

# Lohnt sich eine Reform der klinischen Ausbildung?

Schwerpunkt

## Die Qualität des Hamburger Curriculums unter der alten und der neuen Approbationsordnung im Vergleich

Hendrik van den Bussche, Sven Anders, Maren Ehrhardt, Thomas Göttsche, Bernd Hüneke, Alfried Kohlschütter, Ralph Kothe, Olaf Kuhnigk, Karsten Neuber, Michel Rijntjes, Christina Quellmann und Sigrid Harendza  
Prodekanat für Lehre, Fachbereich Medizin der Universität Hamburg

### Zusammenfassung

Im Sommersemester 2004 wurden die Hamburger Medizinstudierenden nach dem ersten Durchlauf des neuen Curriculums unter der neuen Approbationsordnung mit einem standardisierten Fragebogen zum Lerneffekt und zur didaktischen Qualität befragt. Die Ergebnisse wurden mit den Befragungen unter der alten Approbationsordnung verglichen. Es wurden beträchtliche Unterschiede in Bezug auf den wahrgenommenen Lerneffekt und die Zufriedenheit mit der Ausbildung zugunsten des neuen Curriculums festgestellt. Als Gründe für diese Unterschiede können der erhöhte Praxisbezug, die Problemorientierung des Lehrangebots und die gestiegene Motivation der Dozenten angesehen werden.

**Sachwörter:** Approbationsordnung – ärztliche Ausbildung – Medizinstudium – Evaluation

### Is a Reformation of the Medical Training Worthwhile?

#### The Quality of the Hamburg Curriculum under the Old and the New Board Certification Law

#### Summary

This paper presents the results of the evaluation of a new undergraduate curriculum at the medical faculty of Hamburg University. This curriculum is based on the new law on medical board certification of 2002, and was tested for the first time in the summer term of 2004. The results were compared with those obtained under the previous law. The data show a substantial increase in student subjective learning effectiveness and satisfaction with the new program. The reasons discerned were the increased practice orientation of the program, the problem-oriented seminars, and the increased motivation of the teaching staff.

**Key words:** Medical board certification – Medical education – Medical studies – Evaluation

### 1. Einführung

In den neunziger Jahren war die Situation in der klinischen Ausbildung in Hamburg durch eine deutliche Unzufriedenheit vieler Studierenden und Dozenten gekennzeichnet. Diese Unzufriedenheit fand ihren Niederschlag in sehr negativen Ergebnissen sowohl bei internen Befragungen als auch bei externen Ratings. So landete Hamburg im jüngsten Rating des Bielefelder Centrums für Hochschulentwicklung auf der Basis einer Befragung von Ärzten und Ärztinnen, die ihr Studium in den neunziger Jahren absolviert hatten, auf dem letzten Platz von 36 Fakultäten.

Um diese Situation grundlegend zu ändern, wurde in Hamburg im Herbst 2002 mit der planmäßigen Entwicklung eines neuen Curriculums auf der Basis der Approbationsordnung für Ärzte vom 27. 6. 2002 (im Folgenden: „neue AO“) begonnen. Nach einer fast zweijährigen Vorbereitungsphase wurde das Konzept des reformierten klinischen Abschnitts im Sommersemester 2004 zum ersten Mal praktisch umgesetzt. Im Folgenden wird über die Ergebnisse der Evaluation dieser Reform berichtet. Die wichtigsten Fragen an die



Evaluation für alle am neuen Curriculum Beteiligten waren:

- Wie wird die Ergebnisqualität des neuen Curriculums von den Studierenden im Vergleich zum früheren Curriculum bewertet? Werden subjektive Lernfortschritte bekundet, eine höhere Zufriedenheit mit dem neuen Lehrangebot geäußert?
- Welche Elemente des neuen Curriculums werden besonders positiv bewertet, welche stoßen auf geringe Akzeptanz oder auf Umsetzungsschwierigkeiten?

