

med

01/19

Magazin der Zweigbibliothek Medizin

forschung
Wie publizieren
Münsteraner
Mediziner?

focus
Interview mit Prof.
Michael Schwartz
von der Yale School
of Medicine

focus
**Interview
mit Prof.
Marschall**

med 01 / 19

3 editorial

4 focus

4 „Es hat Zeit gebraucht zu verstehen, was als Studiendekan machbar ist.“
Interview mit Prof. B. Marschall, Studiendekan

6 „We believe in humanities. We don't want them to be just physicians.“
Interview mit Prof. M. Schwartz, Associate Dean for Curriculum Yale

8 studium

8 Wie gut sind die Apps von Amboss, Elsevier und Thieme? Heterogene Qualität bei Inhalten und Performanz

10 forschung

10 Prof. R. Toellner, ehemaliger Leiter der Bibliothekskommission, ist verstorben

11 Wie kommunizieren und publizieren Münsteraner Mediziner?

4 › „Es hat Zeit gebraucht“

Interview mit Prof. B. Marschall, Studiendekan der Medizinischen Fakultät



10 › Nachruf

Prof. R. Toellner, ehemaliger Leiter der Bibliothekskommission



6 › Humanities

„We don't want them to be just physicians.“ Interview mit Prof. Michael Schwartz, Associate Dean for Curriculum Yale School of Medicine

Liebe Mediziner,

„Studiendekane streiten für die bestmögliche Ausbildung der ihnen anvertrauten Studierenden.“ Erst durch das Interview mit Prof. Dr. Bernhard Marschall, Studiendekan der Medizinischen Fakultät, ist mir bewußt geworden, wie wichtig (und gleichzeitig selbstverständlich) dieses Engagement gerade auf dem Gebiet der medizinischen Ausbildung ist. Die Lehre zielt hier nicht nur auf kognitives und Handlungswissen ab, sondern auch auf einen gewissen Reifegrad der Persönlichkeit, wie Marschall eindrücklich ausführt.

Nicht zufällig folgt auf die Befragung des Münsteraner Studiendekans ein Interview mit Prof. M. Schwartz, Associate Dean of Curriculum, Yale School of Medicine. Er war einer der ersten, die den Wert von Tabletcomputern in der medizinischen Ausbildung erkannten und sie jedem Studierenden an die Hand gaben. Bevor die Zweigbibliothek ihr flächendeckendes Angebot von iPads startete, informierte ich mich bei ihm in Boston über sein Projekt. Wie nett, dass er im Jahr darauf einen Gegenbesuch in Münster machte! So hatte ich die Gelegenheit, ihm auf dem Weg nach Nordkirchen ein Loch in den Bauch über sein iPad-Projekt zu fragen. Schwartz' überzeugt, dass es wichtig ist, jeden einzelnen nicht nur in seiner Rolle als Medizinstudierender wahrzunehmen.

„We don't want them just to be the physicians. A big part of what we talk to our students is, that you can't take care for other people if you can't take care for yourselves.

It is important to do something besides doing medicine all the time.“

Es war ihm ein Anliegen, während der langen medizinischen Ausbildung keinen Studierenden zu übersehen und dadurch eventuell zu verlieren.

Und das ist vielleicht eine schöne Gemeinsamkeit der beiden sonst sehr unterschiedlichen Studiendekane und Universitäten: Die Überzeugung, dass nicht die Technik oder das reine Wissen einen guten Studierenden und eine/n gute/n Arzt/Ärztin ausmachen, sondern das unmittelbare Lernen und Handeln von und mit echten Vorbild-ÄrztInnen am Patientenbett.

„When you ask a physician what he/she remembers best from their time as trainee they always say something like: “Well, my internal medicine attending or resident told me this as we were discussing a particular patient and I will never forget that patient and how this discussion impacted their treatment and care”.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen frohe Ostern und einen schönen 1. Mai !



Dr. Oliver Obst

Oliver Obst

„Es hat Zeit gebraucht zu verstehen, was als Studiendekan machbar ist.“

Interview mit Studiendekan Prof. B. Marschall



Prof. Marschall wurde interviewt von Dr. O.Obst, Leiter der Zweigbibliothek Medizin

Dr. Bernhard Marschall ist 54 Jahre alt, Chirurg und seit mehr als 15 Jahren Studiendekan an der Medizinischen Fakultät der Universität Münster. Seit 2006 leitet er als geschäftsführender Direktor das Institut für Ausbildung und Studienangelegenheiten (IfAS) der Medizinischen Fakultät.

Wie sind Sie auf die Idee gekommen, Studiendekan und Leiter des IfAS zu werden?

Dass ich einmal in diese Richtung gehen würde, hätte sich tatsächlich keiner vorstellen können, der mich in der Chirurgie erlebt hat. Als mein damaliger Chef, Univ.-Prof. H. Bünte, 1995 in den Ruhestand ging, war ich gerade bei ihm Privatassistent und damit auch der so genannte „Vorlesungsassistent“. Eigentlich waren meine diesbezüglichen Aufgaben auf das Tafelwischen und das halbjährliche Übertragen der Vorlesungsthemen von Semester zu Semester beschränkt. Dann bat mich aber der „Neue“, Herr Univ.-Prof. N. Senninger, zu einem Gespräch in sein Büro – wie selbst-

verständlich (für damalige Zeiten) an einem Sonntagabend um 19 Uhr. Ich werde dieses Gespräch nie vergessen, bat er doch, ich möge ihm bitte einmal „kurz“ das bisherige Lehrkonzept der Klinik darlegen. Für einen „Vollblut“-Chirurgen, der nicht zuletzt wegen der Zugehörigkeit zum Transplantationsteam deutlich mehr Zeit in der Klinik und im OP als Zuhause verbrachte, war die Lehre bis dahin nicht gerade das Hauptthema. Kurzerhand zum „Lehrbeauftragten“ der Klinik befördert, interessierte ich mich nunmehr quasi zwangsweise dafür – fing dann aber recht schnell richtig „Feuer“. Nach einigen Anfangserfolgen (1997: „Lehrer des Jahres“) fuhr ich dann 1999 nach Linköping erstmals auf die Jahrestagung der damals wie heute wichtigsten Fachgesellschaft auf diesem Gebiet, der Association for Medical Education in Europe. Das war ein weiterer Fixpunkt in meiner „Lehr“-Karriere, da sich diese Veranstaltung zu einem extrem inspirierenden Erlebnis entwickelte. Neben den für die deutsche Lehrrealität absolut revolutionär anmutenden Vorträgen beeindruckten mich hierbei insbesondere solche Koryphäen wie Ronald Harden und Roger Kneebone, mit denen man einfach am Mittagstisch zusammensaß, wahnwitzige Ideen ausgebrütete und nahezu umstürzlerische Pläne schmiedete. Kurz darauf habe ich dann ein berufsbegleitendes Masterstudium „Medical Education“ an der Uni in Bern begonnen, und wurde 2002 – quasi frisch von der Uni - in das Amt des Studiendekans gewählt. Damals stand gerade die Umsetzung der 9. Novelle der Ärztlichen Approbationsordnung an, worauf wir – wie auch die meisten anderen Fakultäten – nicht wirklich gut vorbereitet waren. Offensichtlich war man der Meinung, dass ich mit dem Masterstudiengang hierfür nun die bestmöglichen

fachlichen Voraussetzungen mitbrachte. Das mag zumindest einer der Gründe gewesen sein, warum man mich als ersten nicht-habilitierten Studiendekan ins Dekanat gewählt hat. Von meinem damaligen Mentor – Prof. Peter Nippert –, habe ich dann 2006 das IfAS übernommen.

Kann man sich das so vorstellen, dass Sie die Initialzündung, die Hefe für den Münsteraner Kuchenteig waren?

