

Vom »Berliner Modell« zum Reformstudiengang Medizin an der Charité

Aspekte der Umsetzung

Für Robert Wiedersheim

1. *Einleitung*

Im Oktober 1999 wurden am Reformstudiengang Medizin (RSM) der Charité¹ die ersten Studierenden aufgenommen.² Ausgehend vom UNi-MUT-Streik 1988/89 an der Freien Universität Berlin (FU) war dank einer studentischen Initiative (der »Inhalts-AG«) ein Modell eines reformierten Medizinstudiengangs erarbeitet worden. Dieses sogenannte »Berliner Modell« (Inhalts-AG 1988) stellt die Grundlage des heutigen RSM der Charité an der Berliner Humboldt-Universität dar, welcher nach einem langen, von vielen politischen und hochschulpolitischen Umwälzungen begleiteten Prozess realisiert wurde. Beteiligt an der Umsetzung waren nicht nur die Studierenden, die den RSM ursprünglich initiiert hatten, sondern die gesamten medizinischen Fakultäten der FU und der Charité, was zwangsläufig mit vielen Kompromissen einherging. Viele Neuerungen im Medizinstudium, welche durch den Wissenschaftsrat schon seit Jahren gefordert wurden, konnten umgesetzt werden, einige andere jedoch nicht oder nur unzureichend. Im Folgenden soll der Entwicklungsprozess zentraler Aspekte des Curriculums dargestellt werden.

2. *Human- und Gesundheitswissenschaften*

Das »Berliner Modell« (Inhalts-AG 1988) hatte in Bezug auf human- und gesundheitswissenschaftliche Lehrinhalte hohe Anforderungen gestellt. Bereits in diesem Papier wurde ein Studium dieser Inhalte als notwendiger Bestandteil eines vollständigen und zeitgemäßen Curriculums betrachtet. Es sollte »das gesamte Studium begleiten, denn wir (die AutorInnen der Inhalts-AG; K.P.S., T.M.) halten die ständige Beschäftigung mit geistes- und gesellschaftswissenschaftlichen Fragen auf interdisziplinärer Ebene für eine Voraussetzung dieser Ziele (die eigene Persönlichkeit zu entwickeln, den Horizont zu erweitern, die Fähigkeit zur sozialen Verantwortlichkeit zu entwickeln; K.P.S., T.M.)«. Das Urteil der Studierenden

zum damaligen Ist-Zustand macht deutlich, für wie nötig diesbezügliche Veränderungen gehalten wurden: »Wir fühlen uns durch das jetzige Studium in keiner Weise auf diese Aufgaben vorbereitet.«

Eine wesentliche Forderung bestand darin, dass Lehrveranstaltungen zu den genannten Inhalten in *räumlicher* Nähe zu den medizinischen Ausbildungsstätten stattfinden müssen, ohne in *zeitliche* Konkurrenz zu anderen Veranstaltungen des Curriculums zu treten. Die human- und gesundheitswissenschaftlichen Inhalte wurden zunächst als »Non-Bio-Streifen«, später dann als »Komplementärstreifen« bezeichnet. Der Begriff »komplementär« bringt zum Ausdruck, dass die hier angebotenen Inhalte (u.a. aus den Gesundheitswissenschaften, der Medizinischen Psychologie und Soziologie, der Theorie und Geschichte der Medizin, der Ethik in der Medizin) als *notwendige Ergänzung* zu den biomedizinischen Fächern bzw. den darin vermittelten Inhalten betrachtet wurden, dass also nur beide Komplexe *zusammen* ein *vollständiges* Curriculum ausmachen.

Die inhaltliche Ausgestaltung des »Komplementärstreifens« wurde in zwei Workshops weiter konkretisiert (vgl. Inhalts-AG 1990: 72ff.). Ergebnisse dieser Arbeit wurden jeweils im Abschlussbericht des Projektseminars »Realisierung des Berliner Modells« im Dezember 1989 sowie im 2. Zwischenbericht 1990 zusammengetragen (Inhalts-AG, Planungsgruppe RSM 1991: 173ff., 176ff.). Im »Entwurf eines neuen Curriculums« (Planungsgruppe RSM 1992) wurden die vier angestrebten Lehrveranstaltungen des »Komplementärstreifens« in jeweils einzelnen Kapiteln erörtert (»Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns«, »Interaktion«, »Gesundheitswissenschaften« und »Methoden wissenschaftlichen Arbeitens«).

