

The “new” normal

Sigrid Harendza¹

¹ Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf,
III. Medizinische Klinik,
Hamburg, Germany

Editorial

We find so many things normal in everyday life. That one can press a light switch, that one shakes hands with people to greet them, or that one wears a seat belt in the car. Some of us will remember the days well when it was far from “normal” to wear a seat belt in a car. And yet it feels “normal” meanwhile. In medicine, too, there are such developments towards a “new” normality that does not feel so “new” anymore after a while. The fact that dentists wear masks and gloves and sometimes even protective goggles [1], although there is now a hepatitis B vaccination, seems quite normal to me, although this was not the case in my childhood. The fact that I wear gloves to draw blood in order to protect myself from infections [2] is something I only learned during my internship year. At first it seemed quite tiring to me. Today I find it completely normal. And now SARS-CoV-2, which makes me, an internist, wear a surgical mask every day. This may become a “new” normal in hospitals, as it has since been discovered that general surgical mask wearing also protects against transmission of seasonal cold and flu [3]. But will I learn to think of this as “normal”?

How changes or innovations spread and are adopted at the individual level is described by sociologist Everett M. Rogers in his diffusion theory [4]. In the process of adopting a change, the early adopters are followed by the early majority, then the late majority, and finally the laggards. Whether a change has “really” arrived, i.e., reached a status quo, can be determined by the language used by the adopters. It is therefore easy to guess what it means for the acceptance of a change if there is continued talk of a “new” curriculum, “new” licensing regulations, “new” federal states or a “new” normal. Adopting some changes takes time, sometimes decades. The COVID-19 pandemic will not give us that much time to establish a “new” normal for the study of medicine, dentistry, veterinary medicine, and other health professions.

The first steps in the direction of a “new” normal have definitely already been taken with the digitalization of courses. Who would have thought a year ago that digital lectures would work so well, be well received by students, be rated very highly, and be attended much more frequently than face-to-face lectures [5]. Moreover, there

are even already instructions on how to integrate electronic courses into one’s own teaching [6]. Why should a course in histology or radiology not be taught digitally on a permanent basis, if the corresponding microscopic or radiological images can be seen much better on the home computer screen than on the screen in the seminar room? Hoping that the SARS-CoV-2 vaccinations will result in courses being taught as “normally” as before is probably not an appropriate strategy. Moreover, for some courses, returning to the “old” normal is not even reasonable. But running the courses digitally only for an indefinite period of time, even though good concepts have been established for this [7], is probably not a sustainable solution either to acquire medical skills and attitudes. Therefore, it will be necessary to think out of the box in the longer term [8].

The distance regulations and the wearing of a mouth-nose protection will not disappear from our everyday life for the time being. Some known teaching concepts can be established in a way that fulfills these regulations [9]. However, completely new concepts will also be necessary. Perhaps it would be good to complete ten instead of four clinical clerkships, because individual students are much easier to integrate into the daily work on hospital wards and in practices under the prevailing hygienic conditions than small groups of students during bedside teaching or block placements? Presumably, we will need new communication courses to practice communicating with masks and learn other mimic response patterns. Or perhaps a semester should run from April 1st to September 30th because SARS-CoV-2 infections are less likely to occur during those months, and the rest of the year would be lecture-free time? Maybe we need the personality trait conscientiousness as a new criterion for student selection, so that we can better trust that students and physicians adhere to regulations and less danger to patients occurs? Much more is conceivable and may be thought of and should be put to the test.

Whatever the “new” normal will look like at universities and in medical and health professions programs: inappropriate treatment of students in internships, as reported by Bormuth et al. in this issue [10], should not happen anymore. Medical care of asylum seekers will continue to be an important topic for medical students in the “new”

normal. The development of content for such a multidisciplinary course as a clinical elective and the evaluation after its implementation are explained by Ziegler et al. [11]. Schlegel et al. demonstrate that learning content could move completely into the virtual space and that this can meet with intergenerational acceptance [12]. Additionally, self-directed learning in clinical clerkships, reported by Röcker et al. [13], will also be important in the future. The selection of teaching practices for the internship year will also play an important role in the “new” normal. Demmer et al. present a concept for this [14]. These and other papers in this issue of the GMS Journal for Medical Education demonstrate the importance of not dwelling on the hope of a return to the “old” normal of studying with the help of the SARS-CoV-2 vaccine, but proactively shaping the “new” normal of studying and everyday medical practice for and with our students in a responsible manner. In this way, studying and providing medical care to those entrusted to us can once again become the educational and professional normal.