Nein. Der „Hefeteig“ war schon immer ein Aushängeschild von Münster. Allein die Gründung eines Institutes für Ausbildung und Studienangelegenheiten schon Mitte der 80er-Jahre darf als ein Beleg hierfür angesehen werden. Für mich war es zunächst eine eher schmerzhaft Erfahrung mit meinen vielen Ideen, Wünschen und Fantasien in der Realität der Hochschulpolitik anzukommen. Es hat erst einmal einige Zeit gebraucht zu verstehen, was in meinem Amt als Studiendekan machbar ist und was nicht. Um beim Bild des Hefeteigs zu bleiben: Es galt diesem einen Weg zu bahnen, so dass er aufging, aber nicht überschwappte. Als Studiendekan hatte ich – zunächst in einer Partnerschaft mit Peter Nippert – die Möglichkeiten eine Richtung vorzugeben. Mit der Übernahme des IfAS verfügte ich dann auch über das operative Instrument eigene Ideen umzusetzen. Eine dieser Ideen war das Studienhospital, an dessen Konzept ich bereits früh gearbeitet habe.

War das Studienhospital ein Probelauf für die wesentlich größere Limette?

Es war kein Probelauf. Dafür sind die Konzepte dieser Einrichtungen zu verschieden und jede für sich in ganz unterschiedlichen Dimensionen unterwegs und wichtig. Aber letztendlich war der Erfolg des Studienhospitals so etwas wie ein Türöffner. Wenn man sich das mal überlegt: Das Studienhospital haben wir mit einem Nettobetrag von ca. 450.000 Euro realisiert, und das hatte fünf Jahre Lobby-Arbeit gebraucht, um einem De-

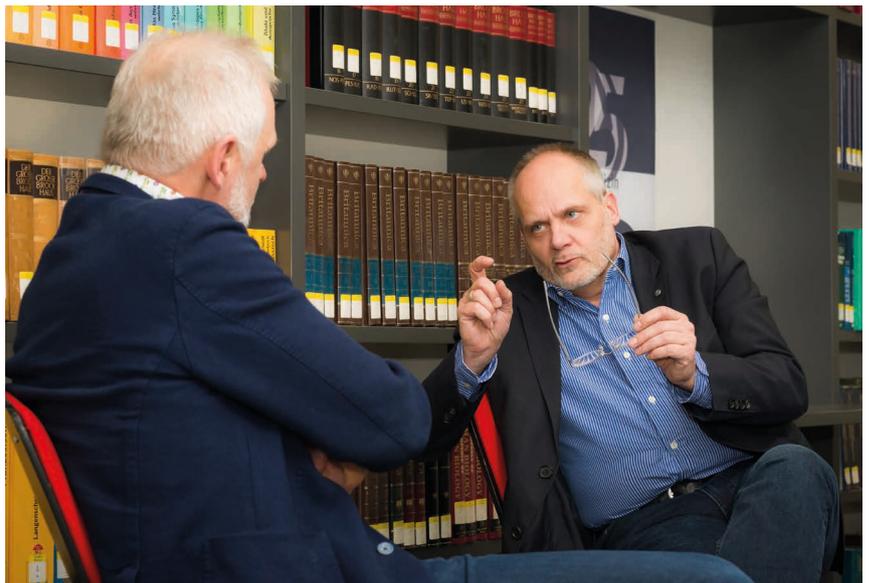
kanat, einem Vorstand darzulegen, warum es da drüben in der Malmedystraße noch einmal acht besondere Patientenbetten bräuchte, wo doch das UKM schon über 1600 Betten verfügte. Dem gegenüber war die Realisation der Limette bei steigender Akzeptanz des Simulationskonzeptes und dem Erfolg des Vorzeigeprojektes schon etwas leichter.

Außerdem kam immer wieder die Frage auf: Was bringt das denn, was ihr da im Studienhospital macht? Kann man das messen, kann man das sehen? Anhand von Multiple Choice-Klausuren gelingt so etwas sicher nicht. Der Wunsch Ärztliche Performance, Ärztliche Kompetenz quantitativ sichtbar zu machen war eine der logischen Folgen des Studienhospitals und damit eine der treibenden Kräfte für die Limette.

Neben den verschiedenen methodischen Ansätzen und Konzepten erfüllt die Limette aber auch vornehmlich eines: Sie ist ein Statement der Fakultät an die Studierenden: „Das erwarten wir von euch, das ist unser Anspruch. Sie

„Zunächst war es eine eher schmerzhaft Erfahrung, mit meinen vielen Ideen, Wünschen und Fantasien in der Realität der Hochschulpolitik anzukommen.“

Fortsetzung -> S.18



We believe in humanities. We don't want students to be just physicians.

Yale-Professor M. Schwartz zu Ausbildung und iPads



Prof. M. Schwartz im Lehrgebäude der Medizinischen Fakultät

Im Jahr 2015 besuchte Prof. Dr. Michael L. Schwartz, Associate Dean for Curriculum der Yale School of Medicine, die Medizinische Fakultät der Universität Münster. Als Leiter des Office of Education hatte er unter dem Slogan „Going Green and Digital“ bereits 2011 iPads in die medizinische Lehre eingeführt. Er sagte selber dazu: „A project that began as a way to save energy and reduce paper waste is now giving students innovative, hands-on ways to immerse themselves in their curriculum.“ Im Folgenden finden

Sie die Originalversion des Interviews, das Dr. O. Obst mit Prof. M. Schwartz anlässlich seines Besuchs geführt hat. Die Interviewfragen wurden durch Überschriften ersetzt.

iPads are a big deal for students

There are a couple of benefits to using the iPad in our curriculum. For example, one Yale student said that, “I like not having to carry excessive books and remembering which printed syllabus materials to bring with me each day for note

taking. The iPad is extremely easy to use and great for taking notes”. I think another benefit is that students have everything in their curriculum with them at every moment in time. So, if they are sitting somewhere or are on the bus they have access to their materials, and they can read and use them anywhere. We are

also continually trying to enhance the data we make available to the students on the iPad: we provide curricular videos, we podcast all lectures, we give them iBooks tied to their curriculum... things like that ... it is easy for them to work whenever and wherever they want. But the other side is that they live on the iPad now, so it is also their social media and entertainment device. Thus, it meets most of their academic and social needs. I think that it is a major advantage: to have their curriculum, social networking and other stuff with them at all times.

Another thing that is important is for us to comply with the laws and regulations protecting patient information. These standards are very strict and require us to be sure that any device that could contain electronic protected health information (ePHI) be encrypted and secure in a number of different ways. Even email access by students must meet strict security standards. For example, our students are not allowed to read messages to their Yale email on a non-secure device. Even though 90% of the email may come from parents, siblings or friends, that 10% that may contain patient information must be protected and requires that all access to their email account be done on a secure device. Because of the security profiles we enforce on their iPads, the iPad is that secure device that allows them to be compliant with all standards for ePHI.

To increase their engagement with the curriculum we made sure that all of our videos and podcasts are iPad compatible. They can watch all of the instructional videos for the flipped classroom sessions on their iPad and we podcast every lecture using a system that allows them to search the podcast using

„There are a couple of benefits to using the iPad in our curriculum.“

keywords and to speed up or slow down the video as they watch it on the iPad. To engage with curricular materials we provide them with the Good Reader App. This App allows them to download all curricular materials (lecture notes, PowerPoint or Keynote presentations, case materials, etc.) to their iPad using a simple and quick synchronizing mechanism that accesses all content posted on our learning management system. They can then read, annotate and review any curricular session materials on the iPad. The use of the iPads has definitely changed the engagement of the students with curriculum content.

Lectures should be up to date and in one place

Prior to launching our iPad initiative for all students, we did a pilot study with five self-identified “tech-savvy” and five “not tech-savvy” students to determine what was most important to them and to see how they would use the iPads, accessories and Apps. Two of the most salient things which we learned were that students: (1) found it frustrating and inefficient if the materials we provide them to annotate and read are not the same as what they see in their classes and, (2) find it challenging if each class has a different folder structure and system for organizing their materials.

To the first point they said that it does no good for them to take notes on a presentation that is different from what they are seeing in class and that it is even more frustrating if the lecturer starts the lecture telling them that he/she changed the PowerPoint and will send them the updated presentation after the lecture! In fact, this lack of matching has historically been one of the biggest complaints

by our students, even when we used to supply paper copies of the notes and presentations.

With this feedback, and also knowing that many faculty change their presentations at the last minute, we designed a “just in time” system to provide the updated presentations to the

students in real time. Now when faculty enter the lecture hall with a modified presentation or one that was not uploaded to the learning management system they use a thumb drive to drop the new presentation onto a folder on the podium computer desktop, it gets converted to a format for annotating and then gets pushed to the student iPads. This all happens within a few minutes and ensures students always are taking notes on the most up-to-date materials. This also benefits the faculty since they used to be reluctant to update their lectures knowing that students might be upset if they did not get the updates in time.

