegleitend vorbereitet. Aus diesem Kollektiv hatte im Klausurteil keiner überdurchschnittliche Leistung erbracht. Insgesamt hob sich der Vorbereitungsmodus der Studierenden mit hervorragender Klausurleistung gemessen an der Gruppe A nicht von dem Gesamtdurchschnitt ab.

Bei den StudentInnen der Gruppe B stellte sich dieses etwas anders dar. 71 % derer mit einer Punktzahl über 6 im Wissensteil hatten sich durch teilweises Durcharbeiten eines Lehrbuches vorbereitet. Dieses hebt sich deutlich von dem Gesamtdurchschnitt von 38 % ab. Dem gegenüber standen nur 15 % aus dem ausgewählten Kreis, die sich gar nicht vorbereitet hatte, gegenüber der 30 % der Allgemeinheit.

Tabelle 28: Vorbereitungsmethode derer mit überdurchschnittlicher Leistung

	Gesamtkollektiv		Gruppe A > 5 Pkt.		Gruppe B > 6 Pkt.	
	insges.	Prozent	insges.	Prozent	insges.	Prozent
Gar nicht vorbereitet	47	30	7	30	5	16
LB teilw. bearbeitet	59	38	9	39	23	72
LB durchgeblättert	52	33	8	35	4	12
Schwarze Reihe	14	9	2	9	3	9

### **3.6.7 Vergleich des gemessenen Lernerfolges mit der Häufigkeit der Befunderhebung bei einem psychiatrischen Patienten**

Zur Gegenüberstellung der erreichten Punktzahlen und der Häufigkeit der durchgeführten Befunderhebung bei einem psychiatrischen Patienten wurde jeweils die Durchschnittspunktzahl der StudentInnen berechnet, die mehr als einen Patienten befundet hatten, und die derer, die keine Gelegenheit hatten, selbst einen psychiatrischen Befund zu erstellen. Unter den StudentInnen der Gruppe A befanden sich 24 Personen, die mehr als einen psychiatrischen Befund selbst erhoben hatten. Unter diesen Personen errechnete sich ein Punktdurchschnitt von 4,8. Bei den 12 Personen der Gruppe A, die keinen Befund erhoben hatten fand sich ein Durchschnitt von 3,8 Punkten. Der Gesamtdurchschnitt dieser Version lag bei 4,7 Punkten.

Bei Fragebogenversion B fanden sich 34 StudentInnen, die öfter als ein Mal während des Kurssemesters einen Patienten voruntersucht hatten. Aus den Klausurergebnissen dieser Personen konnte ein Punktdurchschnitt von 6,2 Punkten errechnet werden. Von den insgesamt 18 Personen, die während des Semesters keinen Befund erhoben hatten, gehörten sechs zu der Gruppe B. Der Punktdurchschnitt dieser sechs Personen lag ebenfalls bei 6,2 Punkten. Der gesamte Durchschnitt der Version B lag bei 5,6 Punkten.

### **3.6.8 Vergleich des Wunsches nach mehr Theorie und dem gemessenen Lernerfolg**

Bei der Gegenüberstellung der erlangten Punkte im Wissensteil mit den Antworten, die in Frage Nummer 18 („Wünschen Sie sich mehr Theorie im Praktikum?“), stellte sich heraus, dass von den 24 StudentInnen, die sich „deutlich mehr“ Theorie im Praktikum wünschten, 54 % (dreizehn Personen) überdurchschnittliche oder durchschnittliche Punktzahlen erreicht hatten. Diese teilten sich wie folgt auf die beiden Fragebogenversionen auf: Sieben der Befragten des Fragebogens A hatten fünf oder mehr Punkte erlangt und sich „deutlich mehr“ Theorie während des Praktikums erhofft. Bei dem Fragebogen B waren es sechs Personen, die dieses angaben und mit sechs oder mehr Punkten im oder über dem Durchschnitt lagen. Dem gegenüber standen bei Fragebogen A sechs Personen, die unter

dem Semesterdurchschnitt lagen und sich „deutlich mehr“ Theorie wünschten, und bei Fragebogen B hatten fünf Personen diese Konstellation.

Von den 28 StudentInnen, die der Meinung waren, es sollte „etwas“ oder „deutlich weniger“ Theorie während des Kurses behandelt werden, befanden sich fünf Personen der Version A und acht Personen der Version B unter dem errechneten Semesterdurchschnitt. Insgesamt fünfzehn StudentInnen hatten bei durchschnittlicher oder überdurchschnittlicher Leistung den Wunsch nach weniger Theorie im Unterricht.

## **4 Diskussion**

Obwohl die Kurs- und Unterrichtsevaluation in den letzten 15 Jahren an Bedeutung und öffentlichem Interesse zugenommen hat, gibt es dennoch nur wenige vergleichbare und veröffentlichte Evaluationen der Lehre an Universitäten (Webler, 1996). Die Tatsache, dass einheitliche Strukturen und standardisierte Messinstrumente fehlen, erschwert dieses Faktum noch zusätzlich. Es gibt einige Quellen, wie zum Beispiel eine Befragung der Studierenden bezüglich des psychiatrischen Praktikums in Kaufbeuren (Schneeweiß, Holzbach, 1990) oder die Evaluation eines Rechtsmedizin-Kurses in München (GFMA, 1991), die untereinander in Fragebogaufbau und -intension ähnlich sind.

### **4.1 Die Kursevaluation**

#### **4.1.1 Allgemein**

Der StudentInnenunterricht der Psychiatrie an der Universitätsklinik Hamburg Eppendorf besteht aus einer wöchentlichen Hauptvorlesung und einem im 5. klinischen Semester abgehaltenen drei Wochenstunden umfassenden Kurs, der von zwei DozentInnen parallel abgehalten wird. Der Kurs beinhaltet außerdem einen praktischen Teil, bei dem die Studierenden unabhängig von den Kurszeiten in Anwesenheit des Kursleiters ein Patientengespräch führen und einen psychiatrischen Befund erheben.

Im ganzen wurde der Psychiatriekurs der Universitätsklinik Hamburg Eppendorf des Sommersemesters 1997 von den Studierenden recht gut bewertet. Knapp 60% aller Teilnehmer gaben an, „etwas mehr“ bzw. „auf jeden Fall mehr“ Spaß an dem Kurs gehabt zu haben als an anderen universitären Veranstaltungen. Auch wurde die Kursbetreuung sehr gelobt. Immerhin waren nahezu 90% der Studierenden damit „sehr zufrieden“ oder „zufrieden“. Der hauptsächliche Lernerfolg (64%) sowie auch das Verständnis für

psychiatrisch erkrankte Menschen (69%) wurden nach Angaben der Studierenden vornehmlich während des Praktikums errungen.

Von manchen Autoren wird kritisiert (Barolin, 1996), dass Evaluationsergebnisse bedingt durch eine „gewisse Auslese“ oder auch „Positivauswahl“ zu gut bewertet werden. Des weiteren werde bei Zufriedenheitsbefragungen im allgemeinen eine starke Tendenz zu sehr positiven Ergebnissen vorgefunden (Aust, 1996; Daniel, 1996). Dieses ist selbstverständlich auch im vorliegenden Beispiel, trotz einer recht hohen Rückläuferquote von 72%, mit zu berücksichtigen. Des weiteren wird sie durch die bestehende vierstufige Skala durch den Wegfall des Mittelwertes verstärkt. Die guten Evaluationsergebnisse sollten nicht dazu verleiten, bestehende Fehler gar nicht erst aufzusuchen und anschließend auszumerzen.

#### **4.1.2 Lernverhalten**

Die Angaben über die Art und Weise, in der sich die Studierenden aktiv an dem Wissenszuwachs im Bereich der Psychiatrie beteiligten, waren enttäuschend. Während in der Untersuchung des Psychiatriepraktikums in Kaufbeuren (Schneeweiß, Holzbach, 1990) knapp 90% der Teilnehmer mehr als neun Mal die Hauptvorlesung besuchten und in Lübeck (Lencer et al., 1997) 55% häufiger als 15 Mal zur Psychiatrievorlesung den Hörsaal betraten, war mit 13 % der Studierenden, die häufiger als 8 Mal den Unterricht besuchten, die Beteiligung in Hamburg an der freiwilligen Vorlesung sehr gering. Die hohe Vorlesungsbeteiligung der Kaufbeurener Studierenden erklärt sich des weiteren dadurch, dass es sich um ein ausgewähltes Kollektiv handelt. Nur hoch motivierte StudentInnen entschlossen sich zu dem zeitaufwendigeren Blockpraktikum.

Die fehlende Motivation zur Eigeninitiative spiegelt sich in der Kursvorbereitung wider. Immerhin verzichteten 30% der Studierenden vollständig auf eine eigene Aufarbeitung der zu behandelnden Themen. Ein nur sehr geringer Anteil hielt es für nötig, ein Lehrbuch oder Kompendium durcharbeiten (jeweils 1 %). Ähnliche Ergebnisse finden sich in anderen Evaluationsstudien. Bei Jäger und Milbach (1994) standen „Gespräche mit Kommilitonen“

als einzige Praktikumvorbereitung deutlich im Vordergrund. Auch im Rahmen des Psychiatriepraktikums in Kaufbeuren beschränkte sich die individuelle Vorarbeit zumeist auf die „Bildung von Erwartungen auf die nahende Unterrichtseinheit“. Hier wird die schon durch Rindermann und Amelang (1994) aufgestellte These unterstützt, dass die Lehre aus Sicht der Studierenden vor allem ein passiver Vorgang ist. Dies lässt sich noch weiter durch den Fakt unterstreichen, dass die Studierenden sich in der vorliegenden Untersuchung trotz geringer Vorbereitungszeiten (Aufbereitung des theoretischen Hintergrundes in Heimarbeit) grundsätzlich mehr Theorie im Praktikum wünschen ( 73% „mehr“ oder „etwas mehr“). Der Lernstoff soll „angeliefert“ werden. Die Einrichtung von betreuten Studierzeiten könnte die eigenständige Aufarbeitung von Lernstoff eventuell fördern.

Zusätzlich scheint das Kollektiv der Hamburger Studierenden das Fach der Psychiatrie anderen medizinischen Fächern hintenanzustellen. Dieses schließt sich aus der Angabe von 49% der StudentInnen, die sich in anderen Fachbereichen länger vorbereiten. Desgleichen fand sich bei der Evaluation in Kaufbeuren, bei der die Evaluatoren feststellen mussten, dass „zwar ausgeprägtes individuelles Interesse“ besteht, welches jedoch „nicht mit dem Bemühen um Fachbildung korreliert“ (Schneeweiß, Holzbach, 1990).

Um den Studierenden gerecht zu werden, muss in Betracht gezogen werden, wie häufig das in der darauffolgenden Kursstunde zu behandelnde Krankheitsbild angekündigt wurde. Dieses ist bedauerlicherweise nur in 28% der Fälle „meistens“ oder „immer“ geschehen. Hier steht ein wesentlicher Aspekt im Bemühen um die Verbesserung des Kurses. Also muss von Seiten der Kursleiter vermehrt darauf geachtet werden, dass die Studierenden über das Thema der nächsten Unterrichtseinheit informiert werden. Eine Verbesserung des Informationsflusses ist deswegen vordringlich, da es sich zeigte, dass ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Ankündigung des Themenbereiches und der Dauer der Vorbereitung auf den Kurs besteht.