Zum Dezember 1993 lag eine seitens der (nun »Arbeitsgruppe Reformstudiengang Medizin« genannten) Gruppe vorbereitete umfangreiche Materialsammlung vor (AG RSM 1993). In dieser Materialsammlung wurde der gesamte Vorgang der Etablierung eines Reformstudiengangs an einem konkreten Krankenhausstandort vorgestellt. Die theoretischen Grundlagen zur Reform des Medizinstudiums und die formulierten Lernziele wurden dargelegt und in das problemorientierte Lernen eingeführt. Die Materialsammlung enthielt einen Strukturentwurf des Curriculums, Standards zu Prüfungen und Evaluation sowie Materialien zur Unterrichtsgestaltung. Eine Zusammenstellung der wesentlichen Literatur machte die Bezüge des »Berliner Modells« zu internationalen Vorbildern deutlich.

In dem Kapitel »Struktur des Curriculums« wurden die bis dahin erarbeiteten Semesterinhalte für die hier zu erörternden vier Unterrichts-

bereiche zusammengetragen. Für die Konzeption des gesamten »Komplementärstreifens« war das Institut für Geschichte der Medizin in Person des damaligen Direktors Prof. Winau (in Zusammenarbeit mit den LeiterInnen bzw. DirektorInnen der involvierten Institute) verantwortlich. In der Version der »Materialien...« vom März 1995 war erstmals von einem »Humanwissenschaftlichen Zentrum an der Charité« die Rede, wobei – die Umgestaltung des Berliner Krankenhauswesens und damit der Universitätsklinik war in vollem Gange – bereits über die interuniversitäre Zusammenarbeit der Medizinischen Fakultäten nachgedacht wurde.

In der Phase der Endrevison im Laufe des Jahres 1998 und vor dem Studienbeginn der ersten Gruppe von 63 Studierenden im Reformstudiengang Medizin (RSM) wurde die Bezeichnung des gesamten, bisher »Komplementärstreifen« genannten Unterrichts-Bereichs in »Human- und Gesundheitswissenschaften« (»Medical Humanities and Health Sciences«) geändert.

Eine besonders hohe Anforderung stellte der Wunsch an die Curriculums-Planung im RSM dar, diese Unterrichtseinheiten nach Möglichkeit inhaltlich plausibel in die geplanten Blockpraktika zu integrieren. Um die Wahlmöglichkeit im Wahlpflicht-Bereich auch de facto zu gewährleisten, müssen hier bis zur Einschreibung des sechsten und letzten Studierenden-Jahrgangs im RSM immer neue Seminarangebote geschaffen und in die sich ebenfalls im Prozess der Modifikation und Evaluation befindlichen semestergebundenen Blöcke eingebunden werden. Während der Umsetzung wurde indessen klar, dass nicht alle Seminarinhalte geeignet waren, in enge Beziehung zu den anderen Inhalten des jeweiligen Semesterabschnitts gesetzt zu werden. Nun zu den Lehrveranstaltungen der Human- und Gesundheitswissenschaften im einzelnen.