„The use of the iPads has definitely changed the engagement of the students with curriculum content.“

Fortsetzung -> S.12



Prof. M. Schwartz mit Prof. T. Stamm (l.) in der Klinik für Kieferorthopädie

Wie gut sind die Apps von Amboss, Elsevier und Thieme?

Heterogene Qualität bei Inhalten und Performanz

In einer Umfragestudie wurden alle 2.046 Teilnehmer des easystudium-Projekts nach der Qualität der folgenden sieben Lern-Apps gefragt: Amboss Kreuzen, Amboss Wissen, Elsevier-Reader, Sobotta Anatomie Atlas, Thieme eRef, UpToDate und Visible Body (Human Anatomy Atlas). 487 Studierende antworteten, der Recall betrug somit 24%.

Ergebnisse

Amboss Wissen lag mit 65% auf Platz 1 der Nutzung, gefolgt von Thieme eRef (46%) und Amboss Kreuzen (44%). Der Sobotta Anatomie Atlas und Visible Body lagen mit je 31% auf dem 4. Platz. Der Elsevier-Reader

und UpToDate folgen abgeschlagen mit 15% bzw. 6%. Die Anatomie-Apps und UpToDate sind Apps, die insgesamt vielleicht eher selten, aber in bestimmten Semestern sehr stark benutzt wurden.

Wichtigkeit

Bei den Studierenden stand Amboss Wissen mit 86% ganz oben in der Wichtigkeit. Amboss Kreuzen und Thieme eRef folgten mit 73% bzw. 71%, vor den beiden Anatomie-Apps Visible Body und Sobotta Atlas mit je 61%. UpToDate wurde von 54% der antwortenden UpToDate-Nutzer als sehr wichtig bzw. wichtig wahrgenommen, während der Elsevier Reader abgeschlagen mit 43% auf dem letzten Platz landete.

Zufriedenheit

Die Studierenden waren am zufriedensten mit den beiden Amboss-Apps (93% resp. 88%

sehr zufrieden bzw. zufrieden) – das war der absolute Spitzenwert. Mit den beiden Anatomie-Apps (79% resp. 77%) und UpToDate (69%) waren die Antwortenden ebenfalls sehr zufrieden. Abgeschlagen war wiederum der Elsevier Reader mit 48% und überraschenderweise die Thieme eRef mit 43%.

Wichtigkeit vs. Zufriedenheit

Trägt man die Wichtigkeit der einzelnen Lern-Apps gegen deren Zufriedenheit auf, erhält man ein so genanntes „Aktions-Portfolio“, das es ermöglicht, die Apps in vier Gruppen zu unterteilen (Abb. rechts unten).

Mit Amboss Wissen und Kreuzen gehören zwei Ressourcen eindeutig zu den so genannten „Cash Cows“ im Quadranten rechts oben. Beide wiesen eine sehr hohe Zufriedenheit auf.

Thieme eRef ist die einzige Ressource im Verbesserungsquadranten rechts unten. Der Unterschied zwischen der überragenden Wichtigkeit der Anwendung (aufgrund des Angebots zahlreicher Lehrbücher) und der überaus niedrigen Zufriedenheit weist auf eine enttäuschte Nutzerschaft hin: Jeder dritte Thieme eRef-Nutzer klagte über Stabilitätsprobleme – viermal mehr als bei jeder anderen App.

Obwohl auch noch knapp im Cash Cow-Quadranten gehörten VisualDx und Sobotta Atlas (zusammen mit UpToDate) zu den Ressourcen mit niedriger Wichtigkeit und hoher Zufriedenheit (Quadrant links oben). Der Elsevier-Reader ist die einzige App im linken unteren Quadranten: weder wirklich wichtig noch wirklich gut.

Bricht man die Portfolios auf die einzelnen Semester herunter, dann werden die anatomischen Apps Visible Body und Sobotta Atlas zu

„Ich wünsche mir, dass die eRef vernünftig funktioniert oder man zumindest die Thieme Bücher besser offline nutzen kann.“

Alle Ergebnisse:

<https://www.uni-muenster.de/ZBMed/aktuelles/tag/pj-studie2018>

deutlichen „Cash Cows für die Vorklinik“. In den klinischen Semestern ist UpToDate neben den beiden Amboss-Apps die einzige Anwendung mit „Cash-Cow“-Charakteristik.

Probleme

Von den Antwortenden wurden insgesamt 1.616 Probleme mit den Apps in den Bereichen Login/Zugang, Handhabung, Schnelligkeit, Übersichtlichkeit und Stabilität berichtet. Der Spitzenreiter in dieser „Problem-Statistik“ war die App Thieme eRef. Der Knackpunkt dieser App waren offensichtlich Probleme mit der Stabilität – 42% aller Nutzer beklagten die zahlreichen Abstürze. Auf dem unrühmlichen zweiten Platz folgte der Elsevier-Reader. Visible Body lag auf dem dritten Platz – aber bereits mit 100 Prozentpunkten weniger Problemen wie die Thieme eRef. Die übrigen vier Apps schnitten mit Prozentsummen von um die 40% sehr ansehnlich ab, wobei UpToDate die „problemloseste“ App war.

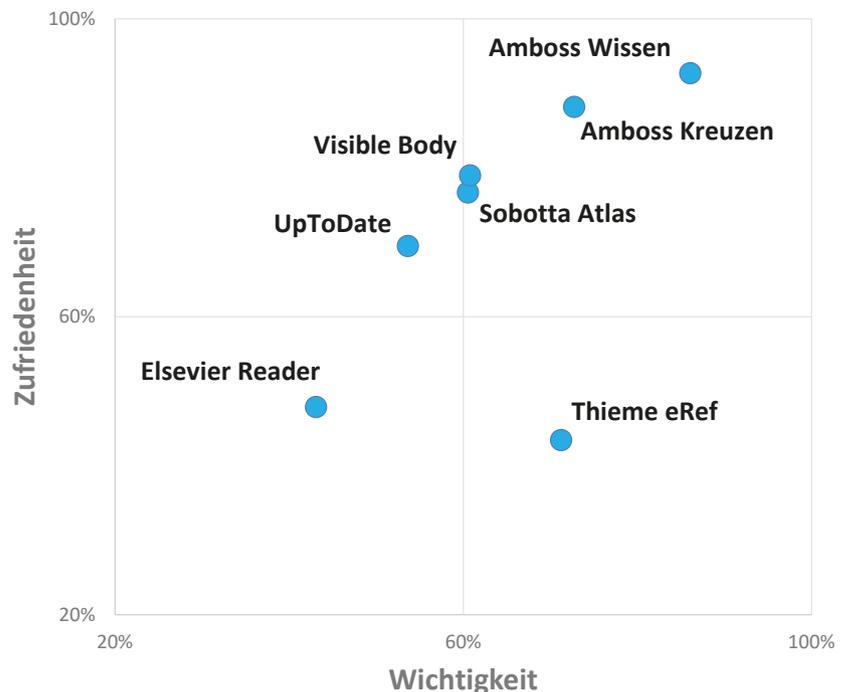
Wunschfrage

Die Schlussfrage lautete: „Angenommen, eine Fee erfüllt über Nacht Ihren größten Wunsch. Woran würden Sie es merken?“ Die meisten der 263 Teilnehmer, die diese Frage beantworteten, wünschten sich Verbesserungen bei den Arbeitsplätzen (70 Antworten). Der Nummer-2-Wunsch betraf die iPad-Apps (39). 15 wünschten sich eine bessere eRef-App, weitere 13 einen freien viamedici-Zugang. In Nummer 3 kamen die Spinde. Genau 30 Teilnehmer wünschten sich mehr Schließfächer, mehr Platz dort, Spinde für Wertsachen oder solche, die mit 1€- und 2€-Münzen funktionieren. Auf den 4. Platz kamen alle Wünsche rund um das Bistro (28), wie z.B. eine Kaffeemaschine, frisches Obst oder eine Kuchenthe-

ke. 17 Wünsche bezogen sich auf das Klima in der Bibliothek, kühler/wärmer und bessere Lüftung. 26 Studierende nahmen die „Feen-Frage“ zum Anlaß, die Bibliothek zu loben. Ihre Kommentare zeugen von einer sehr hohen Wertschätzung der Bibliothek.