## 2. Die Curriculumreform in Hamburg

Zentral für die Reform der klinischen Ausbildung war die Einrichtung eines zwölfköpfigen Curriculumkomitees bestehend aus Professoren, wissenschaftlichen Mitarbeitern und einem Studierenden, das nunmehr seit zwei Jahren tätig ist. Dieses vom Fachbereichsrat mandatierte Komitee entwickelte das Konzept des neuen Curriculums und steuert seine Umsetzung und Weiterentwicklung. Dazu gehörten folgende Aufgaben und Arbeitsschritte: Auf der Basis einer Problemanalyse des Curriculums unter der alten AO wurde ein Absolventenprofil formuliert, das als Grundlage für die Ableitung von Lernzielen diente. Auf dieser Basis wurden didaktische Konzepte entwickelt, Begleitmaßnahmen eingeleitet und neue Prüfungsverfahren konzipiert. Das Komitee wird von sechs parallel arbeitenden Arbeitsgruppen unterstützt. Diese „Themenblockgruppen“ bestanden aus durchschnittlich sechs Mitgliedern, die von zwei Mitgliedern des Curriculumkomitees koordiniert wurden. An der Ausarbeitung der Details des Curriculums und der Prüfungen waren somit insgesamt ca. fünfzig Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen aus allen Kliniken und Instituten beteiligt.

### 2.1 Die didaktischen Prinzipien des klinischen Curriculums

- Das Absolventenprofil und der Hamburger Lernzielkatalog: Als Grundlage

für die curriculare Planung wurde zunächst eine Definition des Ausbildungsziels in Form eines Absolventenprofils („allgemeine Arztreife“) vorgenommen. Auf der Basis des Absolventenprofils wurde unter Zuhilfenahme Schweizer und Niederländischer Vorbilder ein Lernzielkatalog entwickelt, mit dem der zunehmenden Zersplitterung in spezialisierte Teilgebiete entgegen gewirkt werden sollte. Ferner wird damit der Wissens- und Fertigkeitenkatalog auf das Wesentliche beschränkt.

• Integration der Fächer und Querschnittsbereiche: Die 33 Fächer und Querschnittsbereiche, die die Neue AO im klinischen Abschnitt vorschreibt, wurden sechs Themenblöcken zugeord-

net. Die Blöcke, deren Nummerierung und Reihenfolge ohne Bedeutung sind, werden in der nachfolgenden Übersicht 1 dargestellt.

• Aktives Lernen: Die Studierenden werden aus der bisher eher passiv-konsumierenden Rolle zu Eigenaktivität und selbständigem Lernen geführt. Die Perspektive wird dementsprechend von den Lehrenden auf die Lernenden verlagert (studenten- statt dozenten-zentriert).

• Problemorientiertes Lehrangebot: Das Lehren und das Lernen gehen mehr als bisher von konkreten Problemen (Beschwerden, Symptome, Befunde etc.) aus, mit denen der Arzt im Alltag konfrontiert wird. Dies wird in problem-

Übersicht 1. Die sechs Themenblöcke des neuen Hamburger Curriculums.

Fächer	Querschnittsbereiche
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frauenheilkunde, Geburtshilfe</li> <li>• Humangenetik</li> <li>• Kinderheilkunde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin</li> <li>• Prävention, Gesundheitsförderung</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anästhesiologie</li> <li>• Chirurgie</li> <li>• Orthopädie</li> <li>• Urologie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Notfallmedizin</li> <li>• Rehabilitation, Physikalische Medizin, Naturheilverfahren</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Innere Medizin</li> <li>• Dermatologie, Venerologie</li> <li>• Pathologie</li> <li>• Pharmakologie, Toxikologie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klinisch-pathologische Konferenz</li> <li>• Klinische Pharmakologie/Pharmakotherapie</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Augenheilkunde</li> <li>• Hals-Nasen-Ohrenheilkunde</li> <li>• Neurologie</li> <li>• Klinische Umweltmedizin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Epidemiologie, medizinische Biometrie und medizinische Informatik</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Allgemeinmedizin</li> <li>• Arbeitsmedizin, Sozialmedizin</li> <li>• Psychiatrie und Psychotherapie</li> <li>• Psychosomatik und Psychotherapie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem, Öffentliche Gesundheitspflege</li> <li>• Medizin des Alterns und des alten Menschen</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hygiene, Mikrobiologie, Virologie</li> <li>• Klinische Chemie, Laboratoriumsdiagnostik</li> <li>• Rechtsmedizin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bildgebende Verfahren, Strahlenbehandlung, Strahlenschutz</li> <li>• Infektiologie, Immunologie</li> </ul>

orientierten Seminaren und Leitsymptomvorlesungen umgesetzt.