Competing interests

The author declares that she has no competing interests.

References

- Withers JA. Hepatitis. A review of the disease and its significance to dentistry. *J Periodontol.* 1980;51(3):162-166. DOI: 10.1902/jop.1980.51.3.162 DOI: 10.1902/jop.1980.51.3.162
- Hersey JC, Martin LS. Use of infection control guidelines by workers in healthcare facilities to prevent occupational transmission of HBV and HIV: results from a national survey. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 1994;15(4 Pt 1):243-252.
- Leung NHL, Chu DKW, Shiu EYC, Chan KH, McDevitt MJ, Hau BJP, Yen HL, Li Y, Ip DKM, Peiris JSM, Seto WH, Leung GM, Milton DK, Cowling MJ. Respiratory virus shedding in exhaled breath and efficacy of face masks. *Nat Med.* 2020;26(5):676-680. DOI: 10.1038/s41591-020-0843-2
- Rogers EM. Diffusion of innovation. 5th edition. New York: Free Press; 2003.
- van der Keylen P, Lippert, Kunisch R, Kühlein T, Roos M. Asynchronous digital teaching in times of COVID-19: a teaching example from general practice. *GMS J Med Educ.* 2020;37(7):Doc98. DOI: 10.3205/zma001391
- de Jong PG, Pickering JD, Hendriks RA, Swinnerton BJ, Goshtasbpour F, Reinders ME. Twelve tips for integrating massive open online course content into classroom teaching. *Med Teach.* 2020;42(4):393-397. DOI: 10.1080/0142159X.2019.1571569
- Tolks D, Kuhn S, Kaap-Fröhlich S. Teaching in times of COVID-19. Challenges and opportunities for digital teaching. *GMS J Med Educ.* 2020;37(7):Doc103. DOI: 10.3205/zma001396
- Cooke J. Thinking out of the box. *Am J Health Syst Pharm.* 2000;57(18):1711. DOI: 10.1093/ajhp/57.18.1711a
- Wolniczak E, Roskoden T, Rothkötter HJ, Storsberg SD. Course of macroscopic anatomy in Magdeburg under pandemic conditions. *GMS J Med Educ.* 2020;37(7):Doc65. DOI: 10.3205/zma001358
- Bormuth S, Ackermann H, Schulze J. Inadequate treatment in internships: a comparison between medical and other students. *GMS J Med Educ.* 2021;38(2):Doc45. DOI: 10.3205/001441
- Ziegler S, Wahedi K, Stiller M, Jahn R, Straßner C, Schwill S, Bozorgmehr K. Health and medical care for refugees: design and evaluation of a multidisciplinary clinical elective for medical students. *GMS J Med Educ.* 2021;38(2):Doc39. DOI: 10.3205/001435
- Schlegel C, Geering A, Weber U. Learning in virtual space: An intergenerational pilot project. *GMS J Med Educ.* 2021;38(2):Doc37. DOI: 10.3205/zma001433
- Röcker N, Lottspeich C, Braun LT, Lenzer B, Frey J, Fischer MR, Schmidmaier R. Implementation of self-directed learning within clinical clerkships. *GMS J Med Educ.* 2021;38(2):Doc43. DOI: 10.3205/zma001439
- Demmer I, Borgmann S, Kleinert E, Lohne A, Hummers E, Schlegelmilch F. medPJplus - development and implementation of a concept for the acquisition and qualification of teaching practices for the final year in family medicine at the University Medical Center Göttingen. *GMS J Med Educ.* 2021;38(2):Doc38. DOI: 10.3205/zma001434

Corresponding author:

Prof. Dr. Sigrid Harendza, MME (Bern)
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, III. Medizinische
Klinik, Martinistr. 52, D-20246 Hamburg, Germany,
Phone: +49 (0)40/7410-54167, Fax: +49
(0)40/7410-40218
harendza@uke.de

Please cite as

Harendza S. The “new” normal. *GMS J Med Educ.* 2021;38(2):Doc48.
DOI: 10.3205/zma001444, URN: urn:nbn:de:0183-zma0014446