„Da ich nicht in Münster wohne, würde ich die App von Thieme gerne nutzen, aber der Umgang ist ‘ne Katastrophe.“

Portfolio Wichtigkeit vs. Zufriedenheit



Prof. Toellner, ehem. Leiter der Bibliothekskommission, ist verstorben

Wichtiger Geburtshelfer der Zweigbibliothek Medizin



Prof. Richard Toellner signiert sein Buch „Medizingeschichte als Aufklärungswissenschaft“ (LIT-Verlag 2016), in der Zweigbibliothek Medizin im Monografiebereich unter der Signatur WZ 40 16/1 zu finden.

Am 2. Januar diesen Jahres ist Prof. Dr. med. Richard Toellner verstorben. Nur wenige wissen noch, welche besondere Rolle er bei der Gründung der Bibliothek gespielt hat.

1974 wurde Toell-

ner zum ordentlichen Professor für das Fach Geschichte und Theorie der Medizin und zum Direktor des Instituts für Geschichte der Medizin an der Universität Münster ernannt, das er bis zu seiner Emeritierung 1995 leitete. Vom 1. Oktober 1977 bis zum 30. September 1978 war er Dekan des damaligen Fachbereiches 5 – Vorklinische und theoretische Medizin.¹ Als Vorsitzender der Bibliothekskommission hatte er in den Gründungsjahren der Zweigbibliothek Medizin maßgeblichen Anteil an der Verwirklichung einer zentralen Medizinbibliothek auf dem Campus. Durch seine Idee, den Literaturetat der Klinik- und Institutsbibliotheken zur Hälfte in die ZB Med umzuleiten, sorgte Toellner für eine wichtige finanzielle Starthilfe. In den Anfangsjahren war er entscheidend daran beteiligt, das Schiff „Zweigbibliothek“ durch die aufkommenden Stürme zu steuern. So wies er die DirektorInnen der Medizinischen Fakultät 1993 in einem Brief auf drei Vorbedingungen für eine leistungsfähige Bibliothek hin:

„Am Ende dieses Jahres soll die Zweigbibliothek für die Medizinische Fakultät eröffnet werden. Damit wird nach 18jährigen Bemühungen ein für die Forschung und Lehre an unserer Fakultät gravieren-

der Mangel behoben und Münster endlich gegenüber vergleichbaren Fakultäten nicht mehr im Hintertreffen sein. Die vom Fachbereichsrat eingesetzte Kommission versucht in enger Zusammenarbeit mit der Leitung der Universitätsbibliothek die Bedingungen für eine leistungsfähige Medizinische Bibliothek zu schaffen, die den Erwartungen der Forscher, Dozenten und Studenten entspricht und von den Benutzern gleich voll angenommen wird. Drei Bedingungen sind es vornehmlich, von deren optimaler Erfüllung die Leistungsfähigkeit einer Medizinischen Bibliothek abhängt: 1. Eine schnelle, zuverlässige und gezielte Literaturrecherche. Dazu bedarf es qualifizierter, kompetenter Bibliothekare, eines guten bibliographischen Apparates und moderner EDV-Technik. 2. Eine möglichst vollständige Präsentation der Forschungsliteratur vor Ort. Das bedeutet in erster Linie einen hervorragenden Zeitschriftenbestand. Die neueste Handbuchliteratur und die aktuellen Monographien müssen ebenfalls greifbar sein. 3. Günstige, den Erfordernissen an einer Medizinischen Fakultät angepaßte Öffnungszeiten. Das Ideal wäre Öffnung an sieben Tagen der Woche 24 Stunden, wie in Amerika an einigen Stellen realisiert.“

Im Rückblick hat die Zweigbibliothek in diesem Sinne viele, wenn nicht alle Erwartungen der Fakultät erfüllen können. Lediglich bei den Öffnungszeiten musste die Bibliothek erst einmal klein anfangen. Statt 24/7 wurde Mo-Fr 8-22 Uhr, Sa 9-18 Uhr und So 10-18 Uhr geöffnet. Die steigende Attraktivität der Bibliothek führte dann über die Jahre zu steigenden Öffnungszeiten von aktuell 8-24 Uhr durchgehend.

¹ aus „Profunder Kenner der Geschichte, Ethik und Theorie der Medizin: Prof. Richard Toellner verstorben“ Nachruf der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

Wie kommunizieren und publizieren die Forscher der Medizinischen Fakultät?

Der Münsteraner veröffentlicht gern traditionell

Beim Publizieren geht es um Fragen wie: „Nutzen Sie Google Docs anstatt Word? Endnote statt Refworks? PubMed statt Scopus? Megajournals anstatt Fachzeitschriften?“ Im folgenden werden drei exemplarische Möglichkeiten vorgestellt, wissenschaftlich zu kommunizieren und zu publizieren. Dazu wurden die Workflow grafisch charakterisiert:



Innovativ: Hier verläßt man die eingefahrenen und bekannten Wege, um mit innovativen Programmen und Methoden zu experimentieren. Man sucht Literatur in den Mendelely-Sammlungen anderer Forscher, analysiert seine Daten mit Hivebench, schreibt mit kollaborativen Tools wie Authorea, publiziert in Open Access-Protalen wie FigShare oder PeerJ, macht sich über ResearchGate und ORCID bekannt und misst seinen Wert per Altmetric-Meldungen in Social Media.



Follow the crowd: Bei diesem Workflow verläßt man sich auf neuere, massentaugliche Dienste wie Google Scholar, Excel, Mendelely, Plos One, Researchgate und h-index.



Traditionell: Literatur wird mit dem Web of Science gefunden, die eigenen Daten mit

SPSS analysiert, mit Word das Manuskript geschrieben, in Fachzeitschriften wie Nature veröffentlicht, es mit einer ResearcherID „publik“ gemacht und über den Impact Faktor evaluiert.

Wie hält es nun der Münsteraner Wissenschaftler? Eine Studie der Universität Utrecht hat uns dazu einen Einblick gegeben: Der westfälische Mediziner kommuniziert und publiziert zwar mehr oder weniger **traditionell**. Nach einer Analyse von knapp 100 Rückmeldungen ergibt sich folgendes differenzierte Bild für die insgesamt zwölf Workflow-Phasen.

› Workflow für Münsteraner Mediziner

- Search:** An 1. Stelle bei der Literatursuche steht PubMed, gefolgt von 2. Google Scholar und 3. Web of Science.
- Access:** An 1. Stelle erfolgt der Zugang zu der Literatur über Institutional Access (Bibliotheken), gefolgt von 2. Email an den Author und 3. ResearchGate
- Alerts:** An 1. Stelle werden automatisierte Nachrichten via ResearchGate empfangen und via 2. GoogleScholar
- Read:** An 1. Stelle werden die Paper mit Adobe Reader gelesen, dann mit 2. HTML
- Analyse:** Analysiert wird mit 1. Excel und 2. SPSS
- Write:** Geschrieben wird mit 1. Word und 2. LaTeX
- Reference:** Nr. 1. der Literaturverwaltung ist immer noch EndNote, dann folgen 2. RefWorks und 3. Papers
- Archive:** An 1. Stelle werden die eigenen Paper mit ResearchGate archiviert, dann mit 2. PubMedCentral
- Journal:** Beim Journal wird zunächst auf den 1. Impact Faktor geschaut, dann auf 2. Scopus-Bewertung
- Publish:** Publiziert wird gerne in 1. traditionellen Journals (wie Nature), dann in 2. trad. Open Access Journals (wie die BMC Journals) oder auch 3. Open Access Megajournals (wie Plos One)
- Profile:** Man hat sein eigenes Profil bei 1. ResearchGate, 2. Google-Scholar Citations oder 3. ORCID
- Impact:** Es wird evaluiert über 1. Impact Faktor, 2. Web of Science und 3. Scopus

Fortsetzung von S.7

„It’s good that they start out with the iPad so that by the time they get to the clinic they are conversant with mobile devices.“