2.1 Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns (GÄDH)

Im »Entwurf eines neuen Curriculums« wurden Ziele, Inhalte, Veranstaltungsform wie auch Organisation und personeller Bedarf präzisiert. Ausgangspunkt war die Feststellung, dass die medizinische Ausbildung in Deutschland traditionell stark naturwissenschaftlich orientiert sei; nicht-naturwissenschaftliche bzw. nicht-somatomedizinische Inhalte hätten dementsprechend eine deutlich nachrangige Bedeutung. Auf Grundlage der Kritik des sog. »Murrhardter Kreises« (1990) und mit Bezug v. a. auf Studienkonzeptionen an renommierten und in der Ausbildungsentwicklung führenden nordamerikanischen Ausbildungsstätten wurde darauf verwiesen, dass nicht-somato-medizinische Inhalte auch im Berliner Curriculum Teil des Pflicht-Unterrichts werden müssten. Es wurde fest-

gelegt, dass speziell die Veranstaltungen in diesem Unterrichtsbereich dazu dienen sollen, die »kritische Reflexion sowie das Verständnis für das Zusammenspiel von biologischen, psychischen und sozialen Komponenten im Lebensprozess von Personen zu fördern«. Auch sollten hier Fragen und Erfahrungen im Hinblick auf die »historischen, philosophischen, ethischen, juristischen und kulturellen Aspekte des ärztlichen Tätigkeitsfeldes« differenziert diskutiert werden können.

Die konkreten Veranstaltungs- bzw. Seminarinhalte wurden relativ grob und knapp aufgelistet. Mit einer angestrebten Frequenz von »mindestens sieben Mal pro Semester zu je zwei Stunden« lag die damalige Planung um ziemlich genau 50 Prozent unter dem aktuellen Status quo. Konsens bestand darüber, dass Textarbeit und Referat Bestandteil der erfolgreichen Teilnahme an den GÄDH-Seminaren sein sollten und die Gruppengröße zu begrenzen war.

In den »Materialien ...« (AG RSM, 1993) wurde nun festgeschrieben, dass die Seminarveranstaltungen zum Bereich »Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns« in der Studienordnung als Wahlpflichtveranstaltungen vorzusehen seien. Als Minimalanforderung galt zunächst die Teilnahme an jeweils *einem* Seminar im ersten und zweiten Studienabschnitt – heute sind *zwei* Veranstaltungen pro Studienabschnitt Pflicht. Viele Studierende besuchen erfahrungsgemäß jedoch – abhängig von persönlichen Interessen – mehr als zwei Veranstaltungen pro Studienabschnitt. Als inhaltlicher Themenpool für Seminare in diesem Unterrichtsbereich wurde damals noch der Gegenstandskatalog für den zweiten Abschnitt der ärztlichen Prüfung (GK 3) herangezogen. Den Studierenden sollten die verschiedenen Seminarangebote zu Beginn des Semesters in Form einer »Einführungsveranstaltung«, u.a. mit Literaturvorschlägen, nahegebracht werden. Letzteres entspricht auch der gegenwärtigen Praxis, während der GK 3 als – gar bindende – Orientierung nach eingehenden Diskussionen inzwischen für unbrauchbar erklärt wurde.

Der Beginn des 1. Semesters im Reformstudiengang Medizin wies auch nach intensiven Vorbereitungen einige Engpässe im Unterricht auf. Im Bereich GÄDH standen nur wenige Seminarangebote zur Auswahl, dieser war noch deutlich medizinhistorisch geprägt. Im Laufe der nächsten Semester wurden die Wahlmöglichkeiten dann sukzessive aufgestockt. Der Wunsch nach interdisziplinären Seminaren war bereits im Vorfeld während der Ausgestaltung dieses Unterrichtsbereiches laut geworden. Solche Seminare existieren inzwischen auch. Zur Qualitätssicherung der Lehrveranstaltungen im Bereich »Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns« wurde eine Arbeitsgruppe etabliert, die für die Seminare klare Standards (Ziele und Aufgaben, Organisation, Aufbau

und Inhalt, Leistungsnachweise) geschaffen hat. Das Verfahren der Zulassung verschiedener Seminarangebote wurde seit dem Wintersemester 2001/2002 weiter präzisiert, standardisiert und transparenter gestaltet. Alle genannten Informationen sind auf der Homepage der Arbeitsgruppe RSM zugänglich (<http://www.charite.de/rv/reform/>).