- Praxisbezogene Ausbildung: In den klinischen Fächern werden die Studierenden in die Krankenversorgung integriert und führen praktische Aufgaben auf den Stationen durch. Die praktischen Einsätze werden wie bisher durch Unterricht am Krankenbett und fallbezogene Seminare sowie durch die Übungsmöglichkeiten im Skillslab ergänzt

- Praxisorientierte Leistungskontrollen und Prüfungen: Die Prüfungen sollen die Kenntnisse, aber auch die Fähigkeiten und Fertigkeiten der Studierenden erfassen. Dies wird durch eine Kombination von MC-Fragen, Portfolio-Bewertungen und die Prüfung klinischer Fähigkeiten und Fertigkeiten durch Objective Structured Clinical Examinations (OSCE) erreicht.

## 2.2 Die zeitliche Anordnung (Jahreszulassung und Trimesterstruktur)

Das Studienjahr wurde in vier Quartale eingeteilt, von denen das Sommerquartal grundsätzlich unterrichtsfrei bleibt. Das restliche Dreivierteljahr wird in drei Trimester à 12 Wochen aufgeteilt, von denen – über die drei Ausbildungsjahre gesehen – sechs mit Themenblöcken und eins mit dem Wahlfach verplant sind, wodurch zwei Trimester unterrichtsfrei bleiben und für Famulaturen bzw. Doktorarbeit genutzt werden können.

In der Regel wird die erste Woche eines Blocks als Propädeutik-Woche zur Einübung essenzieller praktischer Fertigkeiten und die zwölfte als Prüfungswoche ausgestaltet. In den Wochen 2 bis 11 ist der Vormittag in der Regel für

Stationspraktika vorgesehen, mittags finden die Leitsymptomvorlesungen und nachmittags die Seminare, POL-Tutorien sowie Unterricht am Krankenbett statt.

## 3. Die Evaluation des Curriculums: Material und Methoden

Die Evaluation des neuen Curriculums beruht in erster Linie auf standardisierten Befragungen der Studierenden. Die Evaluation wurde von Dipl.-Psych. Katja Weidtmann und Dipl.-Soz. Maïke Frost (Prodekanat für Lehre) durchgeführt. Der Rücklauf betrug 468 Fragebögen (80% der Population). Da der Unterricht an der Hamburger Fakultät bereits seit zehn Jahren evaluiert wird, konnte durch die Nutzung identischer Fragen in den Fragebögen die Evaluation des neuen Curriculums auch vergleichend zu alten AO durchgeführt werden. In Tabelle 1 sind die Datensätze dargestellt, die in die vergleichende Analyse eingegangen sind.

Tabelle 1 verdeutlicht die Unterschiede im Hinblick auf Befragungszeitpunkt und Betrachtungszeitraum. In den Befragungen „2001 alt“ und „2004 alt“ gaben PJ-Studierende ein retrospektives Urteil über ihre gesamte klinische Ausbildung ab. Die Teilnehmer an der ersten Umsetzung des neuen Curriculums hingegen beurteilten zeitnah einen Themenblock von zwölf Wochen („2004 neu“). Aufgrund der geschilderten Erhebungsunterschiede ist eine vorsichtige Bewertung der Ergebnisse angebracht. Das Ausmaß der im Folgenden dargestellten Unterschiede rechtfertigt dennoch den Vergleich beider Systeme.

Ferner wurden in der Befragung „2001 alt“ vierstufige, in den beiden anderen Befragungen sechsstufige Likert-Skalen verwendet. Zwecks Herstellung von Vergleichbarkeit wurden alle Antwortskalen dichotomisiert: Hierzu wurden die Werte 1 und 2 der vierstufigen Skala zur negativen Skalenhälfte zusammengefasst, ebenso die Werte 1, 2 und 3 der sechsstufigen Skala. In vergleichbarer Weise wurde für die Konstruktion der positiven Skalenhälfte vorgefahren. Die Daten wurden mit Hilfe von SPSS 12.0.2 analysiert.