This article is freely available from

<https://www.egms.de/en/journals/zma/2021-38/zma001444.shtml>

Received: 2021-01-05

Revised: 2021-01-05

Accepted: 2021-01-05

Published: 2021-02-15

Copyright

©2021 Harendza. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 License. See license information at <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

Die „neue“ Normalität

Sigrid Harendza¹

¹ Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf,
III. Medizinische Klinik,
Hamburg, Deutschland

Leitartikel

So vieles finden wir normal im täglichen Leben. Dass man auf einen Lichtschalter drücken kann, dass man einer fremden Person die Hand gibt zur Begrüßung oder dass man im Auto einen Sicherheitsgurt trägt. Einige von uns werden sich noch gut an die Zeiten erinnern, als es keineswegs „normal“ war, im Auto einen Sicherheitsgurt zu tragen. Und doch fühlt es sich mittlerweile „normal“ an. Auch in der Medizin gibt es solche Entwicklungen zu einer „neuen“ Normalität, die sich nach einer Weile gar nicht mehr so „neu“ anfühlt. Dass Zahnärzt*innen Masken und Handschuhe tragen und manchmal sogar Schutzbrillen [1], obwohl es inzwischen eine Hepatitis B Impfung gibt, kommt mir ganz normal vor, obwohl dies in meiner Kindheit nicht so war. Dass ich zum Blutabnehmen Handschuhe trage um mich vor Infektionen zu schützen [2], habe ich erst im Praktischen Jahr gelernt. Zuerst kam mir das ziemlich anstrengend vor. Heute finde ich es völlig normal. Und jetzt also SARS-CoV-2, das mich als Internistin dazu bringt, täglich eine chirurgische Maske zu tragen. Das könnte eine „neue“ Normalität in Krankenhäusern werden, da inzwischen entdeckt wurde, dass das allgemeine Tragen von chirurgischen Masken auch vor der Übertragung von saisonaler Erkältung und Grippe schützt [3]. Aber ob ich lernen werde, dies als „normal“ zu empfinden?

Wie sich Veränderungen oder Innovationen ausbreiten und auf der Individualebene adoptiert werden, beschreibt der Soziologe Everett M. Rogers in seiner Diffusionstheorie [4]. Im Prozess der Annahme einer Veränderung folgt den frühen Adoptoren die frühe Mehrheit, dann die späte Mehrheit und zum Schluss folgen die Nachzügler. Ob eine Veränderung „wirklich“ angekommen ist, also einen status quo erreicht hat, lässt sich am Sprachgebrauch der Adoptoren erkennen. Was es für die Akzeptanz einer Veränderung bedeutet, wenn weiterhin von „neuem“ Curriculum, „neuer“ Approbationsordnung, „neuen“ Bundesländern oder „neuer“ Normalität gesprochen wird, lässt sich also leicht erraten. Die Annahme mancher Veränderungen braucht Zeit, manchmal Jahrzehnte. So viel Zeit wird uns die COVID-19 Pandemie nicht lassen,

um eine „neue“ Normalität für das Studium der Medizin, Zahnmedizin, Tiermedizin und anderer Gesundheitsberufe herzustellen.

Die ersten Schritte in die Richtung einer „neuen“ Normalität sind mit der Digitalisierung von Veranstaltungen auf alle Fälle schon gemacht. Wer hätte vor einem Jahr gedacht, dass digitale Vorlesungen so gut funktionieren, von den Studierenden erfreut angenommen, sehr gut bewertet und viel häufiger besucht würden als Präsenzvorlesungen [5]. Darüber hinaus gibt es sogar schon Anleitungen, wie man elektronische Angebote in den eigenen Unterricht integrieren kann [6]. Warum sollte nicht auch ein Kurs in Histologie oder Radiologie dauerhaft digital unterrichtet werden, wenn man die entsprechenden mikroskopischen oder radiologischen Bilder am häuslichen Computerbildschirm viel besser sehen kann als an der Leinwand im Seminarraum? Darauf zu hoffen, dass die SARS-CoV-2 Impfungen dazu führen, dass die Studiengänge wieder so „normal“ unterrichtet werden können wie früher, ist vermutlich keine geeignete Strategie. Außerdem ist für manche Veranstaltungen ein Zurück in die „alte“ Normalität auch gar nicht sinnvoll. Aber die Studiengänge auf unbestimmte Zeit nur digital durchzuführen, obwohl hierfür gute Konzepte etabliert wurden [7], ist wahrscheinlich ebenfalls keine nachhaltige Lösung um ärztliche Fähigkeiten und Haltungen zu erlernen. Nötig wird es daher sein, längerfristig auch außerhalb des vorgegebenen Rahmens zu denken [8].