2.2 Interaktion

Den kommunikativen Aspekten der ärztlichen Tätigkeit, etwa innerhalb der Arzt-Patient-Beziehung, wurde von Anfang an hohe Bedeutung beigemessen. Bereits auf dem 1. Workshop hatte von Uexküll die »Patient-Arzt-Beziehung« (!) als zentrale Problemebene herausgestellt (Inhalts-AG 1990: 26f.). Die Diskussion hierüber wurde auf dem 2. Workshop in der Arbeitsgruppe »Frühzeitiger Kontakt mit Patientinnen und Patienten, ganzheitliche Sicht und zwischenmenschliche Fähigkeiten« vertieft (1991: 75-84), wobei die Erfordernisse allgemeinärztlichen Arbeitens im Mittelpunkt standen.

Im »Entwurf eines neuen Curriculums« (Planungsgruppe RSM 1992: 5, 35ff.) wurden die Rahmenbedingungen für den Unterrichtsbereich »Interaktion« in Kleingruppen weiter präzisiert. Angestrebt wurde der Status einer »Pflichtveranstaltung«, die im Sinne eines »erlebnis- und reflexionsorientierten« Unterrichts angelegt sein sollte. Außerdem gab es genauere Festlegungen bezüglich der Gruppengröße und des Veranstaltungsablaufs. Thematisch standen die Situationen der Anamneseerhebung, des Einzel- und Gruppengesprächs, der Untersuchung des Patienten und die Zusammenarbeit mit Angehörigen anderer Gesundheitsberufe im Mittelpunkt. Es wurden semesterübergreifende Lehr- und Lernziele von semestergebundenen getrennt. Der Ansatz des bio-psycho-sozialen Gesundheits-/Krankheits-Verständnisses und die systemische Auffassung von Verhalten bzw. Interaktion sollten die theoretische Grundlage für den Interaktions-Kurs bilden. Vorläufig hielt man fest, dass hier insbesondere auch alltagsbezogene Wahrnehmungsfähigkeiten und Handlungskompetenzen diskutiert und erlernt werden sollten. Dieser Unterricht wurde als obligatorisch und studienbegleitend konzipiert, mit in 14-tägigem Turnus stattfindenden Kleingruppensitzungen à 4 x 45 Minuten.

In den »Materialien...« (Planungsgruppe RSM 1993) wurde als Ziel vorgegeben, dass sich theoretische Seminare und praktische Übungen abwechseln sollten. Zwar sollten zu Studienbeginn die theoretischen Teile zeitlich überwiegen, im weiteren Verlauf des Studiums dann aber mehr und mehr die praktischen Übungen in den Vordergrund rücken. Festgehalten wurde dies in einem semesterbezogenen Themenkatalog.

Darüber hinaus wurde eine AG Interaktion/Kommunikation gegründet, die für diesen Bereich sog. outcomes (im Sinne von Lernzielvorgaben) entwickelte.

Im Blockbuch des 1. RSM-Semesters (Wintersemester 1999/2000) werden als Kerninhalte des Unterrichtsbereichs »Interaktion« vier Punkte aufgelistet: »1. Reflexion Ihrer eigenen Situation und Gefühle in der Begegnung mit Patienten und im medizinischen Umgang mit ihnen. 2. Kommunikationstraining, praktische Übungen in der Gesprächsführung. 3. Theoretisches Wissen zu den Grundlagen der Kommunikation. 4. Interdisziplinäre Kooperationskompetenz mit theoretischem Wissen über andere Berufe im Gesundheitssystem und den Erfahrungen der in diesen Berufen Arbeitenden mit Patientinnen und Patienten.« Darüber hinaus werden in den jeweiligen Blockbüchern semestergebundene Themenschwerpunkte genannt. In den folgenden Semestern wurden inhaltliche Schwerpunkte regelmäßig variiert. Einerseits wurde so auf bereits erworbenem Wissen und Fähigkeiten aufgebaut, andererseits war eine gewisse Abwechslung gegeben.