Auch haben persönliche Erfahrungen Einfluss auf die Motivation gegenüber eines Faches und somit auf das Lernverhalten. Aus diesem Grund wurde in Frage 5 („Welche der

genannten Vorkenntnisse haben Sie?“) auf die bestehenden Vorkenntnisse im medizinischen und psychiatrischen Bereich eingegangen. Im Vergleich mit der angewandten Vorbereitungszeit auf den Kurs bestand bei einer deutlich höheren Anzahl der StudentInnen, die in irgendeiner Weise von früheren Erfahrungen profitierten, eine durchschnittlich längere Vorbereitungszeit. Dieses war vordringlich bei denjenigen der Fall, die angaben, regelmäßig Fachliteratur zu lesen. Ebenso fand sich bei Studierenden mit einer fertigen Sanitäterausbildung oder denjenigen, die psychiatrisch ausgebildete Verwandte haben, eine längere Vorbereitungszeit verglichen mit der Allgemeinheit. Daraus lässt sich schließen, dass vorbestehende Kenntnisse, bzw. eine emotionale Verbundenheit eine höhere Motivation bedingen, woraus eine vermehrte Bereitschaft zur Kursvorbereitung folgt. Eine Förderung der Eigenmotivation, zum Beispiel durch Angebote von Hospitationstagen oder die Einrichtung Pflichtpraktikumstagen, wäre hier als Verbesserung der Arbeitseinstellung denkbar.

Interessant für die Bewertung der Effizienz des Lernverhaltens ist die Auswirkung der Vorbereitungszeit auf den objektivierbaren Lernzuwachs, der in der vorliegenden Arbeit durch den Klausurteil am Ende des Fragebogens erhoben wurde. Bei der Gegenüberstellung der Studierenden mit überdurchschnittlicher Punktzahl im Wissensteil und der Vorbereitungszeit ließ sich kein signifikanter Zusammenhang darstellen. Die Art der Vorbereitung schien in diesem Fall ebenfalls keine direkte Auswirkung auf die Klausurleistung zu haben. Im Kollektiv derer, die eine überdurchschnittliche Leistung im Wissensteil aufwiesen, war die Aufteilung der Vorbereitungsmodi vergleichbar mit dem Gesamtkollektiv. Selbiges ergab sich auch bei der Verteilung der Antworten gemäß der jeweils angegebenen Weise der Vorbereitung. Die durchschnittlich erreichte Punktzahl der einzelnen, nach der Vorbereitungszeit aufgeteilten Gruppen entsprach der der Allgemeinheit. Diese Tatsache erstaunt, da eine erhöhte Punktzahl zumindest nach ausgiebiger Vorbereitung mit der „Schwarzen Reihe“ erwartet wurde. Das Lernen mit der „Schwarzen Reihe“ soll schließlich neben dem Wissen ebenfalls den Umgang mit Multiple-Choice-Fragen trainieren. Da jedoch nicht von einer intensiven, ausdrücklichen Kursvorbereitung auszugehen war (die Punktzahl im Wissensteil war nicht relevant für den

Erhalt des Scheines), fällt der Trainingseffekt, der die Grundlage des Lernens mit der „Schwarzen Reihe“ bildet, weg.

In diesem Zusammenhang sollte erwähnt werden, dass grundsätzlich kein messbarer Wissenszuwachs nachzuweisen war. Dies entspricht in keiner Weise den Erwartungen und muss mit einem großen Maß an Skepsis begutachtet werden. Es ist möglich, dass die Fehlerquelle im Bereich des Fragebogens liegt. Da aus dem Wissensteil des Fragebogens Version B im Nachhinein noch Fragen gestrichen werden mussten, ist das Ergebnis nicht mehr vollständig auswertbar. Des weiteren bestanden sicherlich gewisse Unterschiede im Schwierigkeitsgrad beider Fragebogenversionen, obwohl in der Fragenauswahl auf Ähnlichkeit von Inhalt und Schweregrad geachtet wurde. Bei weiteren Untersuchungen wird eine genauere Aufarbeitung des Wissensbogens folgen müssen. Zu überlegen wäre, nur eine Version an Wissensfragen anzubieten (im Gegensatz zu einer Version A und B), da nur so sämtliche Ergebnisse zu vergleichen sind. In diesem Fall würde jedoch der Aspekt der Fragenwiederholung zum Tragen kommen. Es wäre des weiteren zu bedenken, ob durch offene Fragestellungen die praxisfernen IMPP-Fragen gemieden werden würden und man dem Erhebungsziel eher gerecht würde.

#### **4.1.3 Lernerfolg**

Die Einschätzung des eigenen Lernerfolges von Seiten der Studierenden war recht gering. Dieses steht im Gegensatz zur insgesamt positiv beurteilten Allgemeinbewertung des Kurses, der laut Fragebogenauswertung der Frage 33 („In welcher Phase war Ihr Lernerfolg am höchsten?“) die Quelle des größten Wissenszuwachses ist. Bei einem Mittelwert von 2,5 empfanden die Studierenden den eingeschätzten Lernerfolg als eher durchschnittlich. Auch bei den speziellen Fragen zum Verständnis der einzelnen Fertigkeiten zeigt sich eher eine durchschnittliche Einschätzung. Während die Bereiche der „Patientenführung“, „Befunderhebung“ und „Behandlung von Suchterkrankungen“ die Ergebnisse der Frage 33 (durchschnittlicher Lernerfolg) widerspiegeln, finden sich deutliche Diskrepanzen zu den Fähigkeiten der Führung eines Patientengesprächs. Hier schätzten die Studierenden ihr

hinzugewonnenes Wissen vorwiegend als groß ein. Die in der von der GFMA (1990) im Rahmen der Evaluation eines Rechtsmedizinkurses aufgestellte Hypothese, dass der subjektive Lernerfolg eng mit der Einschätzung der eigenen Kenntnisse und Fähigkeiten verknüpft sei, lässt sich hier also bestätigen. Bei dieser Erhebung fanden sich ebenfalls Parallelen zwischen eingeschätzten Fähigkeiten und Lernerfolg.

Während in der Evaluation des Psychiatriepraktikums in Hamburg das Erlernen der „Befunderhebung“, „Patientenführung“ und des „Gesprächs mit Patienten“ als überwiegend durchschnittlich beurteilt wurden, so fielen die Ergebnisse bei der Frage nach dem Umgang mit Suizidalen als „weniger gut“ oder sogar „schlecht“ aus. Die Befragten gaben große Defizite im Umgang mit diesem Patientenkollektiv an. Dieses Stoffgebiet gehört nach den Angaben in Frage 9 ("Welche Themenbereiche wurden besprochen?") zu den weniger häufig besprochenen Inhalten. Dies könnte eine Erklärung für die Unsicherheit der StudentInnen mit suizidalen Patienten sein. Eine weitere Begründung wäre in der Tatsache zu finden, dass die Auseinandersetzung mit dem Suizid im allgemeinen Angst und Beklommenheit auslöst und somit der erwartete Lernerfolg ausbleibt. Es wäre bei weiteren Untersuchungen interessant, neben Fragen nach abstrakten Fähigkeiten, wie z.B. Gesprächs- und Patientenführung, vermehrt die Eignung zum Umgang mit konkreten Krankheitsbildern abzufragen. Es ist in Betracht zu ziehen, ob nicht die Konfrontation mit tatsächlichen Krankheiten eher eine Unsicherheit nach sich zieht und somit in diesem Fall die „schlechtere“ Beantwortung der Frage bedingt. Ähnliche Ergebnisse zeigten sich bei der Evaluation des psychiatrischen Praktikums in Kaufbeuren im Sommersemester 1990 (Schneeweiß, Holbach, 1990).

Wertet man aus, wie häufig die Wissensfrage zum Thema Suizidalität richtig beantwortet wurde, so zeigt sich, dass keiner der Befragten, der seinen Wissenszuwachs auf diesem Gebiet als „gut“ oder „sehr gut“ bezeichnete, die Frage richtig gelöst hatte. Hier stellt sich nun die Frage, inwieweit der persönliche Lernerfolg von den Studierenden anders definiert wird, als dies über Wissensfragen messbar ist (Rosemann, Schweer, 1996). Es geht also um in Klausuren nicht messbare Fähigkeiten, die stark in den Aspekt des subjektiven

Lernerfolges mit einspielen. In diesem Zusammenhang lassen sich zum Beispiel die Antworten der Frage 34 des Münchener Evaluationsbogens nennen, die das Maß erfragte, nach dem die Studierenden den Umgang bzw. die Arbeit mit Patienten erlernt hatten. Hier gaben 69 % der Befragten „viel“, bzw. „sehr viel“ an.

Im Gegensatz zu den Ergebnissen von Rosemann und Schweer besteht bei der vorliegenden Untersuchung ein Zusammenhang zwischen dem im Klausurteil erhobenen Wissen und der Einschätzung des Wissenszuwachses. Auch beim Hinzuziehen der Frage, bei der die Befragten die praktische Verwendbarkeit (Patientenarbeit im Allgemeinen) des Gelernten angeben sollten, ließen sich Parallelen ziehen. Dieses entsprach auch am ehesten den Erwartungen, da davon auszugehen war, dass Studierende mit einer positiven Wahrnehmung der Lehrsituation durch vermehrte Aufmerksamkeit auch höhere objektive messbare Ergebnisse erbringen.

Darf man davon ausgehen, dass bei den Studierenden ein Bedarf an Wissenszuwachs besteht, wäre folgender Umkehrschluss denkbar: Jene Studierende, die eine geringe Punktzahl bei der Klausur haben, waren sich dem geringen Lernzuwachs bewusst und wünschten sich in Folge dessen vermehrt Theorie im Rahmen des Praktikums. Dieses ließ sich nicht bestätigen. Auch wenn alles in allem vermehrt Theorie erbeten wurde, war dieses auf das ganze StudentInnenkollektiv gleichmäßig verteilt.

Insgesamt fühlten sich die Studierenden eher „weniger gut“ auf ein PJ-Tertial in der Psychiatrie im Rahmen des Praktischen Jahres vorbereitet. Dieses ist nachvollziehbar, wenn man in Betracht zieht, dass ein Großteil der Studierenden angab, Schwierigkeiten im schriftlichen Teil einer Befunderhebung zu haben, und nicht wenige zusätzlich Hindernisse auch im praktischen Teil sehen. Demgegenüber stehen jedoch nur wenige (5%), die ausschließlich im praktischen Teil Schwierigkeiten haben. Während sich letztere Ergebnisse mit denen der Evaluation in Kaufbeuren (Schneeweiß, Holzbach, 1990) decken, so fühlen sich die StudentInnen aus Kaufbeuren insgesamt besser auf die Aufgaben des Praktischen Jahres vorbereitet.

Dieses ist nicht weiter verwunderlich, wenn man bedenkt, dass die Kursstruktur beider evaluierten Veranstaltungen völlig verschieden ist. Dadurch, dass die Studierenden in Kaufbeuren im Rahmen eines Blockpraktikums am Stationsalltag teilnahmen, waren ihnen die Aufgaben des praktischen Jahres bereits bekannt und sie fühlten sich somit besser darauf vorbereitet. An dieser Stelle sei zu diskutieren, ob tatsächlich eine bessere Vorbereitung besteht, da die Studierenden im gleichen Maße Schwierigkeiten bei der Erhebung eines schriftlichen und mündlichen Befundes sahen, wie diejenigen der vorliegenden Untersuchung. Es ist möglich, dass den Studierenden durch Teilnahme am Klinikalltag Berührungängste mit der Psychiatrie verloren und ihnen damit die Angst vor dem Unbekannten genommen wurde.