## 4. Die Ergebnisse: Wie beurteilen Hamburger Studierende ihre klinische Ausbildung früher und heute?

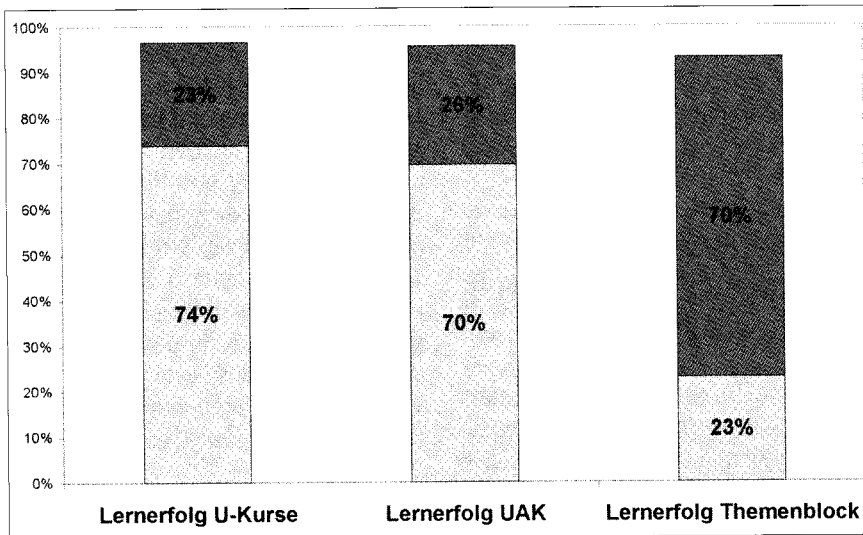
### 4.1 Lerneffekte und Nutzen der Ausbildung

Der Lerneffekt des alten Curriculums wurde von der überwiegenden Mehrheit der Studierenden in der Befragung „2001 alt“ als gering beschrieben. Nur 23 Prozent beantworteten die Frage, ob „in den Untersuchungskursen (...) das nötige Rüstzeug für das bedside teaching erworben (wurde)“, auf der positiven Skalenseite. Nur 26 Prozent bejahten die Aussage, „was ich in der klinischen Ausbildung gelernt habe, war für mein PJ von großem Nutzen“. Im neuen Curriculum hingegen stimmten 70 Prozent der Studierenden über alle Blöcke hinweg der Aussage zu, „in diesem Themenblock habe ich viel dazu gelernt“ (vgl. Abbildung 1). Fast die Hälfte (47%) kreuzte die extremen Skalenwerte 5 und 6 auf der Sechserskala an, was als starke Zustimmung gedeutet werden kann.

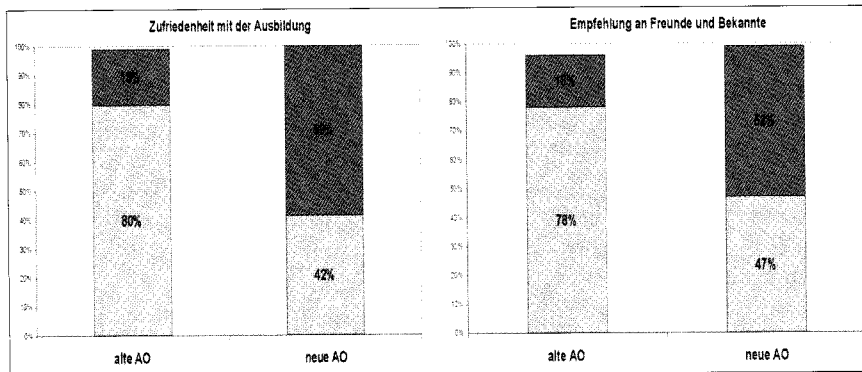
Im Sinne der Zielsetzung des neuen Curriculums ist besonders zu erwähnen, dass die Studierenden der Aussage mehrheitlich zustimmten, in den Blöcken würden „Beziehungen zwischen den Fächern aufgezeigt“ (MW 3,61, SD 1,23). Zwischen dieser Integration des Ausbildungsangebots und dem subjektiven Lernerfolg war eine hochsignifikante Korrelation festzustellen ( $r = .335, p < 0.001$ ; vgl. auch Tabelle 2).