2.3 Gesundheitswissenschaften

Gesundheitswissenschaftliche Fragestellungen fanden bereits in die Diskussionen bei der Vorbereitung des oben erwähnten ersten Workshops im November 1989 Eingang. Auf den Workshops selbst wurden dann solche Themen wie: Definitionen von Gesundheit, Sinn und Zweck von Prävention, berufliche Sozialisation von Studierenden im Medizinstudium erörtert. Auch das Thema Ökologie (im Sinne der Entstehung von Krankheiten aufgrund von Umweltbelastungen) wurde hier aufgegriffen (siehe Zusammenfassung der »AG Neue Inhalte/Entrümpelung«; Inhalts-AG 1990: 72-81).

Wie der »Entwurf eines neuen Curriculums« (Planungsgruppe RSM 1992: 22, 34, 52ff.) zeigt, wurde bei der Konzeption der Seminare des später »Human- und Gesundheitswissenschaften« genannten Bereichs bereits sehr früh an der Semesteranbindung einzelner Themenbereiche gearbeitet. In diesem Unterrichtskomplex sollte u.a. auf die Vermittlung eines die naturwissenschaftlichen Aspekte ergänzenden sozialwissenschaftlichen Verständnisses von Gesundheit Wert gelegt und der Notwendigkeit zur Reflexion des eigenen Gesundheitsverhaltens sowie der eigenen Expertenrolle Rechnung getragen werden. Die »Materialien...« (Planungsgruppe RSM 1993) sahen für die »Gesundheitswissenschaften« den Status von Wahlveranstaltungen vor, den sie dann bei der Einrichtung des RSM auch tatsächlich erhielten. Angesichts der hohen zeitlichen Belastung der Studierenden durch die Pflichtveranstaltungen

(aber auch durch die im Vergleich zum herkömmlichen Studium sehr viel komplexeren und aufwändigeren Prozeduren der externen und internen Evaluation sowie der Leistungsprüfungen) kann es deshalb nicht überraschen, dass die Resonanz des fakultativen Unterrichts in den »Gesundheitswissenschaften« – trotz zweifelsfrei interessanter Seminarangebote und prinzipiell vorhandenen Interesses bei vielen Studierenden – derzeit eher begrenzt ist.

2.4 *Methoden wissenschaftlichen Arbeitens*

Einen zweiten fakultativen Seminarstrang im Unterricht der Human- und Gesundheitswissenschaften bilden die »Methoden wissenschaftlichen Arbeitens«. Die kritische Diskussion entsprechender Inhalte lässt sich ebenfalls bis zum Beginn der Planungsphase des Reformstudiengangs im Jahr 1989 zurückverfolgen. Der Begriff der Wissenschaft, die Kritik am vorherrschenden Wissenschaftsverständnis und das Thema »Wissenschaft und Forschung« waren dabei ebenso Gegenstand der Debatte wie die gegenwärtige Praxis wissenschaftlichen Arbeitens seitens heranwachsender Ärztinnen und Ärzte im Rahmen der medizinischen Dissertation.

Auch zu den »Methoden wissenschaftlichen Arbeitens« wurde im »Entwurf eines neuen Curriculums« (Planungsgruppe RSM 1992: 60ff.) ein Konzept umrissen, das bereits Aussagen zur Stundenzahl und zu den Möglichkeiten der Leistungsbeurteilung enthielt sowie erste Berechnungen zum personellen, räumlichen und technischen Bedarf anstellte. Charakteristisch für diese Veranstaltung sollte die Integration von theoretischem Studium und praktischer Übung sein. Dabei sollten die Studierenden erlernen, »allein und in Gruppen effektiv und effizient zu lernen, Informationen zu finden und zu verarbeiten, sowie Problemlösungen zu entwickeln«. Insbesondere die Befähigung der Absolventen des RSM zu kontinuierlicher Weiter- und Fortbildung wurde als notwendig erachtet.