Die Abstandsregeln und das Tragen eines Mund-Nasenschutzes werden bis auf Weiteres nicht aus unserem Alltag verschwinden. Manche bekannten Unterrichtskonzepte lassen sich zwar in einer Weise etablieren, mit denen diese Regularien erfüllt sind [9]. Aber es werden auch völlig neue Konzepte erforderlich sein. Vielleicht wäre es gut, zehn statt vier Famulaturen zu absolvieren, weil einzelne Studierende viel leichter unter den herrschenden Hygienebedingungen in den Arbeitsalltag auf Krankenhausstationen und in Praxen zu integrieren sind als Kleingruppen von Studierenden, die Unterricht am Krankenbett oder ein Blockpraktikum durchlaufen? Vermutlich werden wir neue Kommunikationskurse benötigen, um das Kommunizieren mit Masken zu üben und andere mimische Reaktionsmuster zu erlernen. Oder sollte vielleicht ein Semester vom 1. April bis zum 30. September

dauern, weil in diesen Monaten die Ansteckungsgefahr mit SARS-CoV-2 geringer ist, und in der übrigen Zeit des Jahres wäre vorlesungsfreie Zeit? Vielleicht benötigen wir auch das Persönlichkeitsmerkmal Gewissenhaftigkeit als neues Kriterium bei der Studierendenauswahl, damit wir besser darauf vertrauen können, dass Studierende und Ärzt*innen sich an Regularien halten und es zu weniger Patient*innengefährdung kommt? Noch viel mehr ist denkbar und darf gedacht werden und sollte auf den Prüfstand.

Wie auch immer die „neue“ Normalität an den Hochschulen und in den medizinischen Studiengängen und den Studiengängen der Gesundheitsberufe aussehen wird: unangemessene Behandlung von Studierenden in Praktika, über die Bormuth et al. in dieser Ausgabe berichten [10], sollte möglichst nicht mehr vorkommen. Die medizinische Versorgung Asylsuchender wird auch in der „neuen“ Normalität weiterhin ein wichtiges Thema für Medizinstudierende sein. Die Entwicklung der Inhalte für einen solchen multidisziplinären Kurs als klinisches Wahlfach und dessen Evaluation nach der Implementierung erläutern Ziegler et al. [11]. Dass sich Lerninhalte komplett in den virtuellen Raum verlagern könnten und dass dies auf generationenübergreifende Akzeptanz stoßen kann, zeigen Schlegel et al. auf [12]. Aber auch selbst-gesteuertes Lernen in klinischen Famulaturen, über das Röcker et al. berichten [13] wird zukünftig von Bedeutung sein. Die Auswahl von Lehrpraxen für das Praktische Jahr wird in der „neuen“ Normalität ebenfalls eine wichtige Rolle spielen. Hierfür legen Demmer et al. ein Konzept vor [14]. Diese und weitere Arbeiten in dieser Ausgabe der GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung zeigen, wie wichtig es ist, nicht in der Hoffnung auf eine Rückkehr in die „alte“ Normalität des Studierens mit Hilfe der SARS-CoV-2 Impfung zu verharren, sondern proaktiv die „neue“ Normalität des Studierens und des medizinischen Alltags für unsere und mit unseren Studierenden verantwortlich zu gestalten. Damit können das Studieren und die medizinische Versorgung der uns anvertrauten Menschen wieder zur Ausbildungs- und Berufsnormalität werden.