**Tabelle 1.** Datensätze der vergleichenden Analyse.

	Merkmale der Befragungen		
	2001 alt	2004 alt	2004 neu
ÄAppO	alt	alt	neu
Befragte	PJ-Studierende	PJ-Studierende	Absolventen der sechs Themenblöcke
Rücklauf	92 (49%)	98 (54%)	468 (80%)



**Abb. 1.** Lerneffekt der Untersuchungskurse (Säule 1) bzw. des Unterrichts am Krankenbett (Säule 2) im alten Curriculum versus Lerneffekt in den Themenblöcken im neuen Curriculum (Säule 3) jeweils in Prozent der Untersuchungsgruppe (positive Skalenseite = dunkel, negative Skalenseite = hell)



**Abb. 2.** Zustimmung zu den Aussagen, „(ich bin) insgesamt zufrieden mit der klinischen Ausbildung“ (links) und „die klinische Ausbildung in Hamburg würde ich Freunden und Bekannten stets empfehlen“ (rechts) im alten und im neuen Curriculum jeweils in Prozent der Untersuchungsgruppe (positive Skalenseite = dunkel, negative Skalenseite = hell).

## 4.2 Gesamtzufriedenheit mit dem Lehrangebot

59 Prozent der Studierenden gaben an, mit ihrem Themenblock „insgesamt zufrieden“ zu sein. Unter der alten AO hatten lediglich 19 Prozent angegeben, „mit ihrer klinischen Ausbildung insgesamt zufrieden“ zu sein. Nur 18 Prozent wollten unter dem alten Curriculum „die klinische Ausbildung in Hamburg Freunden und Bekannten stets empfehlen“, während dies im neuen Curriculum bei 52 Prozent der Blockabsolventen der Fall war (jeweils  $p < .001$ ; vgl. Abbildung 2). Zwischen

dem subjektiv wahrgenommenen Lerneffekt und der Gesamtzufriedenheit mit dem Lehrangebot fand sich eine Korrelation von  $r = .68$  ( $p < 0.001$ ).

## 4.3 Gründe für Zufriedenheitsunterscheide

Vor der Auswertung wurden acht Items des Fragebogens zu einem Gesamtindex für Prozessqualität und vier Items zu einem Gesamtindex für Ergebnisqualität zusammengefasst. In Tabelle 2 sind die Korrelationskoeffizienten dargestellt, die zwischen den Parametern

der Ergebnisqualität (Gesamtindex Ergebnisqualität sowie die Einzelitems Lernerfolg und Gesamtzufriedenheit) und den Parametern der Prozessqualität errechnet wurden. Die Tabelle zeigt die sehr hohen Korrelationen (0.6 und höher) zwischen dem Gesamtindex für Prozessqualität und den Items Lernerfolg und Gesamtzufriedenheit. Ferner wird deutlich, dass der Faktor Dozenten, insbesondere deren Fähigkeit, „Interesse für ihr Fach zu wecken“, eine sehr große Bedeutung für den wahrgenommenen Lernerfolg und für die Gesamtzufriedenheit mit dem Lehrangebot hat.

In der schrittweisen multiplen Regressionsrechnung (Aufnahmekriterium  $p(F) < .05$ , Alphafehlerniveau 5%, zweiseitige Testung) klärten folgende drei Faktoren 48 Prozent der Varianz des Indexes Ergebnisqualität auf: „Dozenten weckten Interesse für ihr Fach“, „gute Organisation des Themenblocks“ und „Möglichkeit der Übung praktischer Fertigkeiten“.

Im Folgenden wird verglichen, wie Studierende unter der alten und neuen AO einzelne der oben aufgeführten Variablen bewerten.

### 4.3.1 Der Faktor Dozent

Abbildung 3 zeigt, dass die Beurteilung des Dozentenverhaltens im alten Curriculum auffällig negativ, im neuen deutlich positiver ausfiel:

Während unter der alten AO nur neun Prozent der Studierenden eine Motivation der Dozenten für die Lehre bejahte, waren es im neuen Curriculum 75 Prozent. Dass die Dozenten Interesse für das Fach geweckt haben, bejahten früher 23 Prozent, im neuen Curriculum aber 67 Prozent (jeweils  $p < .001$ ).