Wie aus diesen Daten ersichtlich wird, besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Häufigkeit der Befunderhebung und der subjektiven PJ – Vorbereitung. Diejenigen, die häufiger die Möglichkeit hatten, eigenständig ein Patientengespräch zu führen und einen psychiatrischen Befund zu erheben, fühlten sich auch besser auf das Wahlfach „Psychiatrie“ im Rahmen des Praktischen Jahres vorbereitet. Ein Zusammenhang mit der Zeitdauer des jeweiligen Patientengesprächs ließ sich nicht nachweisen. Als Konsequenz sollte das Bemühen verstärkt werden, den Studierenden möglichst häufig Patientenkontakt mit Möglichkeit der Eigeninitiative anzubieten.

Der subjektiv erhobene Lernerfolg, der sich aus den Patientengesprächen ergab, wird dadurch unterstrichen, dass von den Studierenden insgesamt mehr Praxis im Rahmen des Kurses gewünscht wurde. Wie zu erwarten war, lassen sich Parallelen ziehen zwischen der Häufigkeit der eigenen Befunderhebung und dem Wunsch nach mehr Praxis im Rahmen des Kurses. Dabei bestehen keine Unterschiede zwischen den Angaben der StudentInnen, die einen Befund erhoben und denjenigen, denen diese Möglichkeit verwehrt blieb. Demgegenüber lassen sich die Studierenden deutlich abgrenzen, die häufiger als einmal den intensiven Patientenkontakt erlebt hatten. Für die Zukunft sollte dieses bedeuten, dass es im Rahmen des Kurses angestrebt werden sollte, den Studierenden so häufig wie

möglich die Möglichkeit zu bieten, einen Befund zu erheben. Dieses sollte mindestens zweimal gegeben sein.

## 4.2 Einstellung gegenüber psychiatrisch erkrankten Menschen

Neben medizinischen Fähigkeiten ist die Einstellung zur Psychiatrie ein wesentlicher Faktor für gutes ärztliches Handeln. Dieses bezieht sich nicht ausschließlich auf diejenigen Kollegen, die sich auf den Fachbereich der Psychiatrie oder Psychotherapie spezialisieren wollen. Ebenso ist es für den allgemein praktizierenden oder anderweitig spezialisierten Arzt von Bedeutung. Ein angemessener Umgang mit psychiatrischen Patienten sowie auch die rechtzeitige Überweisung in entsprechende Zentren ist nur bei einer vorurteilsfreien, ausgeglichenen Einstellung möglich.

Die Verknüpfung der Kursevaluation mit einer Einstellungserhebung erfolgte mit dem Gedanken, dass „ein durchdachter und motivierender Unterricht (...) sowohl zu einem zunehmenden Interesse (...) als auch zu einer positiveren Einstellung zur Psychiatrie führen“ kann (Strebel et al., 2000). Eine Auswertung im Vergleich mit der Literatur war durch die Bedingung erschwert, dass nur wenig deutschsprachige Veröffentlichungen zu diesem Thema bestehen. Trotz der Vielzahl im angelsächsischen Bereich veröffentlichten Untersuchungen sind diese nicht ohne weiteres auf deutsche Studierende übertragbar.

Im Vergleich der vorliegenden Arbeit mit der Befragung der Münchener Bevölkerung zur Einstellung gegenüber der Psychiatrie fanden sich einige deutliche Unterschiede. Alles in allem hatte die Hamburger MedizinstudentInnen eine erhöhte Bereitschaft, ein Urteil über psychiatrisch erkrankte Menschen zu leisten. Zu einem vergleichbaren Ergebnis waren die Initiatoren der Münchener Studie gekommen. Menschen aus sozialen Berufen hatten ein anderes Antwortverhalten, wenn es um die Beurteilung psychiatrisch erkrankter Personen ging, als die Durchschnittsbevölkerung (Fuchs et al., 1989). Diese Tatsache wurde

weiterhin dadurch unterstrichen, dass innerhalb des selben StudentInnenkollektives nach dem Kurs ein Antwortverhalten bestand, dass als „sicherer“ bezeichnet werden könnte. Die Studierenden zeigten eine häufigere positivere Beantwortung der Fragen, in denen es z.B. um Eigenschaften psychiatrisch Erkrankter oder Ursachen einer psychiatrischer Erkrankung ging. Hier scheinen die Studierenden, durch vermehrten Kontakt mit entsprechenden Patienten, eine klarere Vorstellung derselben zu haben.

Der in Hamburg verwendete Fragebogen zur Einstellung gegenüber psychiatrisch Erkrankten gliederte sich in vier Teilaspekte. Im ersten Abschnitt ging es um die Beurteilung des psychiatrisch erkrankten Menschen im Allgemeinen. Es wurde deutlich, dass die StudentInnen bei jenen Bemerkungen, die vorurteilsbeladen waren, nach dem Kurs zu mehr Zurückhaltung neigten. So ergab die Aussage, dass psychiatrisch Erkrankte besser keine Familie gründen sollten, am Ende des Kurses eine etwas differenziertere Beantwortung. Die Möglichkeiten „stimmt nicht“ und „stimmt voll“ wurden seltener gewählt. Der errechnete Durchschnitt zeigt, dass den Patienten nach dem Kurs von Seiten der Studierenden eine Familienplanung eher zugesprochen wird.

Die Befragung ergab des weiteren eine etwas verbesserte Ansicht gegenüber des Stellenwertes der Psychiatrie. Wenn auch noch weit von der Realität entfernt, so sagen die Studierenden nach dem Kurs, dass die Aussagen „Ein psychisch Kranker braucht weniger die Medizin, als den Mitmenschen“ und „Es kommt durchaus vor, dass Menschen zu Unrecht in die Psychiatrie eingewiesen werden“, eher nicht zutreffen. Auch durch die merkliche Verstärkung der Zustimmung, dass ein suizidaler Patient eine psychiatrische Behandlung bedarf, wird deutlich, dass die Wichtigkeit dieses Fachbereiches klarer erkannt wurde.

Im Bereich der Beurteilung vom „psychiatrischen Patienten“ erwiesen sich die Ergebnisse als eher enttäuschend. Während eine Veränderung in Richtung eines realistischeren Bildes erwartet wurde, ergaben die Ergebnisse eher eine Zunahme der Vorurteile. Obwohl bei psychiatrisch kranken Menschen meist die gesunden Teile überwiegen, schätzten die Studierenden diese nach dem Kontakt im Kurs eher als „verrückt“ ein. Auch die Vorurteile

der Unzurechnungsfähigkeit, Gehemmtheit und Aggressivität wurden vermehrt bestätigt. Eine Erklärung hierfür sehe ich in dem durch das Praktikum nur eingeschränkt gegebenen Einblick in das Fach Psychiatrie. Die für das ungeschulte Auge zunächst ungewöhnlichen Erkrankungsbilder konnten durch die kurze Kontaktzeit vom Studierenden noch nicht verstanden und interpretiert werden. Das Auge wird zunächst nur auf die ungewöhnlichen Eigenschaften gelenkt und die normalen Eigenschaften werden vernachlässigt. Daraus folgt eher eine Verunsicherung und Zunahme der Vorurteile.

### 4.3 Konklusion

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass trotz einer allgemeinen Zufriedenheit über den Kurs noch gewisse Mängel bestehen, die zu beheben wären. Obwohl der bestehende Wissenszuwachs von den Studierenden hauptsächlich auf den Kurs zurückgeführt wurde, war dies nicht objektiv messbar. Das stellt ein eher enttäuschendes Ergebnis dar. Da jedoch gerade im Bereich der Psychiatrie diverse „nicht nachweisbare“ Lerneffekte bestehen (z.B. Gesprächsführung, Sicherheit im Umgang mit psychiatrisch erkrankten Patienten), sollte man von der Tatsache der schlechten Klausurergebnisse nicht dazu verleitet werden, das Psychiatriepraktikum als grundsätzlich schlecht zu bewerten. Will man eine extreme Position einnehmen, so lässt sich diskutieren, wie viel an tatsächlichem Wissen im Rahmen eines solchen Praktikums erlangt werden kann. Zumeist wird lediglich das Auge des Teilnehmers geschult und so eine erhöhte Bereitschaft zur Wissensaufnahme bei erneutem Kontakt mit ähnlichen Themenbereichen initiiert. Ein jeder wird bei kritischer Überlegung feststellen, dass der Großteil des bestehenden Wissens im Rahmen einer mehrjährigen Praxiserfahrung erlangt wurde. Will man demgegenüber die hier erlangten Ergebnisse des Wissensteiles mit Klausurergebnissen anderer Fachbereiche vergleichen, so müsste man auch die Bedingungen angleichen. Würde zum Beispiel das Erlangen einer bestimmten Punktzahl für den Scheinerhalt relevant werden, so hätte sicherlich eine intensivere Vorbereitung der Studierenden stattgefunden. Durch ein ausgiebiges Erarbeiten des Stoffgebietes wäre auch die Beantwortung von relativ speziellen Fragen möglich gewesen. In diesem Fall wäre jedoch nicht der Lernzuwachs durch die Qualität des Kurses gemessen worden, sondern lediglich durch den Fleiß der Studierenden. Eine neue Herangehensweise zu diesem Thema wäre eventuell die Verwendung von relativ einfachen Fragen, die in offener Weise zu beantworten wären. Hier würde sicherlich der Zuwachs an durch den Kurs erlangtem Wissen deutlich messbarer werden.

Um tatsächlich eine gute und statistisch valide Auswertung und somit eine bessere Aussage zu ermöglichen, wäre in Zukunft eine Änderung der Methodik empfehlenswert.

Im Vorfeld der Arbeit wurden im Rahmen von Teilnehmergegesprächen Ängste sowohl der durchführenden Personen als auch der Studierenden angedeutet. Die Kursleiter äußerten Bedenken, diese Erhebung würde Auswirkungen auf ihr berufliches Fortkommen haben. Bei den StudentInnen stand eher die Befürchtung im Vordergrund, ihre Kursbescheinigung nicht zu erhalten. Aufgrund dieser Unsicherheiten wurde die Befragung vollkommen anonym durchgeführt. Dies bedingte, dass ein Fehlen einzelner Studierender stattfinden konnte und die Teilnahme an der Befragung nicht nachvollziehbar war. Eine „zu positive“ Bewertung durch Fehlen derjenigen, die sowieso ein geringeres Interesse am Kurs haben, würde durch eine konsequente Pflichtklausur wegfallen. Des Weiteren fehlte in diesem Fall die Möglichkeit der direkten Verknüpfung einzelner Aspekte. Dieses belief sich zum Beispiel auf den Wissenszuwachs des einzelnen oder Einstellungsänderungen einzelner Personen in Bezug auf die Kursbeurteilung.

Als Konsequenz aus den Ergebnissen müsste selbstverständlich die vermehrte Integration von praktischen Elementen in den Studentenunterricht erfolgen. Dieses ergibt sich vor allem aus dem ausdrücklich geäußerten Wunsch danach im Rahmen des Fragebogens der vorliegenden Arbeit. Die Studierenden mit mehr praktischer Erfahrung fühlten sich besser auf die spätere Arbeit (wenn auch hier nur als Praktisches Jahr klassifiziert) vorbereitet. Erstaunlicherweise erfolgte nicht immer die selbständige Befunderhebung durch Studierende. Dieses mag zwar vereinzelt dadurch bedingt sein, dass sich der/die StudentIn bei mangelndem Interesse oder Angst vor der Konfrontation „erfolgreich davor gedrückt“ hat. Insgesamt zeugt es jedoch eher davon, dass in einigen Fällen der Unterrichtsleitlinie, die vor dem Kurs den Dozenten ausgehändigt worden war, nicht Folge geleistet wurde. Der Ursache hierfür muss näher nachgegangen werden. Eine Möglichkeit wäre, dass bekanntermaßen die Arbeitsbelastung in großen Klinikbetrieben ohnehin schon groß ist und die Eigenmotivation zur Einbringung von Zeit und Energie in den Unterricht von Seiten der Ärzte nicht ausreichend gegeben ist (vgl. 1.2. der Einleitung: „Mögliche Ursachen schlechter Lehre“).