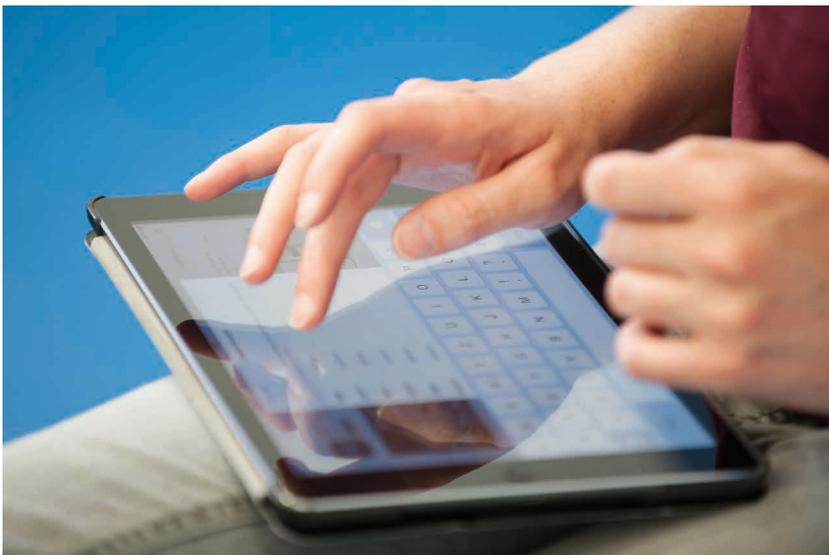
To the second point, students in the pilot group told us how frustrating it was that each class had a different folder structure and system for their materials. Thus, it was on them to figure out the folder logic for each class and they spent needless time doing this before they could access materials. For example, the PowerPoints for the Neuro-

science course might be in a folder titled “Presentations” while in Biochemistry they might be in the “Notes” folder. To remedy this we created the same folder structure for each course on the iPad.

We then designed a file naming convention for the learning management system that allows all of the files to be downloaded to the iPad to be placed in the proper course folder, the correct content subfolder (lectures, notes, case conferences, etc.) and to be organized chronologically in the subfolder. Now every single one of our courses and clerkships have the same subfolder structure and file provisioning to these subfolders. Students no longer have to read our minds on how we organize each course, it is all the same.

An unexpected and interesting piece of data we took away from the pilot was how different individual students were in their comfort and knowledge about IT and mobile devices. We assumed that everyone coming to the medical school in this generation would be tech savvy and comfortable with using these devices. Yet, we found that roughly 30% of students have no idea how to set up their computer, or phone, even if they are conversant with using individual Apps or programs on these devices. This observation was striking to me. After we had implemented iPads in the curriculum, this point was further reinforced when I would occasionally interview an applicant for admissions and they would say, “...do I need to be able to use an iPad in the Yale curriculum?” Being aware of this has impacted our orientation sessions for iPad set-up. No student leaves the session in which we give them the iPads until the devices have been set up for curricular synchronizing, secure email, encryption, the electronic health record and secure mobile computing. I think it’s good that they start out with the iPad so that by the time they get to the clinic they are conversant with mobile devices that are becoming an increasingly important part of the clinical environment.

One of the important advantages of the iPad is the large number of educational and clinically relevant Apps that are available. We do not push Apps to the student iPads as we feel it is important that they decide which Apps may be useful based upon discussions with other students and preceptors. However, our medical library provides no cost licensing for a number of relevant Apps during the pre-clerkship, clerkship and advanced training periods of the curriculum. During the pre-clinical period of the curriculum these are available through the library website, and during the clinical period of training they are made available through the Mobile Device Management system that maintains the security of the iPads.



iPad-Benutzung an der Zweigbibliothek Medizin

We also decided not to develop Apps ourselves since there is still a portion of the student body that prefers to use their computers and not the iPads. This group usually includes students in the MD/PhD program that require statistical programs and other software that is not available on the iPad. We do develop curricular engagement applications that can be used by both the iPads and computers that are based on websites. To make these feel more integrated with the iPads we create web-clips, a type of bookmark, that students can place on the home page of the iPad. Students activate these by tapping on the icon as they would an App icon, making it as easy to engage the content and application as it would be if they were activating an App.

We believe in humanities. We don't want them just to be physicians.

We strongly believe in the value of incorporating the humanities into medical training in the required curriculum and also support, and encourage, this engagement with robust extracurricular offerings. Within the formal curriculum these sessions include reflective writing sessions and sessions in which students view art to teach the principles of observation, description and implicit bias. Extracurricular activities include a medical student orchestra, an acapella group, sessions focused on drawing and sketching and meditation. When we introduced the iPads our Dean of Student Affairs introduced a Literature Salon series. She would provide books relevant to the curriculum, that were coordinated with their courses, to all of the students on their iPads. For example during the Neuroscience course, that I teach, she would provide the students with the book, "The Man Who Mistook His Wife for a Hat" by Oliver Sachs. Interested students could then sign up to join a small group of other students for a discussion of the book at an evening session in my home over wine, cider, cheese, and chowder. The discussions range from how the topics in the course impact their



Ubiquitäre Nutzung von iPads bei einer Vorlesung an der Yale Medical School

understanding of the books' stories, to the nature of medical research and ethics. This concentration on the humanities reflects our commitment to make our students more compassionate and caring physicians and also to focus on their own wellness and things that are important for their own self-care. We make it clear to them that they cannot effectively take care of their patients if they do not take care of their own physical, cognitive and mental needs.

„This concentration on the humanities reflects our commitment to make our students more compassionate and caring physicians.“

Evaluation of lectures

The iPad is a very useful method for students to provide real-time lecture or workshop evaluation. Using Qualtrics survey software we have created a brief real-time survey that students can activate by tapping on an icon on their iPad after each lecture or workshop. They can select the course and session quickly using dropdown menus. They then answer two questions rating the engagement and effectiveness of the session and then

„We make it clear to the students that they cannot effectively take care of their patients if they do not take care of their own physical, cognitive and mental needs.“

have a comment box for narrative responses. The feedback takes only a few minutes and can be made available to the faculty member shortly after the session, and in some cases in time for the faculty member to make changes before the next time he/she lectures or runs a workshop. Despite its simplicity,

not all students use this system. Typically, a core of 10-15 students out of the 104 students class use this feedback mechanism. However, when it occurs the feedback tends to be very useful. This feedback also tends to be more formative than what we get with our end of course surveys.

No E-Books for s

We don't really provide commercial eBooks to the students. How students use books is changing and we find that there is great diversity in what books students use, and even the extent to which they use books now that they have so many resources available to them on the web. We do, however, create and distri-

bute eBooks to our students for a number of core courses, including Neuroscience, Human Anatomy and Clinical Skills. We restrict the use of these to our students since they are carefully tied to our curriculum. We do not distribute them through the Apple iBook store, but through a dedicated website.

Teachers and iPads

When we first adopted iPads in the curriculum some faculty would be upset when students in lecture or workshops would look up information relevant to the discussion that the faculty member did not know or had forgotten. This could be around effective drug doses, test results, etc. This was threatening for some faculty who saw their role in education as the “expert” whose job it is to impart knowledge to the learner who is the vessel for receiving knowledge. In the past, if faculty did not know something they might tell the students that they would bring back the answers at the next session. However, with students looking this information up in the session the dynamic of expert and vessel became more complicated. Despite this reaction from a small group of faculty we found many faculty liked it when the students sought out this information in real-time using their iPads. These faculty saw the advantage of this behavior to their teaching since it allowed them to take the information that the student brought to the discussion and provide context or to demonstrate how this information would be applied and used in patient care. For these faculty, teaching became less about the details that everyone can get from the web and more about applying the data, critical reasoning and putting the data in the context of patient care.

In addition to its value as an in-the-moment source of information, some faculty members have become very good at using the iPad in a productive way to enhance classroom interactivity and engagement. For example, a number of educators use these devices as



(v.l.nr.) Thomas Stamm, Mike Schwartz, OliverObst und Gesche Frohwitter

audience response systems or to generate word clouds or other narratives that can be displayed to the whole class using audio-video projection to the classroom screen. This interactivity often informs the discussion and can be used by the faculty to assess how effectively the students are understanding what is taught.