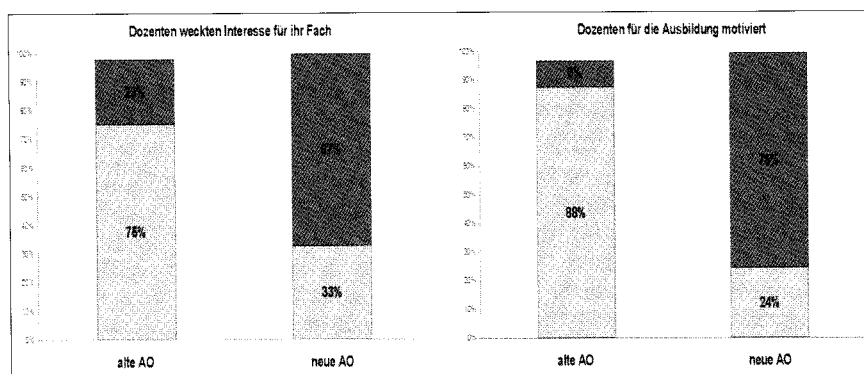
### 4.3.2 Die Lernbelastung

Dass die Gesamtzufriedenheit mit dem neuen Curriculum ein wenig niedriger ausfiel als der wahrgenommene Lernerfolg, ist vermutlich unter anderem darauf zurückzuführen, dass viele Studierende die Lernbelastung im neuen Curriculum als (zu) hoch empfanden. Der Anteil der Studierenden, die eine zu hohe Lernbelastung angaben, lag im alten

**Tabelle 2.** Korrelationen zwischen Indices der Prozess- und der Ergebnisqualität in 2004 neu.

	Motivation der Dozenten	Dozenten weckten Interesse	Organisation des Blocks	Zeit für Vor- und Nachbereitung	Beziehungen zwischen Fächern	Übungsmöglichkeiten	Lernbelastung zu hoch	Prozessqualität
Gesamtzufriedenheit Pearson r	.51**	.62**	.61**	.31**	.38**	.40**	.15**	.69**
Lernerfolg Pearson r	.37**	.54**	.44**	.10*	.34**	.38**	.08	.58**
Ergebnisqualität Pearson r	.46**	.60**	.57**	.23**	.40**	.43**	.04	.68**

\*\* Korrelation auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant  
\* Korrelation auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant



**Abb. 3.** Zustimmung zu den Aussagen, „die Dozenten waren für die Ausbildung motiviert“ (links) und „die Dozenten weckten Interesse für ihr Fach“ (rechts), jeweils in Prozent der Untersuchungsgruppe (positive Skalenseite = dunkel, negative Skalenseite = hell).

Curriculum bei 16 Prozent im Vergleich zu 62 Prozent im neuen (vgl. auch Tabelle 2). Diese erhöhte Lernbelastung ist in erster Linie auf den hohen Anteil an Stations- und Blockpraktika sowie die trimesterweise stattfindenden Prüfungen zurückzuführen.

#### 4.4 Unzureichend erreichte Lernziele und kritisierte Veranstaltungsarten

Nicht alles Geplante gelang auf Anhieb. Die Qualität der Organisation des Lehrangebots wurde mit einem Mittelwert von 3,5 im wahrsten Sinne des Wortes

als mittelmäßig beurteilt. Nur eine Minderheit gab an, dass es ausreichend Gelegenheit gab, praktische Fertigkeiten einzuüben (MW = 2,74). Dementsprechend wurden mehrere Stations- und Blockpraktika sowie Unterrichtsveranstaltungen am Krankenbett kritisiert oder als nur mittelmäßig gut beurteilt. Während die problemorientierten Seminare sehr positiv beurteilt wurden (MW 4,1–4,7), wurde Kritik an den propädeutischen Wochen am Anfang der Blöcke (MW für Zufriedenheit zwischen 2,3 und 2,8) und an den Leitsymptomvorlesungen (MW um den Skalenmittelwert von 3,5) geübt.