Ebenso könnte man durch eine weitere kleine Maßnahme den Unterricht verbessern. Wie die vorliegenden Ergebnisse zeigen, bestand nach Vorankündigung des Themas der nächsten Unterrichtseinheit eine deutlich höhere Vorbereitungszeit. Auch wenn sich in dieser Arbeit kein objektiver Lernzuwachs im Sinne eines guten Klausurergebnisses ergab, so kann man davon ausgehen, dass sich ausgiebige Vorbereitung positiv auf das Ergebnis eines Kurses auswirkt.

Um den Ansprüchen einer Prozessevaluation zu genügen, müssen nicht zuletzt die Evaluationen regelmäßig nach jeder Kursveranstaltung durchgeführt und ausgewertet werden. Ebenso ist der Sinn einer Evaluation erst durch Umsetzung der Ergebnisse im Sinne einer positiven Veränderung erfüllt.

## **5 Zusammenfassung:**

Seit geraumer Zeit ist die Aufmerksamkeit der Bevölkerung verstärkt der Hochschullehre zugewandt. Sowohl in der Öffentlichkeit als auch in wissenschaftlichen Kreisen wird die mangelhafte Qualität der Lehre kritisiert. Mögliche Ursachen liegen in nur unzureichend erfahrenen Ausbildern, mangelnder Übungsmöglichkeit und zu wenig klinischer Erfahrung. Des Weiteren kommt geringe Motivation der Lehrpersonen in Betracht. Diese stützt sich vor allem auf die Befürchtung, nur Forschung sei ausschlaggebend für den beruflichen Aufstieg.

Voranstehende Umstände führten dazu, eine Evaluation des psychiatrischen Pflichtpraktikums am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf durchzuführen. Im Sommersemester 1997 wurden insgesamt 218 Studierende gebeten, jeweils zu Beginn und zum Schluss des Psychatriekurses einen Fragebogen auszufüllen. Dieser bestand aus einem Abschnitt zur Kursevaluation, einen zur Überprüfung der Einstellung der Studierenden gegenüber psychiatrischen Patienten und einen Abschnitt mit Wissensfragen. Einstellungs- und Wissensfragebogen wurden je zu Anfang und zum Ende des Kurses ausgeteilt, den Evaluationsbogen erhielten die StudentInnen nur zum Ende des Semesters. Der Wissensbogen bestand aus einer A- und einer B-Version, die jeweils versetzt zu Beginn und Ende des Semesters an die Gruppen 1-12 und 13- 24 ausgehändigt wurden.

Die Daten wurden in SPSS-Dateien übertragen und statistisch ausgewertet. Zu Anfang des Semesters wurden 132 Formulare und am Ende des Semesters 157 Fragebögen ausgefüllt zurückerhalten.

Das Pflichtpraktikum der Psychiatrie wurde von den Studierenden des Sommersemesters 1997 insgesamt als gut bewertet. Der hauptsächliche Lernerfolg sowie auch das Verständnis für psychiatrische Patienten wurden nach Angaben der Studierenden vornehmlich während des Praktikums errungen. Die Studierenden zeigten keine große Eigenmotivation zur Kursvorbereitung. Nur 13% besuchten mehr als acht Mal die freiwillige Vorlesung, 30% verzichteten komplett auf eine Vorbereitung des folgenden

Kursthemas, z.B. durch das Lesen von Lehrbüchern oder Kompendien. Da sich im Rahmen der Arbeit ein signifikanter Zusammenhang zwischen Vorbereitungszeit und Ankündigung des zu besprechenden Themas darstellte, kann die mangelnde Bereitschaft zur Vorbereitung mitunter hierdurch erklären lassen. Vorbestehende Kenntnisse oder emotionale Bindung erhöhen weiterhin die Eigeninitiative zum Lernen. Eine Lernbereitschaft zeigte sich jedoch deutlich durch den geäußerten Wunsch nach vermehrter Theoriebearbeitung im Rahmen des Praktikums.

Der durch den Wissensteil des Fragebogens erhobene, objektive Lernerfolg ergab keinen messbaren Wissenszuwachs. Dieses wurde vorwiegend dem Fragebogenkonzept zugrundegelegt, welches in eventuell folgenden Evaluationen gründlich überdacht werden müsste.

Der empfundene Lernerfolg wurde von den Studierenden als durchschnittlich angegeben. Eine Ausnahme machte hier das Erlernen des Umganges mit suizidalen PatientInnen. Dieser Themenbereich wurde laut Fragebogen insgesamt eher selten behandelt und birgt des weiteren eine starke emotionale Verunsicherung, was beides Einfluss auf die mangelnde Kompetenz genommen haben könnte.

Mit der Kursevaluation wurde eine Erhebung der Einstellung gegenüber psychiatrischen Patienten durchgeführt. Dieses geschah, da erwartet wurde, durch guten Unterricht ein positiveres, offeneres Bild psychiatrisch erkrankter Patienten zu entwickeln. Im Vergleich mit einer ähnlichen Befragung der Münchener Bevölkerung zeigten die Hamburger MedizinstudentInnen eine höhere Bereitschaft, ein Urteil über psychiatrisch erkrankte Menschen zu leisten. Die Ergebnisse spiegelten einen Rückgang der Vorurteile im Bereich die Psychiatrie und den psychiatrischen Patienten im Allgemeinen wider. Lediglich bei den Fragen über die Eigenschaften der psychiatrischen Patienten stellten sich nach der Befragung mehr Vorurteile dar. Dieses lässt sich durch den zu kurzen Kontakt mit den Patienten erklären, in dem den Studierenden nicht ausreichend Möglichkeit gegeben werden konnte, neben dem Krankheitsbild ebenfalls die „normalen“ Eigenschaften des Kranken zu erkennen.

Abschließend lässt sich feststellen, dass die Studierenden den Kurs als gut bewertet haben. Verbesserungsmöglichkeiten bestehen in einer konsequenten Ankündigung des folgenden Kursthemas und die vermehrte Integration von praktischen Elementen in den Studentenunterricht. Um den Richtlinien einer Prozessevaluation zu folgen, müssten sich erneute Evaluationsmaßnahmen anschließen. Eine erneute Überarbeitung der Methodik, um eine direkte Zuordnung der einzelnen Stichproben möglich zu machen, und des Wissensbogens wären hierbei empfehlenswert.

## 6 Literaturverzeichnis :

- Aust, B. (1994): Zufriedene Patienten? Eine Diskussion von Zufriedenheitsuntersuchungen in der gesundheitlichen Versorgung. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Berlin
- Barolin, Gerhard S. (1996): Die medizinische Lehre – ein österreichisches Notstandsgebiet. Zeitschrift für Hochschuldidaktik 1-2
- Bichler, K.-H., Mattauch, W., Kalchthaler, M. (1993): Notwendige Maßnahmen zur Verbesserung des Medizinstudiums. Deutsches Ärzteblatt 12/ 90:B 621 – 623
- Bochnik, H.-J., Georgi, K., Spranger, J. (1987): Ausbildungsnotstand in der Medizin: Beispiel Psychiatrie und Pädiatrie. Deutsches Ärzteblatt 19/ 84:B 905 – 908
- Bove, D.A. (1987): Einstellung und Einstellungsänderung gegenüber psychisch Kranken bei Krankenpflegeschülerinnen und –schülern zu Beginn und nach Abschluss eines Psychiatrie-Praktikums. Dissertation an der Ludwig-Maximilian-Universität, München
- Der große Brockhaus (1952), Fa. Brockhaus, Wiesbaden
- Cashin, W.E. (1988): Student ratings of teaching: A summary of the research. Manhattan, Kansas:Center for Faculty Evaluation and Development Kansas State University
- Cashin, W.E., Downey, R.G. (1992): Using global student rating items for summative evaluation. Journal of educational Psychology 84; 563 – 572
- Clade, H. (1993): Neuordnung des Medizinstudiums: Mehr Praxisbezug angesagt. Deutsches Ärzteblatt 24/ 90:B 1269 – 1270
- Csanyi, G.S., März, R. (1996): Evaluation der Lehre an der Medizinischen Fakultät der Universität Wien (ELM - Projektantrag). Zeitschrift f. Hochschuldidaktik 1/ 2; 77 – 99
- Daniel, H.D. (1996): Evaluierung der universitären Lehre durch Studenten und Absolventen. Zeitschrift f. Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie 2; 149 – 164

- Eitel, F. (1992): Positionspapier zur Reform der medizinischen Ausbildung. Klinikum Innenstadt, Chirurgische Klinik; Ludwig Maximilians Universität München
- Eitel, F. (1994): Wege zur Reform der Unterrichtsorganisation. Medizinische Ausbildung 11/2:122-137
- Eitel, F. (1996): Qualitätsmanagement des Medizinunterrichtes. Zeitschrift f. Hochschuldidaktik 1/ 2 18 – 28
- Eitel, F. (1998): Evidenz basiertes Lernen. Medizinische Ausbildung 15/ 2, 101 - 112
- Fisseni, H.J.(1990): Lehrbuch der psychologischen Diagnostik. Verlag für Psychologie, Göttingen
- Fuchs, M.; Lamnek, S.; Tretter, F. (1989): Psychisch Kranke und Psychiatrie im Meinungsbild der Münchener. Eigenverlag, München
- GFMA (Gesellschaft zur Förderung medizinische Ausbildung e.V.)(1991): Evaluationsbericht Kursvorlesung Rechtsmedizin an dem Institut für Rechtsmedizin der Universität München Wintersemester 90/91, Eigenverlag, München
- Gnuschka, A. (1981): Sinn und Unsinn von Evaluation. Universitätszeitung Münster
- Habeck, D. (1982): The current state of medical education in the Federal Republic of Germany and some of its problems. Medical Education 16, 345 – 351
- Harvey, L., Green, D. (1993): Quality assurance in higher Education in the UK: Current Situation and Issues. Manuskript
- Holzbach, R., Salchegger, S., Prößl, A., Müller, C., Wachsmann, B. (1991): Die Reform des Unterrichts an der chirurgischen Klinik Innenstadt aus studentischer Sicht. In: Neue Lern- und Lehrreformen im Medizinstudium (Inhalts-AG und Planungsgruppe Reformstudiengang Medizin) 99- 100, Eigenverlag, Berlin
- IMPP; GK 3, Herbst 1993/Frühjahr 1994; Chapman & Hall , Mainz
- Jandl-Jäger, E., Gerhardter, G. (1994): Ausgangslage, Methoden und Probleme der Evaluation. Zeitschrift für Hochschuldidaktik 3/ 4, 325 – 336