Although the iOS (iPad mobile operating system) has changed, in the initial years of our iPad program the iOS was unable to display multiple App screens, simultaneously. This meant that if a student needed to take notes on the Powerpoint presentation they could not have a shopping App open at the same time to look for shoes or an email client open responding to emails. Students in the pilot group told us that this made them more focused in lecture. They pretty much had to stay on the App they were using to annotate the lecture slides. In the initial years of the program we would typically see that 90% of the iPads had the lecture on their screens and the students were annotating them. Unfortunately, that is now changing as these devices are now able to screen share and easily switch between App windows.

The iPad project gives us visibility and recognition

I think the major benefit of iPads for our medical school has been to enhance and facilitate the pedagogical delivery of curriculum and to enhance learner engagement and interactivity. However, in our initial years we were one of a handful of schools that gave iPads to all incoming students. We wondered what impact this might have on admissions and the Dean of the medical school even joked to my wife at a Holiday party that I would be very popular with the students because, “your husband is the one who gave out iPads”. When we surveyed first year students about how the iPad program impacted their choice to come to Yale they said that the iPad had very little impact per se, but that they reco-



Mike Schwartz auf einer Führung durch Schloss Nordkirchen

gnized that the iPad represented to them our commitment to improve our curricular pedagogy and to use technology in smart ways to facilitate this. It was reassuring that this \$1000 device was not the main reason that they chose us, but instead was a factor because it represented to them something more important about our culture and our commitment to educating our learners.

„Teaching became less about the details that everyone can get from the web and more about applying the data, critical reasoning and putting the data in the context of patient care.“

What will be the future of learning?

I think the future of learning is moving toward greater interactivity among and between learners and educators. What our students tell us is most memorable and the most “sticky” parts of their learning come from the narratives and interactions that occur in the presence of patients and with their faculty in small group sessions. When you ask a physician what he/she remembers best from their time as trainee they always say something like: “Well, my internal medicine attending or resident told me this as we were

„I was so impressed with how Münster had setup iPads to help your students to prepare for licensing exams by collecting diverse sources of information and materials together that would be effective in preparing them.“

discussing a particular patient and I will never forget that patient and how this discussion impacted their treatment and care”. So where does tech fit into this educational landscape? Being a self-described tech nerd and junkie,

I think technology can enhance that exchange, but I don't see that there can be effective learning if we try to replace that discussion and the relevance of the patient with technology. I believe we can deliver all the knowledge the students need to know with technology and that this can be done more and more effectively. However, how they apply that knowledge, evaluate its reliability and use

it in clinical reasoning requires mentoring, modeling and formative feedback that, for now, relies on the quality and commitment of individual educators. It's one thing to know a topic or disease from reading a book and something very different to know when you

apply this data, what data is needed and how that shapes a differential diagnosis and treatment plan. I see technology as really important, because most of the stuff we are doing around knowledge can be delivered at some level with technology. I think the most important thing that we need to do with our students – certainly in medicine – is to make them smart consumers of this knowledge so that they can effectively evaluate, and apply this information as it changes and is added to over their lifetimes and then to make them adept at applying the principles of critical thinking and clinical reasoning in its use.

Finally, we need to make sure that our students are able to use this technology in a patient centered way – to educate them on how to include the patient in their use of it. Just as some faculty look out over a lecture hall of students and wonder if they are all focused on the lecture or shopping on Amazon, patients not included in the use of the technology may think that screens they are not invited to view or physicians focused on a device and not them are not prioritizing them in the delivery of their care.

Libraries as learning centers

When I wanted to learn something in grade school I always went to the library. The library can support the process of medical education and learning for sure. I think the role of the library is helping people to access information and enabling them to do it effectively. At Yale, the librarians in our Medical Library work with students both in the library and in the classroom. They are no longer tethered to the library spaces helping students only within the library itself. As an example, two of our librarians lead several curricular sessions during the clinical rotations in the hospital teaching students how to use UpToDate, PubMed, and other search engines and tools to access information that may be relevant to patient care. In other sessions, we have librarians work with students in the use of certain



(v.l.n.r) Mike Schwartz, Lieuwe Kool, Mark Gentry, Gary Leydon and Oliver Obst bei der Vorstellung des iPad-Projekts an der Yale Medical School in Boston

clinical Apps for acquiring drug dosage information or specialty specific simulation cases. More and more instead of just coming into the library for a book, or journal, students come into the library to think about how to best find things using online sources. In my opinion the mission of the library has always been about helping people to access knowledge; now that includes helping people to understand technology in this process. I think of the library as a center for learning and although its role as a place for storing information is changing, it remains the place where we go to acquire, and access, information.

What I hope will not be the future of the library is to function solely as a computer support center. As technology becomes more central to the mission of the library it certainly can serve to house IT services in support of its mission. Thus, in our medical school library we have a computer support center that is run by IT people. When someone's iPad or laptop breaks, they can go there to have it fixed, or updated. However, I think that it is important that the library continue to serve a more elevated role in education – as a center for collaboration and thought in learning and research. I think it's also the role of the library to be an innovation center. In this regard, I was so impressed during my visit to Münster with how you had setup iPads to help your students to prepare for licensing exams by collecting diverse sources of information and materials together that would be effective in preparing them for these exams. Letting students check out these pre-configured iPads during their preparation for exams rather than them having to research and collect all of these resources on their own is a great example of the power and influence that the libraries can continue to provide as technology becomes a bigger part of health profession training.

„Giving the students an iPad was a factor [to choose Yale] because it represented to them something more important about our culture and our commitment to educating our learners.“



Ikonicisches Foto an der Bürotüre von Mike Schwartz. Es zeigt, wieviel (ausgedruckte) Vorlesungsskripte eingespart werden, wenn man ein iPad benutzt.

Fortsetzung von S.5

„Wir haben ganz besondere, fantastische Studierende, die meine volle Anerkennung haben für den Job, den sie hier machen.“

ist ein Monument dafür, nicht bei dem rein kognitiven Wissen stehen zu bleiben, sondern sich einem deutlich komplexeren Kompetenzerwerb zu stellen, der diesem einzigartigen

und verantwortungsvollen Beruf angemessen ist.“ Und das tut manchmal weh, das schmerzt, das wollen auch einige Studierende nicht. So gesehen ist die Limette sicherlich kein Wohlfühlort.

Aber wenn wir den ein oder anderen Denkanstoß in die richtige Richtung gegeben haben, dann wäre es alles wert, was wir in die Limette investiert haben. Auf der anderen Seite sehen wir auch bei den Dozent(Inn)en Effekte, sie profitieren ebenfalls von der Limette. Dort sehen sie – vielleicht zum ersten Mal –, was denn so ein Semester mit ihrer Lehrbotschaft macht. Wie viel davon ankommt, wie viel davon nicht ankommt, wie viel davon auch falsch ankommt. Das führt natürlich im besten Fall dazu, dass die/der entsprechende Fachvertreter(In) ihren/seinen Unterricht ändert, damit die Studierenden ihr Handwerkzeug gelernt haben, bevor sie in die Limette gehen.

Dabei ist diese auch ein bisschen Mittel zum Zweck, um in die Fakultät hineinzuwirken. Wieso? Natürlich ist uns bewusst, dass wir in der Limette manche Kompetenzen erwarten, die aufgrund eines viel zu sehr auf Fakten ausgelegten Unterrichts gar nicht von den Studierenden erwartbar sein können. Durch das Feedback der Studierenden in der Limette erfahren die Fachvertreter(Innen) direkt und sehr unmittelbar, dass u.U. etwas abverlangt wird, was zum Teil gar nicht richtig gelehrt wurde. Dadurch erkennen diese häufig erst den Bedarf eines mehr kompetenzbasierten Unterrichts.

Das ist ein wichtiger Hebel, um die Fakultät in die Richtung eines kompetenzbasierten Curriculums zu bewegen. Einen weiteren und wahrscheinlich sogar noch einen größeren Hebel verspreche ich mir von dem so genannten Curriculum-Mapping, das wir nunmehr beinahe abgeschlossen haben. Hierfür haben alle Fachvertreter(Innen) einmal die von ihnen verfolgten Lernziele aufgeschrieben und mit dem so genannten NKLM (= Nationaler Kompetenz basierter Lernzielkatalog in der Medizin) abgeglichen. Damit halten wir erstmals ein sehr interessantes Instrument in Händen, welches uns sagen kann: Wer lehrt wann und was. Und natürlich auch: Bei welchen Lernzielen gibt es (unnötige) Überschneidungen, wo haben wir noch Lücken im Lehrangebot.