## 5. Diskussion

Welche Faktoren können die beschriebenen Unterschiede erklären? Am Wichtigsten erscheint der gelungene Versuch, die Motivation der Lehrenden deutlich zu erhöhen, wofür mehrere Faktoren maßgeblich waren. Die Planung der Reform war das Werk von vielen Lehrenden. Über das Curriculumkomitee, die Themenblockgruppen und die Schulungen im Rahmen eines faculty development Programms gelang es, mehr als hundert Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen in den Prozess einzubeziehen. Wichtig war auch, dass es die eher jüngeren Academics waren, die sich für die Reform engagierten und dabei entdeckten, dass ihnen auch Entfaltungsmöglichkeiten für die Umsetzung ihrer Ideen geboten wurden. Als Fazit sei festgehalten, dass eine substanzielle Reform der ärztlichen Ausbildung grundsätzlich möglich und offenkundig wirksam sein kann. Die neue Approbationsordnung liefert hierfür eine Vielzahl von Ansatzpunkten. Sie aufzugreifen und umzusetzen erfordert aber von den Ausbildungsstätten einen beträchtlichen Planungs- und Umsetzungsaufwand und ein stringentes Management. Für die beteiligten Lehrenden ist der Prozess Energie verbrauchend und bereichernd zugleich. Das Ausbildungskonzept sollte zum Markenzeichen einer Fakultät werden, denn die Ausbildung der Studierenden ist die entscheidende Legitimation für die Existenz eines Universitätskrankenhauses.

#### Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Hendrik van den Bussche  
Institut für Allgemeinmedizin  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
Martinistraße 52  
20246 Hamburg  
E-Mail: bussche@uke.uni-hamburg.de

### Breites Bündnis für die Registrierung klinischer Studien

Klinische Studien schaffen mit ihren Ergebnissen das wissenschaftliche Fundament der modernen Medizin. Für Forschung und Patientenversorgung ist die schnelle und vollständige Verfügbarkeit von Studienergebnissen von größter Bedeutung. Sie dienen einerseits als Voraussetzung für weitere Forschung und andererseits als Grundlage für die medizinische Praxis. International ist die Forderung nach mehr Transparenz im Studiengeschehen ein hochaktuelles Thema. Der Vorsitzende des Wissenschaftsrats, Professor Dr. Karl Max Einhäupl, stellt dazu fest: „Die öffentliche Registrierung aller klinischen Studien ist ein unverzichtbarer Beitrag zu mehr Transparenz. Andere Länder wie z. B. Großbritannien und die Niederlande haben dies bereits realisiert“.

In Deutschland hat sich dazu eine Initiativgruppe gebildet mit dem Ziel, für die Registrierung aller hierzulande durchgeführten klinischen Studien ein Konzept zu entwickeln.

Die weltweite Entwicklung zeigt sich im Beschluss der Herausgeber der großen internationalen medizinischen Zeitschriften, nur noch solche Studien zu publizieren, die bis spätestens 13. September 2005 in Registern angemeldet sind. Diese Forderung kann kurzfristig durch die Registrierung z. B. in den USA erfüllt werden, wobei das dortige Register nicht uneingeschränkt nutzbar ist. Das dortige Register lässt jedoch für Studiendurchführende und Informationssuchende viele Fragen unbeantwortet. „Nicht erfüllt werden kann damit jedoch eine zentrale Funktion eines Registers: Die Information der deutschen Öffentlichkeit“, betont Einhäupl.

Die umfassende Registrierung aller Studien (also auch Nichtarzneimittelstudien wie z. B. in der Chirurgie oder zur Akupunktur) ist eine komplexe Aufgabe. Die WHO hat deswegen die Standardisierung für ein Netzwerk von nationalen Registern in Angriff genommen. Dafür wird eine global gültige Kennung von Studien geschaffen, um die Suche nach Studien simultan in allen Registern zu ermöglichen.