- Jones, R.F., Froom, J.D. (1994): Faculty and administration views of problems in faculty evaluation. *Academic Medicine* 69/ 6, 476 – 483
- Kochen, M., Brandlmeier, P., Hoheisl, P., v. Kutzschenbach, P. Lührs, M., Pillau, H., Hasford, J. (1989): Unterricht in Allgemeinmedizin: Eine Befragung unter Münchener Medizinstudenten. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 65, 332 – 334
- Köpke, A. (1994): Von der Evaluation zum Lehrdiskurs - zu Struktur, Inhalt und Perspektive der Diskussion um Evaluation. *Zeitschrift für Hochschuldidaktik* 3/ 4, 311 – 324
- Kromrey, H. (1993): Lehrevaluation darf nicht auf Umfragen reduziert werden. Zur Aussagekraft von Lehrveranstaltungsbefragungen. *Mitteilungen des Hochschulverbandes* 4, 268 – 271
- Lencer, R., Machow, C.P.; Dilling, H. (1997): Qualitätssicherung in der Lehre am Beispiel der Vorlesung und Kasuistik im Fach Psychiatrie. *Medizinische Ausbildung* 15/ 2, 101 - 112
- Marsch, H.W. (1984): Students' evaluation of university teaching: dimensionality, reliability, validity, potential biases and utility. *Journal of educational Psychology* 76, 707 – 754
- Meyers Lexikon in drei Bänden (1995), Bibliographisches Institut & F.A. Brockhaus AG; Mannheim
- McKeachie, W.J. (1978): *Teaching Tips, A guidebook for the beginning college teacher.* D.C. Health and Company, Lexington
- Mußnug, R. (1992): Gefährden Lehrevaluationen die Freiheit der Wissenschaft? *Mitteilungen des Hochschulverbandes* 4, 253 – 256
- Neumann, D., Voigtmann, K. (1995): *Hochschulen im Vergleich, eine Analyse der schriftlichen Ergebnisse der Ärztlichen Vorprüfung 1984 bis 1991.* Deutsches Ärzteblatt 5/ 92: B 1992 - 1996

- Reiser, S.J. (1995): Linking excellence in teaching to departments' budgets. *Academic Medicine* 70/ 4, 272 – 275
- Rindermann, H., Amelang, M. (1994): Entwicklung und Erprobung eines Fragebogens zur studentischen Veranstaltungsevaluation. *Empirische Pädagogik* 8/ 2, 131 – 151
- Rindermann, H. (1996): Zur Qualität studentischer Lehrveranstaltungsevaluation: Eine Antwort auf die Kritik an der Lehrevaluation. *Zeitschrift für Pädagogische Psychologie* 10 (3/4), 129 – 145
- Rindermann, H. (1996): Untersuchungen zur Brauchbarkeit studentischer Lehrevaluation: Analysen der Validität und zur Auswirkung ihres Einsatzes anhand des Heidelberger Inventares zur Lehrveranstaltungs - Evaluation (HILVE). *Empirische Pädagogik*
- Rosemann, B., Schweer, M. (1996): Evaluation universitärer Lehre und Wissenszuwachs bei den Studierenden. *Zeitschrift für Pädagogische Psychologie* 10 (3/4), 175 - 180
- R.St. (1987): Ärztliche Ausbildung in Deutschland: Vernichtendes Urteil der Experten. *Medical Tribune* 44, 37 - 38
- Schleicher, M. (1997): Die ärztliche Ausbildung in der Bundesrepublik Deutschland. *Deutsches Ärzteblatt* 14/ 94: B, 729 – 734
- Schneeweiß, B., Holzbach, R. (1990): Evaluationsbericht Psychiatrisches Blockpraktikum im BZK Kaufbeuren Sommersemester 1990. Hrsg.: AK – Praktika, Eigenverlag, München
- Sohr, S. (1993): Studentische Evaluation: ein geistiger Schilbürgerstreich? In: Berendt, B., Stanley, J. (Hrsg.): *Evaluation zur Verbesserung der Lehre und weitere Maßnahmen.* Weinheim, Deutscher Studienverlag
- Strebel, B., Obladen, M., Lehmann, E.; Gaebel, W. (2000): Einstellung von Studierenden der Medizin zur Psychiatrie. *Der Nervenarzt* 3/ 71:205 - 212

Striegel, S. (1994): Gesamtnote: zwei minus. Die Evaluierung der Lehre durch Studierende stößt auf Kritik. Unispiegel Heidelberg, 1

Süllwold, F. (1992): Universitäre Lehre: Welche Realität wird bei der Beurteilung von Hochschullehrern durch Studierende erfaßt? Mitteilungen des Hochschulverbandes, 40 , 34 – 35

Webler, W.-D. (1996): Qualitätssicherung in Lehre und Studium an deutschen Hochschulen. Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie 2, 119 – 148

## **7 Anhang:**

### 7.1 Der Einstellungsfragebogen

Gruppennr.:.....

Kurs Psychiatrie UKE

Bogennr.:.....

## 1 Einstellung zur Psychiatrie

Dieser Fragebogen soll die Einstellung von MedizinstudentInnen zur Psychiatrie messen.

Der Fragebogen besteht aus vier Teilen: „Der psychiatrisch Kranke“, „Die psychische Krankheit“, „Die Aufgaben der Psychiatrie“ und „Behandlungsmethoden in der Psychiatrie“.

Denken Sie **nicht** daran, wie Ihr Verhältnis zur Psychiatrie sein sollte, sondern wie Sie **momentan** empfinden. Diese spontane Einschätzung erreichen Sie am besten, wenn Sie den Fragebogen zügig durcharbeiten.

Falls nicht anders angegeben pro Frage ein Kreuz, wobei nur eindeutige Markierungen berücksichtigt werden!

### Fragen zu „Der psychisch Kranke“

Es folgen einige Sätze in bezug auf psychisch Kranke, denen Sie zustimmen können oder nicht. „Richtige Antworten“ gibt es nicht. Äußern Sie Ihre persönliche Meinung!

	Stimmt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teil- weise	Stimmt voll
1. „Eigentlich ist es unmöglich nachzuempfinden, woran ein psychisch Kranker leidet.“.....	1	2	3	4
2. „Es ist besser, wenn Menschen, die an einer psychischen Krankheit leiden, keine Familie gründen.“.....	1	2	3	4
3. „Ein psychisch Kranker braucht weniger die Medizin, als den Menschen.“.....	1	2	3	4
4. „Es kommt durchaus vor, dass Menschen zu Unrecht in die Psychiatrie eingewiesen werden.“.....	1	2	3	4
5. „Wer einen Suizidversuch begangen hat, sollte psychiatrisch behandelt werden.“.....	1	2	3	4

6. ->**Mehrfachnennung möglich**<-

„Das Wesen und der Charakter von psychisch Kranken lässt sich am durch folgende Eigenschaften am besten beschreiben:

- 0 „verrückt“
- 0 „intelligent“
- 0 „unberechenbar“
- 0 „empfindlich“
- 0 „unzurechnungsfähig“
- 0 „phantasievoll“
- 0 „gefährlich“
- 0 „nachdenklich“
- 0 „gehemmt“
- 0 „freundlich“
- 0 „aggressiv“
- 0 „normal“
- 0 „ängstlich“
- 0 „fröhlich“

7. ->**Mehrfachnennung möglich**<-

7.> Mehrfachnennung möglich<

„Ein Mensch scheint psychisch erkrankt zu sein, wenn er / sie:

- .... 0 Seine/Ihre Pflichten dauernd vernachlässigt.
- .... 0 Tage- und wochenlang nachgrübelt.
- .... 0 Wahllos Bekanntschaften schließt und Geld verschleudert.
- .... 0 Über dauernden Kopfschmerz und Verdauungsbeschwerden klagt
- .... 0 Die Welt von allem Bösen befreien will.
- .... 0 Randalisiert und grundlos Leute verprügelt.
- .... 0 Alkohol und/oder drogensüchtig ist.
- .... 0 Schwer von Begriff ist.
- ... 0 Tiere und Menschen quält.
- .... 0 Suizid versucht.
- .... 0 An sich selber leidet.
- .... 0 Dauernd ängstlich und niedergeschlagen ist.

Teil 2: „Die psychische Krankheit“

Es folgen einige Sätze zum Thema „psychische Krankheit“. Wieder gibt es keine richtigen oder falschen Antworten.

		Stimmt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teil- weise	Stimmt voll
8.	„Psychische Krankheit an sich ist eigentlich nur eine extreme Ausprägung normalen menschlichen Verhaltens.“	1	2	3	4
9.	„Eine psychische Erkrankung ist viel bedrohlicher als eine somatische.“.....	1	2	3	4
10.	„Sich selbst das Leben nehmen z können, ist das äußerste Zeichen der menschlichen Freiheit.“.....	1	2	3	4
11a	„Wenn einer/eine psychisch krankt ist, kann die Medizin auch nicht mehr viel helfen.“.....	1	2	3	4
11b	„Extremformen der Religiosität (Visionen, Fanatismus) und Wahn liegen dicht beieinander.“.....	1	2	3	4

12. ->Mehrfachnennung möglich<-

„Ursachen und Auslöser psychischer Erkrankung sind:

- 0 „unglückliche Familienverhältnisse („broken homes“)
- 0 „Drogensucht“
- 0 „tiefgreifende Erlebnisse (z.B. : Vergewaltigung, Folter, Krieg, Tod eines nahen Verwandten...)“
- 0 „ Kopfverletzung“
- 0 „Vererbung“
- 0 „falsche Erziehung“
- 0 „Willensschwäche des Betroffenen“
- 0 „Überlastung“
- 0 „Unverständnis“
- 0 „zentralnervöse Störungen“
- 0 „Störungen des Hormonhaushaltes“
- 0 „Sexuelle Frustrationen“

### Teil 3: „Die Aufgaben der Psychiatrie“

Es folgen ein paar Sätze zur Funktion der Psychiatrie. Wieder interessiert nicht, was „richtig“ oder „falsch“ ist, sondern nur Ihre persönliche Ansicht.

	Stimmt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teil- weise	Stimmt voll
13. „Fällt jemand aus dem Rahmen des Konventionellen, wird er / sie in die Psychiatrie abgeschoben.“.....	2	3	4	
14. „Psychische Kranke bekommen durch die Psychiatrie wirkliche Hilfe in ihrem Leiden.“.....	1	2	3	4
15. „Abartige Verbrecher sollen nicht in den Strafvollzug, sondern in die Psychiatrie.“.....	1	2	3	4
16. „Die Psychiatrie soll Patienten bei dissozialem Verhalten umerziehen.“.....	1	2	3	4

17. ->**Mehrfachnennung möglich**<-

„Aufgaben der Psychiatrie, die nur auf geschlossenen Stationen gewährleistet werden können:

- .... 0 „Heilung der Erkrankung“
- .... 0 „Selbstschutz des Patienten“
- .... 0 „Verwahrung sozial auffälliger Patienten“
- .... 0 „Schutz der Bevölkerung vor Unzurechnungsfähigen“
- .... 0 „Entlastung der Angehörigen“
- .... 0 „Linderung des Leidens“
- .... 0 „Einübung von Verhaltensmustern ( Verhaltenstherapie)“
- .... 0 „Alle psychiatrischen Erkrankungen können auf offenen Stationen behandelt werden.“

### Teil 4 „Behandlungsmethoden der Psychiatrie“

Bitte beurteilen Sie folgende Sätze zu den Behandlungsmethoden in der Psychiatrie. Auch hier Ist nur Ihre spontane, momentane Einschätzung wichtig.