Für die »Methoden wissenschaftlichen Arbeitens« sahen die »Materialien ...« (Planungsgruppe RSM 1993) – ähnlich wie für die »Gesundheitswissenschaften« – den Status von Wahlveranstaltungen vor. Deren Zielstellung beschreibt das Blockbuch 1999/2000 folgendermaßen: »In diesem Unterrichtsbereich soll in die wissenschaftlichen Methoden der Medizin eingeführt werden. Dazu gehören experimentelle und nicht-experimentelle Forschung, die Planung und Durchführung klinischer Studien sowie die kritische Bewertung der zugehörigen Literatur.« Hier wurden teilweise Forderungen aus dem Papier der »Inhalts-AG« zum Punkt »Wissenschaftlichkeit« umgesetzt.

3. Das problemorientierte Lernen (POL)

Im herkömmlichen Studium kommen meist unidirektionale Lehrformen wie Vorlesungen oder Seminare zum Tragen, die – zumindest implizit – von der Vorstellung ausgehen, Studierende seien gleichsam »leere Gefäße«, die mit dem »richtigen« Wissen nur angefüllt werden müssen.

Ein entscheidender Ansatz bei der Planung des Reformstudiengangs Medizin war es, die Studierenden nicht mehr als reine Wissensempfänger zu betrachten, sondern als aktive Lernende, die sich ihr Wissen aus einem breiten Angebot selbständig erarbeiten und aneignen (Burger/Scheffner 1993). Dies sollte im Rahmen des »problemorientierten Lernens« (POL) ermöglicht werden.

Das problemorientierte Lernen im Reformstudiengang orientiert sich weitgehend am ursprünglichen Modell der McMaster University, die POL – im englischsprachigen Raum: problem based learning (pbl) (Barrows 1980; Coles/Scheffner/Schmidt 1995: 37ff.) – als erste medizinische Fakultät in der Pflichtlehre anwandte, sowie an dem Konzept der Universität Maastricht, das für POL sieben Schritte formuliert (Schmidt 1983; Inhalts-AG/Planungsgruppe RSM 1991: 62ff.). In Berlin kam ein weiterer – achter – Schritt hinzu, der die Evaluierung des Lernprozesses und des strategischen Vorgehens betrifft:

1. Klärung grundsätzlicher Verständnisfragen zu Terminologie und Problemstellung;
2. Definition des Problems oder von Teilproblemen, die von der Gruppe bearbeitet werden sollen;
3. Sammlung von Hypothesen und Ideen;
4. Systematische Ordnung von Hypothesen und Ideen;
5. Formulierung der Lernziele;
6. Erarbeitung der Lerninhalte, je nach Absprache einzeln oder in Untergruppen;
7. Synthese und Diskussion der zusammengetragenen Lerninhalte;
8. Reflexion der erarbeiteten Inhalte, des strategischen Vorgehens sowie des Gruppenprozesses.

Im ursprünglichen Arbeitspapier der Inhalts-AG, dem sog. »Berliner Modell«, taucht der Begriff des problemorientierten Lernens noch nicht auf. Dort ist ausschließlich von Kleingruppenarbeit die Rede: »Ein Oberthema wird gewählt, in Kleingruppen bearbeitet, durch Vorlesungen und Seminare vertieft, sowie ständig von praktischen Übungen begleitet (...). Kern der Blöcke sind die Kleingruppen aus ca. 8 StudentInnen (...). Die/der TutorIn lehrt nicht, sondern ist AnsprechpartnerIn und Orientierungshilfe.«

Dies entspricht weitgehend den momentanen Durchführungsgepflogenheiten des POL im Reformstudiengang, auch wenn über die Bedeutung des POL als didaktischer »Kern« der Blöcke in letzter Zeit diskutiert wird und die Entwicklung dahin tendiert, POL nicht mehr als *die* zentrale Lernmethode, sondern nur als eine von mehreren aufzufassen. Die kleine Gruppengröße und die Non-Direktivität der tutoriellen Begleitung werden im Reformstudiengang jedoch relativ konsequent durchgehalten.