3. Leung NHL, Chu DKW, Shiu EYC, Chan KH, McDevitt MJ, Hau BJP, Yen HL, Li Y, Ip DKM, Peiris JSM, Seto WH, Leung GM, Milton DK, Cowling MJ. Respiratory virus shedding in exhaled breath and efficacy of face masks. *Nat Med.* 2020;26(5):676-680. DOI: 10.1038/s41591-020-0843-2
4. Rogers EM. *Diffusion of innovation.* 5th edition. New York: Free Press; 2003.
5. van der Keylen P, Lippert, Kunisch R, Kühlein T, Roos M. Asynchronous digital teaching in times of COVID-19: a teaching example from general practice. *GMS J Med Educ.* 2020;37(7):Doc98. DOI: 10.3205/zma001391
6. de Jong PG, Pickering JD, Hendriks RA, Swinnerton BJ, Goshtasbpour F, Reinders ME. Twelve tips for integrating massive open online course content into classroom teaching. *Med Teach.* 2020;42(4):393-397. DOI: 10.1080/0142159X.2019.1571569
7. Tolks D, Kuhn S, Kaap-Fröhlich S. Teaching in times of COVID-19. Challenges and opportunities for digital teaching. *GMS J Med Educ.* 2020;37(7):Doc103. DOI: 10.3205/zma001396
8. Cooke J. Thinking out of the box. *Am J Health Syst Pharm.* 2000;57(18):1711. DOI: 10.1093/ajhp/57.18.1711a
9. Wolniczak E, Roskoden T, Rothkötter HJ, Storsberg SD. Course of macroscopic anatomy in Magedburg under pandemic conditions. *GMS J Med Educ.* 2020;37(7):Doc65. DOI: 10.3205/zma001358
10. Bormuth S, Ackermann H, Schulze J. Inadequate treatment in internships: a comparison between medical and other students. *GMS J Med Educ.* 2021;38(2):Doc45. DOI: 10.3205/001441
11. Ziegler S, Wahedi K, Stiller M, Jahn R, Straßner C, Schwill S, Bozorgmehr K. Health and medical care for refugees: design and evaluation of a multidisciplinary clinical elective for medical students. *GMS J Med Educ.* 2021;38(2):Doc39. DOI: 10.3205/001435
12. Schlegel C, Geering A, Weber U. Learning in virtual space: An intergenerational pilot project. *GMS J Med Educ.* 2021;38(2):Doc37. DOI: 10.3205/zma001433
13. Röcker N, Lottspeich C, Braun LT, Lenzer B, Frey J, Fischer MR, Schmidmaier R. Implementation of self-directed learning within clinical clerkships. *GMS J Med Educ.* 2021;38(2):Doc43. DOI: 10.3205/zma001439
14. Demmer I, Borgmann S, Kleinert E, Lohne A, Hummers E, Schlegelmilch F. medPJplus - development and implementation of a concept for the acquisition and qualification of teaching practices for the final year in family medicine at the University Medical Center Göttingen. *GMS J Med Educ.* 2021;38(2):Doc38. DOI: 10.3205/zma001434

Interessenkonflikt

Die Autorin erklärt, dass sie keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Artikel hat.

Literatur

1. Withers JA. Hepatitis. A review of the disease and its significance to dentistry. *J Periodontol.* 1980;51(3):162-166. DOI: 10.1902/jop.1980.51.3.162 DOI: 10.1902/jop.1980.51.3.162
2. Hersey JC, Martin LS. Use of infection control guidelines by workers in healthcare facilities to prevent occupational transmission of HBV and HIV: results from a national survey. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 1994;15(4 Pt 1):243-252.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Sigrid Harendza, MME (Bern)
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, III. Medizinische Klinik, Martinistr. 52, 20246 Hamburg, Deutschland, Tel.: +49 (0)40/7410-54167, Fax: +49 (0)40/7410-40218
harendza@uke.de

Bitte zitieren als

Harendza S. The „new“ normal. *GMS J Med Educ.* 2021;38(2):Doc48. DOI: 10.3205/zma001444, URN: urn:nbn:de:0183-zma001444

Artikel online frei zugänglich unter

<https://www.egms.de/en/journals/zma/2021-38/zma001444.shtml>

Eingereicht: 05.01.2021
Überarbeitet: 05.01.2021
Angenommen: 05.01.2021
Veröffentlicht: 15.02.2021

Copyright

©2021 Harendza. Dieser Artikel ist ein Open-Access-Artikel und steht unter den Lizenzbedingungen der Creative Commons Attribution 4.0 License (Namensnennung). Lizenz-Angaben siehe <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.