	Stimmt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teil- weise	Stimmt voll
18. „Die Behandlung psychisch Kranker könnte bei entsprechenden Einrichtungen durchaus ganz auf ambulante Therapie umgestellt werden.“.....	1	2	3	4
19. „Es ist sinnvoll, Patienten in einer geschlossenen Abteilung unbeaufsichtigten Ausgang zu geben.“.....	1	2	3	4
20. „Zum Wohl der Patienten ist es durchaus notwendig, sie manchmal gegen ihren Willen zu behandeln.“.....	1	2	3	4
21. „Psychiater sind selber psychiatrisch auffällig.“.....	1	2	3	4
22. „Ein weitestgehender Verzicht auf Psychopharmaka ist durchaus sinnvoll.“.....	1	2	3	4

23. Nennen Sie **die** erfolgversprechendste Behandlungsmethode in der Psychiatrie für **Neurosen**:  
(nur **eine** Angabe möglich !)

- „Autogenes Training“
- „Psychoanalyse“
- „Beschäftigungstherapie / Arbeitstherapie“
- „Psychopharmaka“
- „Verhaltenstherapie“
- „Elektrokrampftherapie“
- „operative Eingriffe“
- „internistische Behandlung“
- „Familientherapie“

24. Nennen Sie **die** erfolgversprechendste Behandlungsmethode in der Psychiatrie für **endogene Psychosen**:(nur **eine** Angabe möglich !)

- „Autogenes Training“
- „Psychoanalyse“
- „Beschäftigungstherapie / Arbeitstherapie“
- „Psychopharmaka“
- „Verhaltenstherapie“
- „Elektrokrampftherapie“
- „operative Eingriffe“
- „internistische Behandlung“
- „Familientherapie“

25. Nennen Sie **die** erfolgversprechendste Behandlungsmethode in der Psychiatrie für **Persönlichkeitsstörungen**: (nur **eine** Angabe möglich !)

- „Autogenes Training“
- „Psychoanalyse“
- „Beschäftigungstherapie / Arbeitstherapie“
- „Psychopharmaka“
- „Verhaltenstherapie“
- „Elektrokrampftherapie“
- „operative Eingriffe“
- „internistische Behandlung“
- „Familientherapie“

## 7.2 Der Wissensbogen

### 7.2.1 Version A

#### Wissensfragen

- 1) Welche der Aussagen trifft auf Alkoholismus zu?
  - Die Basistherapie des Alkoholkranken besteht heutzutage in der Regel in einer Langzeitbehandlung mit Disulfiram (Antabus)
  - Eine Behandlung des Alkoholkranken hat erst Sinn, wenn der Betroffenen zuvor „in der Gosse“ gelandet ist.
  - „Al-Anon“ ist eine Selbsthilfegruppe von Angehörigen von Alkoholkranken
  - Nach guter Psychotherapie kann man jeden Alkoholkranken auf kontrolliertes Trinken umstellen.
  - Unbehandelte und behandelte Alkoholkranken unterscheiden sich statistisch nicht in ihrer Langzeitprognose.
  
- 2) Bei einer Manie tritt als formale Denkstörung typischerweise am häufigste auf:
  - Größenwahn
  - Illusionen
  - Ideenflucht
  - Gedankenabreißen
  - Beziehungsideen
  
- 3) Dem Phänomen des Gedankenentzugs (nach üblicher psychopathologischer Definition) entspricht am genauesten folgende Schilderung eines Patienten:
  - Plötzlich sind meine Gedanken wie abgeschnitten und eine kurze Zeit mein Kopf wie leer
  - Während einer Unterhaltung verliere ich oft den roten Faden und weiß nicht mehr, was ich sagen wollte
  - Seit einiger Zeit bin ich überzeugt, dass man mir mit Hilfe irgendwelcher Apparaturen meine Gedanken wegnimmt
  - Manchmal will ich etwas sagen, dann ist es ganz weg, fällt mir nachher wieder ein, manchmal auch nicht.
  - In letzter Zeit hat sich meine Gedankenwelt seltsam eingeschränkt, die Gedanken kreisen immer wieder um die selben Themen.
  
- 4) Am **wenigsten** charakteristisch für die neurotische Depression ist:
  - abrupter Beginn, gekoppelt mit zyklischem Verlauf
  - deutliche Störung des Antriebes
  - erhöhte Kränkbarkeit
  - ausgeprägte Abhängigkeitsbeziehung zu bestimmten Bezugspersonen
  - Vorhandensein von Angst

5) Welche der Aussagen trifft **nicht** zu?

Für die Angststörung gilt:

- Durch Vermeidung bestimmter furchterregender Situationen können angstneurotische Patienten in der Regel dauerhafte Angstfreiheit erlangen.
- Differentialdiagnostisch muss die Angstneurose abgegrenzt werden gegen somatogene Angstzustände (z.B. Hypothyreose)
- Angstneurosen zeigen häufiger Tendenz zur Somatisierung
- Die Angstneurosen gehen überzufällig mit depressiver Verstimmung einher
- Früherworbene Ich-strukturelle Veränderungen spielen bei der Angstneurose eine bedeutende Rolle

6) Schizoide Persönlichkeiten neigen charakteristischerweise zu theatralischen Inszenierungen, weil

bei schizoiden Persönlichkeiten neben einer kühlen Wesensart häufig eine persönliche Überempfindlichkeit besteht.

- Aussage 1 richtig, Aussage 2 richtig, Verknüpfung richtig
- Aussage 1 richtig, Aussage 2 richtig, Verknüpfung falsch
- Aussage 1 richtig, Aussage 2 falsch
- Aussage 1 falsch, Aussage 2 richtig
- Beide Aussagen falsch

7) Der Begriff Hospitalismus bezieht sich auf das Auftreten

- 1) bestimmter psychischer und körperlicher Veränderungen bei Kindern nach längeren Krankenhaus- oder Heimaufenthalten
- 2) bestimmter Infektionen im Krankenhaus, häufig verursacht durch Keime, die gegen zahlreiche Antibiotika resistent sind
- 3) bestimmter Symptome (wie Stereotypien, Apathie, Einkoten) infolge längeren Krankenhausaufenthalten bei psychisch kranken Erwachsenen

- nur 2 ist richtig
- nur 1 und 2 sind richtig
- nur 1 und 3 sind richtig
- nur 2 und 3 sind richtig
- alle sind richtig

8) Das Risiko eines Suizides ist statistisch bei Menschen erhöht, bei denen folgendes vorliegt:

- 1) eigener Suizidversuch in der Anamnese
- 2) Schizophrenie
- 3) Alkoholismus

- nur 1 ist richtig
- nur 1 und 2 sind richtig
- nur 1 und 3 sind richtig
- nur 2 und 3 sind richtig
- alle sind richtig

9) Welche Aussagen über Halluzinationen treffen zu?

- 1) Optische Halluzinationen werden beobachtet bei schweren Vitamin B12 Mangelzuständen
- 2) Optische Halluzinationen finden sich bei Kokain Intoxikationen
- 3) Dialogische Stimmen als Halluzinationen gehören bei der Schizophrenie typischerweise zu den Symptomen 2. Ranges nach Kurt Schneider

- nur 2 ist richtig
- nur 1 und 2 sind richtig
- nur 1 und 3 sind richtig
- nur 2 und 3 sind richtig
- alle sind richtig

10) Charakteristisch für endogene Depressionen sind:

- 1) Appetitminderung
- 2) Psychomotorische Enthemmung
- 3) Déjà-vu-Erlebnisse

- nur 1 ist richtig
- nur 1 und 2 sind richtig
- nur 1 und 3 sind richtig
- nur 2 und 3 sind richtig
- alle sind richtig

11) Welches der folgenden Denkstörungen sind nicht inhaltlich?

- überwertiges Denken
- Zwangsgedanken
- Perseveration (Gedankenkreisen)
- Wahn

12) Welche Aussagen über Persönlichkeitsstörungen treffen nicht zu?

- geht häufig mit dem Missbrauch psychotroper Substanzen einher
- nimmt im höheren Alter immer mehr zu
- beginnt oft in der Kindheit
- manifestiert sich im Erwachsenenalter
- in der Regel besteht eine deutliche Einschränkung der beruflichen und sozialen Lebensfähigkeit

## Fallbeispiel

Nachfolgend wird die Anamnese eines 35-jährigen Patienten mit einer Depression geschildert:

### Biographie:

Auffälligkeiten über Schwangerschaft oder Geburtsverlauf sowie psychomotorische Entwicklung oder frühkindlicher Störungen sind dem Patienten nicht bekannt.

Den Vater beschreibt er als guten Menschen, ruhig und humorvoll. Er habe ihm gegenüber eine positive Einstellung gehabt, mit der Mutter harmoniert. Er war das Familienoberhaupt.

Die Mutter beschreibt er ebenfalls als guten Menschen, die temperamentvoll und lustig sei. Sie ordnete sich dem Ehemann unter. Nachdem die Mutter des Patienten bei der 2. Schwangerschaft eine Fehlgeburt mit vorzeitigem Blasensprung erlitt und diese als selbst-verschuldet empfand, wollte die Mutter des Patienten keine weiteren Kinder mehr.

Als Einzelkind hatte er eine sehr enge Beziehung zu den Eltern, konnte mit ihnen alle Dinge besprechen. Insgesamt beschreibt er die Atmosphäre im Elternhaus freundlich, friedlich. Es sei ihm schwergefallen von der Familie zum Militärdienst wegzugehen.

Der Pat. ging insgesamt 6 Jahre in Griechenland in die Schule, schloss anschließend eine KFZ-Lehre in Griechenland ab. Die Ehefrau lebte bereits in Deutschland, als sie ihren Ehemann bei einem Urlaubsaufenthalt in der Heimat kennen lernte. Laut Pat. gibt es selten Streit oder Probleme. Der verheiratete Pat., Vater dreier Töchter, arbeitet seit 1986 bei BMW als Monteur.

### Krankheitsanamnese:

Der Pat. war bis zur aktuellen Erkrankung nie psychisch krank. Im Kontext der Krebserkrankung des Vaters 12/93 entwickelte der Pat. psychovegetative Beschwerden in Form von Schwitzen und Unruhe. Dem Vater wurde damals eine Lebenserwartung von 3 Monaten prophezeit, von den Angehörigen wurde dies dem Vater des Pat. aber verschwiegen. Seit etwa Anfang dieses Jahres bemerkte der Patient eine zunehmende Traurigkeit an sich, entwickelte die Angst, selber krank zu sein, bald sterben zu müssen. Zuletzt weinte er viel, konnte nicht mehr arbeiten, nicht mehr schlafen.

Die Familienanamnese ist leer, ebenso die Suchtanamnese. Bisher kein Suizidversuch. Der Pat stellte sich in der hiesigen Ambulanz vor. Wurde zunächst über 6 Wochen mit Saroten 150mg und Haldol 3 mg behandelt. Da diese Therapie keine durchgreifende Besserung ergab erfolgte nun die Aufnahme.

### Psychopathologischer Befund bei Aufnahme:

**Wacher und voll orientierter Pat.. Er erscheint affektiv hoffnungslos, verzweifelt sowie ängstlich besorgt. Er ist eingengt auf seine eigene Erkrankung und eine dahintersteckende körperliche Ursache. Zum Aufnahmezeitpunkt nicht im Sinne eines Wahnes. Kein Hinweis auf Halluzination oder Ich-Störung. Psychovegetative Unruhe, Schwitzen, Magenbeschwerden. Die Primärpersönlichkeit trägt ängstliche und hypochondrische Züge. Der Patient ist nicht suizidal.**

13) Welche(s) Medikament(e) würden Sie zur Behandlung wählen (Kombinationen möglich)?