Es ist weniger ein Hefeteig gewesen, der – einmal gestartet - von selber weiter wächst - als vielmehr die ständige kritische Begleitung und die stets notwendige Adaptation eines Ausbildungsprozesses. Das war damals so, das ist heute so. Der Reformbedarf war immer gleichbleibend hoch. Damit ist auch klar, dass wir uns nicht auf etwaigen Lorbeeren ausruhen können, sondern ich sehe die Notwendigkeit für ein stetes Entwickeln, ein stetes Nachsetzen mit erfreulicherweise dem ein oder anderen Erfolg, aber auch jeder Menge Rückschläge und Misserfolge. Das gehört aber in einer Entwicklungsarbeit mit dazu. Wir befinden uns auf einem Weg, wo es keine präformierten Lösungsansätze gibt.



Was sind heute die Kernelemente in der Münsteraner Mediziner Ausbildung?

Nun, was sie tatsächlich ausmacht, was tatsächlich ankommt, müssen Sie eigentlich die Studierenden fragen. Meiner Auffassung nach haben wir drei Kernbereiche zu verfolgen: 1. Die Fachkompetenz, die mit der Expertise unseres Berufes in Wissen, Fähigkeiten und Haltungen einhergeht. 2. Die Sozialkompetenz, die uns hilft, mit und am Patienten, aber auch im interprofessionellen Team, im Berufsstand und in der Öffentlichkeit professionell zu agieren. Und 3. die Befähigung zu einem reflektierten Selbstmanagement. Nur wer sich selbst adäquat reflektieren und demnach managen kann, wird auch ausloten können, wo er seinen Platz hat. Das ist gerade in den Zeiten des Wandels, in Zeiten, wo man Verantwortung übernehmen muss, einer der wichtigsten Fähigkeiten: Dass man sich stets vor Augen führt, was man kann, und vor allen Dingen vielleicht noch nicht kann. Und je eher man das auf dem Wege der Selbstreflexion erkennt umso besser.

Was macht einen guten Arzt aus?

Unsere Studierende haben mit ihren zumindest häufig sehr guten Abiturnoten schon bewiesen, dass sie sich in einem kognitiven Lernsystem sehr gut bewegen können. Dann schicken wir sie in eine Vorklinik, wo gerade diese Grundfertigkeiten wiederum gefordert werden: das Auswendiglernen, das Schreiben von Klausuren, das Trainieren von Prüfungen usw.. Wie ich oben aber schon angedeutet habe, macht die alleinige Aneinanderreihung von Multiple Choice-Ergebnissen noch lange keine(n) gute(n) Ärztin/ Arzt aus. Ich glaube das Thema, um das sich vieles dreht, ist, sich der Verantwortung zu stellen, oder diese überhaupt erst einmal zu erkennen, die ich als Ärztin/Arzt übernehmen werde. Verantwortung heißt ja, dass ich zu einem späteren Zeitpunkt Antworten zu meinem Handeln geben, mein Handeln begründen kann. Verantwortung heißt, dass ich den Job sauber



reflektiert habe.

Doch da verlassen wir – ebenso wie bei der Limette - den „Komfort“-Bereich, da wird es herausfordernd und z.T. anstrengend. Ein typisches Beispiel ist mein Vortrag zum Studienbeginn, wo ich - einigen „Shitstorms“ zum Trotz - immer noch den Begriff der „Elite“ verwende. Dieser wird – wir wissen das aus der Evaluation – von vielen Studierenden kategorisch abgelehnt. Zu sehr taucht hier das Bild des überheblichen „Halbgottes in Weiß“ auf, obwohl ich ganz klar eine deutlich andere Herangehensweise darlege. Lange Zeit habe ich diese strikte, ja z.T. sogar emotionale Ablehnung nicht richtig verstanden. Heute denke ich, dass es gar nicht so sehr um die Begrifflichkeit als solches geht, sondern tatsächlich eher um die damit verknüpfte Verantwortung eines jedes Einzelnen in diesem Studiengang, die man gerne (noch etwas) negieren möchte. Das ist ja auch viel einfacher, als das negativ besetzte Bild dieses Begriffes durch verantwortungsvolles Handeln zu ersetzen.

„Die alleinige Aneinanderreihung von Multiple Choice-Ergebnissen macht noch lange keinen guten Arzt aus.“



Im Prinzip sage ich ja nichts anderes als auch Eckhard von Hirschhausen: „Du bist das Medikament! Medizin ist situationsabhängig, Medizin hängt von dir als Mensch ab.“ Das ist aber eine deutlich schwerer zu verdauende Botschaft, als den Studienerfolg nur von Klausurergebnissen und Staatsexamina abhängig zu machen. Mancher möchte die Medizin lieber einfach wie ein Schulfach lernen, Hauptsache die Versetzung klappt. Dabei möchte ich aber betonen, dass wir hier in Münster ganz besondere, fantastische Studierende haben, die meine volle Anerkennung verdienen

für den Job, den sie hier machen. Das Medizinstudium ist wahrlich nicht leicht, und auch wenn es nicht immer auf den ersten Blick erkennbar ist, arbeiten wir stets nach dem Motto „Wertschöpfung durch Wertschätzung“

„Bei moderner Lehre darf so ein e-Learning-Tool wie easystudium nicht fehlen. Damit wird auch die Innovationskraft der Fakultät sehr gut transportiert.“

daran, es zumindest logistisch und organisatorisch, sowie auch methodisch und inhaltlich so zielführend wie möglich zu gestalten. Auf dass sie alle gute Ärztinnen und Ärzte werden.

Wie könnte die Bibliothek Ihnen dabei helfen, Studierende noch besser auszubilden?

Im Prinzip sind es mehrere Aspekte, die mir an den Projekten der Bibliothek imponieren: Zum einen das Einbinden der curricularen Entwicklung sowie das Rundum-Sorglos-Paket mit „easystudium“. Dass auf den iPads alles drauf ist, was der Studierende im ersten Studienabschnitt zum Lernen braucht, gefällt

mir sehr, weil es die Energien der Studierenden auf das Kernthema bündeln hilft. Er muss nicht noch überlegen, wo bekomme ich das denn jetzt alles her? Wenn die Fakultät anerkennt, dass es ein schwieriger Prozess ist, sich das ganze medizinische Wissen anzueignen, dann sollte sie den Studierenden auch nach Kräften darin unterstützen. Ein wichtiger Punkt ist zu sagen: Bitteschön, hier ist ein iPad, da ist alles drauf, was du für die Prüfungen wissen musst. Grundsätzlich besteht bei einer solchen Herangehensweise auch immer ein wenig die Gefahr der Verschulung des Curriculums, - wir wollen ja schließlich eigentlich die Eigenständigkeit der Studierenden fördern -, aber es gefällt mir sehr gut an dem Projekt, dass die Studierenden eine gewisse Vertrauensbasis haben, dass auf dem Gerät alles drauf ist, was sie brauchen. Das ist schon sehr wertvoll.

Dann ist es natürlich auch ein Thema der „Digital Natives“, d.h. der Generation, die eine klare Vorstellung davon haben, wie „digital“ eine moderne Lehre heutzutage auszusehen hat. Da darf so ein e-Learning-Tool wie easystudium nicht fehlen. Damit wird auch die Innovationskraft und die Ausrichtung der Fakultät sehr gut transportiert. Und zum dritten ist es natürlich auch ein sehr schöner Aspekt, dass der gerade in der Anatomie doch recht eindimensionale Stoff mit den Apps so hervorragend multidimensional und vernetzt dargestellt und so besser gelernt werden kann.