Die deutsche Initiative hat das Ziel, ein nationales Register unter strikter Beachtung der internationalen Vorgaben aufzubauen und gleichzeitig deutsche Interessen und Erfahrungen in den internationalen Entwicklungsprozess einzubringen. Einhäupl sagt dazu: „In der ersten Reihe an der

gegenwärtigen Bewegung hin zu mehr Transparenz teilzunehmen, ist für Deutschland als Forschungsstandort unverzichtbar. Damit wird ein wesentlicher Beitrag zu einer verbesserten Kultur klinischer Studien in diesem Land geleistet.“

An diesem breiten Bündnis für den Aufbau einer nationalen Registrierung hat sich der Verband der Forschenden Arzneimittelhersteller (VFA) nicht beteiligt. Der Verband hat darüber hinaus in einer Presseerklärung verlauten lassen, dass ein nationales Register Transparenz verhindere. Diese Erklärung ignoriert nicht nur die breite Unterstützung durch die deutsche Forschung und Patientenversorgung, sondern bleibt auch die Antwort schuldig, wie die Information der Öffentlichkeit ohne entsprechende deutsche Einrichtung erfolgen soll.

#### Hinweis:

Der Aufruf der deutschen Initiative für den Aufbau eines Registers wurde im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht (Jg. 102, Heft 27, S. A1937) und am 12. Juli 2005 in Berlin auf einer Pressekonferenz vorgestellt.

Unterstützt wird dieser Aufruf durch zahlreiche Organisationen und Institutionen des deutschen Gesundheitswesens:

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, Bundesärztekammer, Deutsches Cochrane Zentrum, Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin, Gesundheitsforschungsrat des Bundesministeriums für Bildung und Forschung, Netzwerk der Koordinierungszentren für Klinische Studien, Kompetenznetze in der Medizin, Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland, Verbraucherzentrale Bundesverband e. V., Vorstand des Arbeitskreises medizinischer Ethik-Kommissionen in der Bundesrepublik Deutschland, Telematikplattform für Medizinische Forschungsnetze e. V., Zentrale Ethikkommission.

Weitere Unterstützung kommt von zahlreichen Patienten und Selbsthilfegruppen (siehe auch [www.cochrane.de/studienregistrierung](http://www.cochrane.de/studienregistrierung)).

### „Berufliche Reha forscht...“

IQPR Fachtagung zu Fragen der Evaluationsforschung bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben  
Köln, 8.–9.11.2005

Vom 8. bis 9. November 2005 führt das IQPR in Köln eine Fachtagung zu Fragen der Evaluationsforschung in der beruflichen Rehabilitation durch. Neben theoretischen und methodischen Fragen werden Ergebnisse aus Studien zu Strukturfragen, Wirksamkeit und Erfolg von Leistungen zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen am Arbeitsleben vorgestellt. Eine Tagung mit dieser Zielsetzung wird erstmalig in der Bundesrepublik angeboten. Die Tagung richtet sich an Leistungsträger, Leistungserbringer, Politiker, Verwaltung, Integrationsämter, Wissenschaftler und nicht zuletzt an die Organisationen der Behinderten. Veranstalter ist das Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation an der Deutschen Sporthochschule Köln (IQPR).

Im Gegensatz zur umfangreichen Evaluationsforschung zur Arbeitsmarktpolitik begleitend zur Hartz I–IV Gesetzgebung ist diese Forschung in der beruflichen Rehabilitation noch selten. Es fehlt zudem an theoretischen und methodischen Konzepten. Auf der Fachtagung wird in zwölf Referaten, drei Arbeitsgruppen und einer Posterpräsentationen der Grundsatz- und angewandten Forschung ein breites Forum einräumt.

Die Tagung ist Bestandteil des Forschungsprojektes „Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben“, das durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung gefördert wird. Partner des IQPR bei der Tagung ist der FBR – Forschungsverbund Berufliche Rehabilitation (BFW Köln-Michaelshoven, BFW Düren, DSHS Köln Institut für Rehabilitation und Behindertensport, IQPR Köln, RWTH Aachen Institut für Psychologie, Uni Köln Heilpädagogische Fakultät).

#### Weitere Informationen:

Rudolf C. Zelfel, Dipl.-Psych.  
wissenschaftlicher Mitarbeiter,  
Tagungsorganisation, IQPR  
Sürther-Str. 171

50999 Köln  
persönliches Tel.: 0221-3597 356  
E-Mail: [zelfel@iqpr.de](mailto:zelfel@iqpr.de)

Programm und Anmeldeformulare stehen auf der Homepage zur Verfügung:  
[www.iqpr.de](http://www.iqpr.de)