- dämpfendes Antidepressivum (z.B. Aponal)
- Benzodiazepin (z.B. Valium)
- Lithium (z.B. Quilonum)
- Niederpotentes Neuroleptikum (z.B. Truxal)
- Mittelpotentes Neuroleptikum (z.B. Taxillan)
- Hochpotentes Neuroleptikum (z.B. Haldol)

14) Welche Therapieform(en) würden Sie im Verlauf **auf jeden Fall** anordnen bzw. vermitteln  
(Mehrfachnennung möglich)

- Analyse
- Arbeitstherapie
- Beschäftigungstherapie
- Gesprächspsychotherapie
- Soziotherapie
- Verhaltenstherapie
- Waag-Pendel-Therapie

15) Welche Therapieform(en) würden Sie im Verlauf **eventuell zusätzlich** anordnen bzw. vermitteln  
(Mehrfachnennung möglich)

- Analyse
- Arbeitstherapie
- Beschäftigungstherapie
- Gesprächspsychotherapie
- Soziotherapie
- Verhaltenstherapie
- Waag-Pendel-Therapie

## 7.2.2 Version B

### Wissensfragen

- 1) Was ist Zykllothymia?
- krankhaftes Wiederholen von oft unsinnigen Worten
  - gleichförmig wiederkehrende, rasche und unwillkürliche Muskelzuckungen
  - andauernde Instabilität der Stimmung mit zahlreichen Perioden leichter Depression und leicht gehobener Stimmung
  - alles gehörte wird nachgesprochen
- 2) Bei schweren Depressionen mit Unruhe und Schlafstörungen ist die Gabe von Benzodiazepinen oder schwachpotenten Neuroleptika zu Antidepressiva indiziert, weil Antidepressiva eine Wirklatenz aufzeigen.
- Aussage 1 richtig, Aussage 2 richtig, Verknüpfung richtig
  - Aussage 1 richtig, Aussage 2 richtig, Verknüpfung falsch
  - Aussage 1 richtig, Aussage 2 falsch
  - Aussage 1 falsch, Aussage 2 richtig
  - Beide Aussagen falsch
- 3) Welches der folgenden Symptome ist kein typisches physisches oder psychisches Symptom der Angst?
- Schwindel
  - Depersonalisierung
  - Parästhesien („Kribbeln“)
  - Kopfschmerzen
  - „weiche Knie“
- 4) Was stimmt nicht?  
Das Alkoholdelir
- beinhaltet zeitliche und örtliche Desorientierung
  - kommt häufig vor
  - beinhaltet optische Halluzinationen
  - dauert wenige Wochen bis Monate
  - beinhaltet Blutdruckkrisen und profuses Schwitzen

5) Welche Aussage definiert die Schizoide Persönlichkeitsstörung?

- Patienten zeigen in verschiedenen Situationen die durchgängige und ungerechtfertigte Neigungen, die Handlungen anderer als absichtlich erniedrigend oder bedrohlich zu interpretieren.
- Das Hauptmerkmal ist ein Muster von verantwortungslosem und dissozialem Verhalten, das in der Kindheit oder frühen Adoleszenz beginnt und bis ins Erwachsenenalter fort dauert.
- Es besteht in verschiedenen Situationen auftretendes Verhaltensmuster, das durch Gleichgültigkeit gegenüber sozialen Beziehungen und eingeschränkte emotionale Erlebnis- und Ausdrucksfähigkeit gekennzeichnet ist.
- Sie ist vorwiegend gekennzeichnet durch ein durchgängiges Muster von übermäßiger Emotionalität und durch übermäßiges Verlangen von Aufmerksamkeit.

6) Nach psychoanalytischer Auffassung lässt sich die psychosexuelle Entwicklung aufteilen. Welche davon findet in dem Alter zwischen dem 4. und 5. Lebensjahr statt?

- Anale Phase
- Phallisch-ödipale
- Orale Phase
- Genitale Phase

7) Ein Patient gibt – beim Erblicken eines Strohhalmes auf der Straße – an, der Strohalm sei extra für ihn hingelegt, als Zeichen, er solle eine bestimmte Frau aufsuchen. Auf was lässt dieses schließen?

- Ich-Störung
- Wahrnehmungsstörung
- Wahngedanken
- Zwangssymptomatik
- Störung der Affektivität

8) Übertragung (in der Psychoanalyse)

- 1) nennt man in 1. Linie die Persönlichkeitseigene Tendenz eines Therapeuten, gewisse oder die meisten seiner Patienten in einer gewissen Weise zu sehen.
- 2) Nennt man das Reagieren von Patienten auf den Therapeuten, als ob dieser eine andere – lebensgeschichtlich früher bedeutsame – Beziehungsperson sei.
- 3) Hat typischerweise zur Voraussetzung, dass Patient und Therapeut unterschiedlichen Geschlechtes sind.

- nur 1 ist richtig
- nur 2 ist richtig
- nur 3 ist richtig
- nur 1 und 3 sind richtig
- nur 2 und 3 sind richtig

- 9) Als Prädiktoren eines eher ungünstigen Verlaufs schizophrener Erkrankung gelten (in Mitteleuropa)  
– statistisch gesehen – nach überwiegender Lehrmeinung:
- 1) geringe Prämorbide Sozialadaptation
  - 2) der psychotischen Erstmanifestation vorausgehende soziale Rückzug, Antriebsverlust und Affektverflachung
  - 3) akutes Einsetzen der psychotischen Manifestation
- nur 1 ist richtig  
 nur 3 ist richtig  
 nur 1 und 2 sind richtig  
 nur 1 und 3 sind richtig  
 alle sind richtig
- 10) Der Begriff Affektinkontinenz wird vor allem in folgendem der genannten Zusammenhänge  
Verwendet:
- eine Form des affektiven Tonusverlustes  
 progrediente Gefühlsverarmung  
 Symptom zerebral-organischer Abbauprozesse  
 Unwillkürliche Blasenentleerung bei affektiven Störungen  
 Gleichzeitiges Vorkommen widersprüchlicher Affekte bei der Erziehung unsicherer Eltern
- 11) Welche der folgenden Aussagen über die Psychotherapiemethode Selbstsicherheitstraining  
(assertatives training) trifft **nicht** zu?
- Sie ist nach allgemeiner Lehrmeinung auf die Therapie von Erlebnisreaktionen begrenzt.  
 Sie dient dem Aufbau sozialer Kompetenz.  
 Selbstbehauptende Verhaltensweisen des Patienten werden durch den Therapeuten positiv verstärkt.  
 Für den Patienten kritische Situationen werden im Rollenspiel durchgespielt.  
 Sie verwendet Techniken aus dem Bereich der Verhaltenstherapie.

## Fallbeispiel

**Nachfolgend wird der psychopathologische Befund von Herrn S., 40 Jahre geschildert:**

Bewusstseinsklarer, voll orientierter Patient. Die Auffassung des Patienten erscheint leicht gestört, ebenso die Konzentration. Die gerichtete Merkfähigkeit ist nicht beeinträchtigt. Gedächtnisstörungen im engeren Sinne scheinen nicht zu bestehen, dafür aber ausgeprägte Paramnesien. Damit ist gemeint, dass Herr S. seine gesamte Biographie gemäß eines Größen- und Beziehungswahnes verfälscht. Er sei der Sohn von zwei Professoren, bei der die Frau, die sich jetzt als seine Mutter ausgibt, gearbeitet habe. Seine wahre Mutter sei Frau Professor F., die sich nicht um ihn groß kümmere, da sie davon ausgehe, dass er aufgrund seiner guten Anlagen, es auch ohne ihre Unterstützung schaffe. Später, wenn alle Kinder es zu etwas gebracht haben, werde man wieder zusammenkommen. Als Paramnesien sind auch die Angaben von Herrn S. zu betrachten, dass er die letzten Jahre verschiedene Vorlesungen gehalten habe, mittlerweile nicht nur Doktor, sondern auch Privatdozent sei.

Der formale Gedankengang ist deutlich beschleunigt, ideenflüchtig und inkohärent, bis zerfahren. Eine leichte Einengung besteht auf das Thema eines Diebstahles vor Aufnahme in die Klinik (Studenten des UKEs oder Patienten hätten ihn bestohlen, er wolle sie hier finden) und das Thema, dass andere Personen seinen Namen annehmen würden, da es viele Ralf S. gebe und er für alle den Kopf hinhalten müsse. Hinweise auf Befürchtungen oder Zwänge ergeben sich nicht. Bei Herrn S. zeigt sich eine große Menge an Wahngedanken, in längeren Gesprächen auch immer wieder Wahneinfälle. Daneben stehen mehrere Wahnsysteme, bzw. Wahnthemen mit einer gewissen Wahnsystematik, zum Teil auch mit erheblicher Wahndynamik. Neben Größenwahn (habilitiert, Vorlesungen gehalten), Abstammungswahn (Sohn zweier Professoren) auch Beeinträchtigungs- und Verfolgungswahn (andere geben sich als Ralf S. aus, Nachbarn im haus terrorisieren ihn, damit er dort mit seiner Mutter auszieht). Halluzinationen werden von dem Patienten verneint. Ich-Störungen im Sinne einer Störungen der Ich-Haftigkeit des Erlebens, bzw. der Ich-Umwelt-Grenzen zeigen sich nicht. Es besteht aber eine Störung der Ich-Identität (Es gibt so viele Ralf S.,...da muss ein anderer Ralf S. gemeint sein, ....nicht mein Bruder, nicht meine Mutter). Affektiv ist Herr S. zum Teil dysphorisch-gereizt, zum Teil besteht ein gesteigertes Selbstwertgefühl und eine leicht gehobene Stimmung. Die Gereiztheit kann rasch in ein grobes und derbes Lachen umschlagen. Vom Antrie her ist Herr S. leicht gesteigert psychomotorisch unruhig. Seine Gestik ist teilweise angedeutet maniert, seine Sprechweise überwiegt eigentümlich gedrückt, gepresst. Er redet viel und laut. Im Kontakt ist er ähnlich wie vom Affekt her schwankend, teils gereizt ablehnend, dann wieder vertraulich distanzlos, wobei er bis auf wenige Zentimeter auf seinen Gesprächspartner herangeht.

12) Wenn Sie keine weiteren Angaben hätten, welche diagnostische Einschätzung würden Sie als Arbeitshypothese formulieren?

- Organische Psychose
- Manie mit psychotischen Symptomen
- Schizoaffective Psychose, gegenwärtig manisch
- Schizophrene Psychose
- Schizophrenieforme Psychose

13) Welche(s) Medikament(e) würden Sie zur Behandlung wählen (Kombinationen möglich)?

- dämpfendes Antidepressivum (z.B. Aponal)
- Benzodiazepin (z.B. Valium)
- Lithium (z.B. Quilonum)
- Niederpotentes Neuroleptikum (z.B. Truxal)
- Mittelpotentes Neuroleptikum (z.B. Taxillan)
- Hochpotentes Neuroleptikum (z.B. Haldol)

14) Welche Therapieform(en) würden Sie im Verlauf **auf jeden Fall** anordnen bzw. vermitteln (Mehrfachnennung möglich)

- Analyse
- Arbeitstherapie
- Beschäftigungstherapie
- Gesprächspsychotherapie
- Soziotherapie
- Verhaltenstherapie
- Waag-Pendel-Therapie

15) Welche Therapieform(en) würden Sie im Verlauf **eventuell zusätzlich** anordnen bzw. vermitteln (Mehrfachnennung möglich)

- Analyse
- Arbeitstherapie
- Beschäftigungstherapie
- Gesprächspsychotherapie
- Soziotherapie
- Verhaltenstherapie
- Waag-Pendel-Therapie

### 7.3 Der Münchener Evaluationsbogen

**FRAGEBOGEN**  
**ZUM**  
**PSYCHIATRISCHEN PRAKTIKUM**  
**IN**  
**HAMBURG**  
**SS 97**

Dieser Fragebogen soll das Meinungsbild zum Kurskonzept erfassen.