Hier sehe ich eine der Kernkompetenzen der Bibliothek: Wissen managebar zu machen. Auch wenn wir als zentrales Ausbildungsziel eine Kompetenzorientierung anstreben, so ist letztendlich doch eine wissen(schafts)ba-sierte Handlungskompetenz. Denn erst durch Vernetzung wird aus Information Wissen, aus Wissen wird durch Anwendung Können, wodurch in Verbindung mit den „Wollen“ Handeln entsteht, was in der Angemessenheit der Situation Kompetenz erwachsen lässt. Das ist das Studienziel. Wenn die Absolvent(Inn)en dann für ihr Handeln auch die Verantwor-

tion übernehmen ist das die Professionalität, die wir anstreben. Vielleicht müssen wir in Zukunft deutlich weniger auswendig lernen, aber wir müssen definitiv auch in Zukunft darauf zurückgreifen können, es managen. Letztendlich ist das ja genau die Funktion einer Bibliothek: Zu wissen, wo was steht. Das ist eben dieses ordnende Prinzip für Wissen, das ist etwas, das wir auch in Zukunft noch sehr dringend brauchen werden. Darauf aufbauend dann dieses Wissen anzuwenden und Kompetenzen entwickeln zu können - das ist halt das, was ich von einer Bibliothek erwarte, dass sie uns dabei zur Seite steht. Ich würde mir wünschen, dass wir das Curriculum noch mehr mit der Bibliothek vernetzen. Wenn die Lernziele des Studiums mit den Möglichkeiten der Bibliothek verbunden werden, wäre es für die Studierenden einfacher sich diese anzueignen. Tatsächlich wird es im Rahmen eines guten Flipped Classroom-Modells darauf hinauslaufen, dass wir schon recht präzise Verschränkungen zwischen den Lernzielen der Dozent(Inn)en, der Studierenden und der Bibliothek benötigen. Dass man z.B. sagen kann: Das ist das Lernziel, da gibt es entsprechende Informationen dazu – welcher Art auch immer, die kann ich mir anschauen.

Angenommen eine Fee würde kommen und Ihre Wünsche die Lehre betreffend über Nacht erfüllen, woran würden Sie das merken?

Ich glaube ich würde es daran merken, dass nicht mehr ich die Studierenden treibe, sondern die Studierenden würden mich antreiben... Das wäre eigentlich das Ideale, weil genau dieses Investigative, Interessierte, Engagierte, Hinterfragende, das macht in meinen Augen eine gute Ärztin, einen guten Arzt aus. Ich würde es daran merken, dass in einer Veranstaltung die/der Dozent(In) zu den Studierenden sagt: So jetzt ist Schluss, jetzt habt ihr mich genug mit Fragen gelöchert, jetzt kann ich nicht mehr. Das Wissen, das in den Kopf rein muss, bliebe dem Eigenstudium vorbehalten und wir könnten uns auf der Ebene

des eigentlichen Lernens der Auseinandersetzung mit den Fachexperten widmen. Dies wäre weiterhin durchaus eine privilegierte Rolle für die Dozenten, aber eben eine viel anspruchsvollere für beide Seiten.

Die Fee würde außerdem dafür sorgen, dass uns die notwendigen Ressourcen erhalten bleiben, und hier meine ich unsere wertvollste Ressource: das Engagement der Lehrenden. Dass diese auch die Freiheit dafür bekommen, sich „richtig“ um eine Unterrichtsveranstaltung, um die Studierenden kümmern zu können. Ich glaube, das wäre für eine kleine Fee doch eine genügend große Aufgabe.

Das ist vielleicht auch einer der entscheidenden Unterschiede zwischen einer Universität wie z.B. Yale und Münster: Das dortige System sorgt einfach für einen ganz anderen Betreuungsschlüssel. Dort muss die Lehre nicht zwischen der Krankenversorgung und Forschung irgendwo hineingequetscht werden, sondern hat einen eigenen Stellenwert, sowohl in der persönlichen Reputation, als auch in der Finanzierung und zeitlichen Ausstattung. Und das erlaubt natürlich eine noch persönlichere Betreuung der Studierenden.

Wie definieren Sie Ihren Erfolg, was motiviert Sie angesichts mancher Rückschläge?

Nun, die banale Definition von Erfolg ist das Erreichen von zuvor gesetzten Zielen.

„Wenn am Ende aller Bemühungen ein Arzt resultieren würde, bei dem man merkt, dass er in Münster war, - das wäre natürlich eine Hausnummer!“



Und bei dem Begriff „Ziele“ kommt mir gleich eines meiner Lieblingszitate in den Sinn. Herbert Spencer hat einmal gesagt: „Das große Ziel von Bildung ist nicht Wissen, sondern Handeln“. Dem entsprechend wäre es für mich ein großer Erfolg, wenn wir es tatsächlich schaffen würden, die Studierenden in Ihrer Entwicklung dahingehend positiv zu beeinflussen, dass dabei ein Handeln im Sinne einer guten Ärztin, eines guten Arztes resultiert. Dafür braucht es nicht einmal immer ein großartiges Konzept oder ein neues Gebäude - hier reicht vielleicht manchmal das eigene Handeln, ein Denkanstoß oder die Ideale, für die man steht. Wenn am Ende aller Bemühungen tatsächlich eine Ärztin, ein Arzt resultieren würde, bei denen man sagen würde: Da merkt man, dass sie/er in Münster war, sei es dass sie/er besonders kompetent, sei es, dass sie/er besonders kommunikativ, sei es, dass sie/er besonders patientenzugewandt ist – das wäre natürlich eine Hausnummer!

Was motiviert Sie eigentlich?

Die Motivation ziehe ich ganz klar aus dem Feedback der Studierenden. Und damit meine ich nicht (nur) die Evaluna. Zum Beispiel bei den Faculty Talks: Da kommen zwar nicht so viel Studierende, aber diejenigen, die kom-

men, sind immer sehr interessiert und wir haben sehr häufig spannende Diskussionen und gute Gespräche. Diesen Austausch schätze ich sehr. Ich wünsche mir ja von den Studierenden, dass sie sich reflektiv mit ihrer Rolle auseinandersetzen, so wie ich mich auch mit meiner Rolle auseinandersetzen muss. Und das geht nur, wenn man einen Spiegel vorgehalten bekommt. Wenn ich im Treppenhause, im Lehrgebäude oder auf dem Weg zur Vorlesung angesprochen werde, durchaus kritisch aber sachorientiert und konstruktiv - das motiviert mich. Diesen reflektiven Austausch schätze ich als sehr wertvoll ein. Wenn man da ein Feedback bekommt, nach dem Motto: „Was du machst, geht zwar an der und der Stelle in die falsche Richtung, aber wir erkennen, was du willst und was du machst.“ - Das ist in Ordnung, das ist motivierend. Am Ende sind es natürlich auch die erfolgreichen Absolvent(Inn)en, die mich extrem erfreuen. Mittlerweile kann ich ja auf diverse Generationen an Oberärzten und auch Chefärzten zurückblicken, die während meines Lehrengagements angefangen haben. Wenn die dann sagen: Ja, an diese Zeit erinnere ich mich zurück und die war hilfreich, die war anregend, die war unterstützend, dann ist das schon eine große Motivation für mich.

Die Fortsetzung des Interviews mit Aussagen von Prof. Marschall zu Flipped Classroom, Studienlabor und Digitalisierung finden Sie unter <https://www.uni-muenster.de/ZBMed/bibliothek/publikationen/medinfo/2019/>

Impressum

Zweighbibliothek Medizin
Universitäts- und Landesbibliothek Münster

Leitung

Dr. Oliver Obst, Bibliotheksdirektor

Telefon

Vorwahl: 0251/83-

Leitung: 58550/58558

Auskunft: 58560

Leihstelle: 58561

Fax: 58565

Adresse

Albert-Schweitzer-Campus 1,
Gebäude A11, 48149 Münster
Postfach: 48129 Münster

Internet

info.zbmed@uni-muenster.de
<http://zbmed.uni-muenster.de>
<http://twitter.com/zbmed>
<http://facebook.com/zbmed>

Leitung

Hausbesuche, Vorträge, Beirat, iPads, Doktorandensprechstunde

Leihstelle

Aus- und Fernleihe, Zeitschriften, Ausweise, Dissertationen

Information

Internet-Nutzung, Suche von Fachliteratur, iPads, Beratung

Öffnungszeiten

Mo-So 08-24 Uhr

Ausleihe / Rückgabe bis 21:45 Uhr

Impressum

med. ISSN 1613-3188, Hrsg.: ZB Med/Dr. Obst (v.i.S.d.P.),
Druck: www.diedruckerei.de.

Fotonachweis: Cover, S.2, 4-5, 8, 14-18: UKM Fotozentrale;
S.3, 6, 10-12: ZB Med; S.7: UKM; S.9: Yale Univ.