Zum Ausfüllen:

In bekannter MC-Manier pro Frage ein Kreuz, oder in freien Federn Zahlenangaben.

Mehrfachnennungen werden extra erwähnt.

ACHTUNG: Es wurde bei den Antwortvorgaben bewusst auf „Mittelwerte“ verzichtet.

Kreuzen Sie die Antwort an, die Ihrer Einschätzung am nächsten kommt. Die letzte Frage bietet die Möglichkeit in freier Form weitere Anregungen zu nennen.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

**Gruppe**

Gruppen-Nummer oder Kursleiter/in:.....

**Zur Person**

.....Alter

.....Geschlecht (m/w)

**Fragen zu Vorkenntnissen**

1. Im wievielten medizinischen Fachsemester (Vorklinik + Klinik) sind Sie?

.....Semester

2. Wie viele freiwillige Kurse haben Sie bisher im Rahmen Ihres Medizinstudiums belegt?

.....Kurs(e)

3. Wie oft haben Sie die Vorlesung besucht?

- Weniger als vier mal
- Weniger als acht mal
- Weniger als zwölf mal
- Mehr als zwölf mal

4. Haben Sie bereits einen Psychiatrie Kurs besucht?

- Ja
- Nein

5. Welche der genannten Vorkenntnisse haben Sie? (Mehrfachnennung möglich!)

- Pflegeerfahrungen auf psychiatrische Stationen
- Famulatur in der Psychiatrie
- Sanitäterausbildung
- Psychisch Kranke im Bekannten-/Freundeskreis
- Verwandte/r sind/ist psychiatrisch krank
- Bin selber in psychiatrischer Behandlung
- Informiere mich aus der Tageszeitung
- Lese regelmäßig Fachliteratur
- Habe Filme gesehen z.B.: „Einer flog übers Kuckucksnest“, „Ich habe dir nie einen Rosengarten verprochen“
- Verwandte in psychiatrischer Ausbildung

6. Wie haben Sie sich jeweils auf den Kurs vorbereitet (Mehrfachnennung möglich!)

- Gar nicht
- Lehrbuch „durchgeblättert“
- Lehrbuch teilweise durchgearbeitet
- Kompendium „durchgeblättert“
- Kompendium teilweise durchgearbeitet
- Kompendium komplett durchgearbeitet
- Mit „Schwarzer/Weißer Reihe“

7. Wie viele Minuten haben Sie sich durchschnittlich auf einen Kurs-Nachmittag vorbereitet?

.....Minuten

8. Wie lange ist diese Vorbereitungszeit in Vergleich zu anderen Kursen?

- Kürzer
- Gleich
- Länger

### Fragen zur Organisation

9. Welcher der folgenden Themen wurde in Ihrem Kurs besprochen (Mehrfachnennung!)

- Grundlagen Psychopathologie
- Grundlagen Explorationstechnik
- Grundlagen Beziehung und Übertragung
- Persönlichkeitsstörungen
- Neurosen
- Bipolare affektive Störungen
- Schizoaffective Störungen
- Schizophrenie
- Sucht
- Organische Psychosen, Demenz
- Suizidalität

10. Wurde Ihnen vor dem Kurs-Nachmittag das zu besprechende Krankheitsbild angekündigt?

- Nie
- Manchmal
- Meistens
- Immer

11. Wie lange haben Sie „Ihre Patientin/Ihren Patienten“ (im Schnitt) vor dem eigentlichen Kurs untersucht (Falls nicht vorher untersucht:“0“ eintragen)?

.....Minuten

12. Wie lange war dabei die / der DozentIn zugegen?

..... Minuten

13. Wie viel Prozent der Zeit des Kurs-Nachmittags waren zwei DozentInnen zugegen?

..... Prozent

14. Wie finden Sie die Gestaltung des Kurses durch zwei (sich abwechselnde) DozentInnen?

- Lieber nur eine Person
- Gut, so lassen
- Ergänzen durch Spezialisten für einzelne Themen

15. Was halten Sie von der Einführung eines Skriptes?

- Nicht nötig
- Gut, darf aber nichts kosten
- Gut, könnte bei entsprechendem Gegenwert 5,- bis 10,- DM kosten

### Fragen zur Didaktik

16. Haben Sie bei diesem Kurs mehr Spaß am Lernen gehabt, als in den Kursen bisher (Pflicht wie fakultative)?

- Ja, auf jeden Fall
- Ja, etwas mehr schon
- Nein, eher nicht
- Nein, sicher nicht

17. Wünschen Sie sich mehr eigene praktische Übungsmöglichkeiten?

- Deutlich mehr
- Etwas mehr
- Etwas weniger
- Deutlich weniger

18. Wünschen Sie sich mehr Theorie im Praktikum?

- Deutlich mehr
- Etwas mehr
- Etwas weniger
- Deutlich weniger

19. Sollten sich in Zukunft die Ausbildung mehr an den häufigen oder an den seltenen Krankheitsbildern orientieren?

- Deutlich mehr an den häufigen Krankheitsbildern
- Mehr an den häufigen Krankheitsbildern
- Mehr an den seltenen Krankheitsbildern
- Deutlich mehr an den seltenen Krankheitsbildern

20. Was hat bei Ihnen am meisten zum Verständnis psychisch kranker Menschen beigetragen?

(bitte nur eine Angabe)

- Eigene Vor-/ Nachbereitung
- Hauptvorlesung
- Voruntersuchung der PatientInnen
- Eigentliches Praktikum

21. Bei wie vielen Patienten haben Sie selbst während des Kurses einen kompletten psychiatrischen Befund erhoben?

.....Patienten

22. Auf meine Probleme beim Umgang mit psychisch Kranken wurde von den BetreuerInnen

- genau richtig eingegangen
- nicht eingegangen
- zuwenig eingegangen
- zuviel Aufhebens gemacht

23. Waren Sie mit der Kursbetreuung insgesamt zufrieden?

- Sehr zufrieden
- Zufrieden
- Unzufrieden
- Sehr unzufrieden

## Fragen zur Selbsteinschätzung

Zu den Fragen 24 bis einschließlich 28: > Im Kurs wurden u.a. fünf Fertigkeiten vermittelt. In welchem Ausmaß wurden Sie Ihrer Meinung nach von Ihnen erworben?<

24. Gespräch mit dem Patienten

- Sehr gut
- Gut
- Weniger gut
- Schlecht

25. Umgang mit Suizidalen

- Sehr gut
- Gut
- Weniger gut
- Schlecht

26. Erheben eines psychiatrischen Befundes

- Sehr gut
- Gut
- Weniger gut
- Schlecht

27. Patientenführung

- Sehr gut
- Gut
- Weniger gut
- Schlecht

28. Behandlung von Suchtkranken

- Sehr gut
- Gut
- Weniger gut
- Schlecht

29. Fühlen Sie sich nach dem Kurs in der Lage alleine einen psychiatrischen Patienten zu untersuchen und einen schriftlichen Befund zu erheben?

- Ja, problemlos
- Ja, mit Schwierigkeiten im schriftlichen Teil
- Würde Schwierigkeiten im praktischen und schriftlichen Teil haben
- Würde Schwierigkeiten im praktischen Teil haben
- Nein, könnte ich nicht

30. Fühlen Sie sich durch den Kurs auf ein freies Tertial „Psychiatrie“ im PJ vorbereitet?

- Ja, sehr gut
- Gut
- Weniger gut
- Schlecht

31. Wie psychisch belastend war für Sie das Praktikum?

- Sehr stark
- stark
- wenig
- fast gar nicht

### Fragen zum persönlichen Lernerfolg

32. Wie schätzen Sie Ihren persönlichen Lernerfolg in diesem Kurs ein?

- Sehr hoch
- Hoch
- Gering
- Sehr gering

33. In welcher Kursphase war Ihr Lernerfolg am größten?  
(Bitte nur Einfachnennung)

- Eigene Vor- / Nachbereitung
- Hauptvorlesung
- Voruntersuchung der PatientInnen
- Eigentliches Praktikum

34. Glauben Sie, dass Sie von dem Gruppenunterricht für Ihre Arbeit mit den Patienten etwas lernen konnten?

- Sehr viel
- Viel
- Wenig
- Sehr wenig

35. Wenn Sie weitere Gedanken, Anregungen oder Kritik haben, dann nutzen Sie dazu bitte folgenden und / oder umseitigen Raum :

## 7.4 Erklärung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe, und dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

## 7.5 Lebenslauf

### **Angaben zur Person:**

Name: Britta Nülle  
Anschrift: Tussmannstr. 10  
40477 Düsseldorf  
Telefon: 0179-2187070  
Geburtsdatum: 12.06.1973  
Geburtsort: Darmstadt  
Familienstand: ledig  
Nationalität: deutsch

### **Schulbildung:**

1980-1983 Grundschule, Huntsville, Ala. USA  
1983-1984 Grundschule auf der Karthause, Koblenz  
1984-1992 Gymnasium auf der Karthause, Koblenz  
Abschluss: Abitur

### **Studienverlauf:**

1992-1995 Studium der Humanmedizin, Albert-Ludwigs-Universität,  
Freiburg i. Br.  
1995-1999 Studium der Humanmedizin, Universitätsklinik Eppendorf,  
Hamburg

### **Examina:**

1994 Physikum  
1995 1. Staatsexamen  
1998 2. Staatsexamen  
1999 3. Staatsexamen

**Famulaturen:**

1995	Chirurgische Abteilung, AK Barmbek, Hamburg
1996	Pädiatrie, Universitätsklinik Eppendorf, Hamburg
1996	Chirurgie, Gippsland Base Hospital, Sale, Australien
1997	Praxisfamulatur Gynäkologie, Huntsville, Ala.; USA

**Praktisches Jahr:**

1998	Gynäkologie, AK Barmbek, Hamburg
1999	Innere Medizin, AK Eilbek, Hamburg
1999	Herz-/Thoraxchirurgie, Rikshospitalet, Oslo, Norwegen

**Arbeitsverhältnisse:**

1999-2001	Chirurgie, Klinikum Stormarn, Bad Oldesloe (AiP)
2001-2002	Chirurgie, Krankenhaus Gerresheim, Düsseldorf
2002-	Chirurgie, Evangelisches Krankenhaus, Düsseldorf

## 7.6 Danksagung

Herrn Prof. Naber möchte ich für die Überlassung des Themas und die gewährte Unterstützung bei der Durchführung dieser Dissertation danken.

Herrn Dr. Rüdiger Holzbach gilt mein herzlicher Dank für die geduldige Betreuung und Beratung die den Abschluß dieser Dissertation möglich werden liess.

Besonders bedanke ich mich bei meinen Eltern, die nicht nur im Rahmen dieser Arbeit, sondern mein ganzes Studium und Leben durch, mit Rat und Tat meinen Rücken stärkten. Ebenso danke ich meiner Schwester Anka Schuler, die stets ein offenes Ohr und bestärkende Worte für mich hatte.