Während im »Berliner Modell« und im »Entwurf eines Neuen Curriculums« (Planungsgruppe 1992: 15) noch davon ausgegangen wurde, dass ältere Studierende, die die jeweiligen Blöcke schon absolviert haben, die Rolle des/der Tutor/in für die jüngeren übernehmen können, stellte sich während der weiteren Planung des Reformstudiengangs heraus, dass dies nicht durchsetzbar war. Wegen des kompletten Verzichts auf Vorlesungen sahen es die hochschulpolitischen Entscheidungsgremien als notwendig an, dass die POL-Gruppen im Reformcurriculum von Hochschullehrer/innen geleitet werden, um die fachliche Korrektheit der Wissensvermittlung zu gewährleisten. Von diesem Prinzip wird in der Praxis jedoch häufig abgewichen; schon aus Kapazitätsgründen finden etliche POL-Gruppen unter der Leitung von nichthabilitierten Ärztinnen und Ärzten statt – ohne dass dies sichtbare negative Auswirkungen auf die Gruppen hätte. Es scheint sogar eher so zu sein, dass Hochschullehrende mit langjähriger Erfahrung in traditionellen Unterrichtsformen Schwierigkeiten haben, sich auf die non-direktive Art der Gruppenleitung einzustellen. Jüngeren Kollegen fällt dies tendenziell leichter, wenngleich gesagt werden muss, dass damit lediglich ein subjektiver Eindruck von der bisherigen POL-Entwicklung wiedergegeben wird.

Der/die Tutor/in fungiert beim Berliner POL als »Faszilitator/in«, der/die den Lernprozess der Studierenden unterstützt. Im zweiten Studienabschnitt des RSM soll während der Blockpraktika darauf geachtet werden, dass die POL-Tutor/inn/en Ärzte/innen des jeweiligen Fachgebiets sind, die den Studierenden dann auch spezifisches fachliches Feedback geben können. Hier wurde auf eigene Erfahrungen aus der Neurologie, Radiologie und Pädiatrie zurückgegriffen (Inhalts-AG/Planungsgruppe RSM 1991: 117ff.).

Da beim POL-Tutor eher die didaktische und nicht primär die inhaltliche (medizinische) Kompetenz im Vordergrund steht, wäre im fortschreitenden Studienverlauf auch der Einsatz älterer Studierender als POL-Tutor/innen zu erwägen. Die zwischenzeitliche Idee, zu 25 % niedergelassene Ärztinnen und Ärzte als POL-Tutoren einzusetzen (Planungsgruppe RSM 1992), wurde wieder aufgegeben, da ihrer Realisierung hochschulpolitische (Vorbehalte gegen den Unterricht durch niedergelassene Ärzte

an der Fakultät) und finanzielle (fünf Std./Woche inkl. einer Stunde Nachbesprechung mit entsprechendem Verdienstausschlag) Hindernisse im Weg standen.

Gegen die Art des selbstbestimmten Lernens, wie sie im Berliner RSM praktiziert wird, gibt es immer noch viele Widerstände, die der Sorge entspringen, dass die Studierenden nicht das lernen, was sie lernen sollen, sondern das, was sie wollen. Der mit dem Lernkonzept zweifellos verbundene Verantwortungszuwachs auf Seiten der Studierenden wird zum Teil als riskant empfunden. Mittlerweile ist die Aufgeschlossenheit der Fakultätsmitglieder am POL im allgemeinen aber doch sehr groß; in regelmäßigen Abständen finden hierzu Trainings für Interessierte statt, so dass sich POL auch außerhalb des RSM immer weiter verbreitet.

4. *Praktische Fertigkeiten*

In der Entwicklung des Reformstudiengangs spielten die praktischen Fertigkeiten anfangs noch keine prominente Rolle, im »Berliner Modell« werden sie lediglich an einer Stelle explizit erwähnt (Inhalts-AG 1988: 7). Dies war sicher der Unkenntnis der Tatsache geschuldet, dass es an anderen Universitäten damals bereits selbstverständlich war, den Erwerb praktischer Fertigkeiten nicht nur im Curriculum in Form von strukturierten Übungen einzuplanen, sondern auch zu überprüfen und Skillslabs zu unterhalten, die dies für Studierende auch im Selbststudium ermöglichen. Die Thematik »Praxis im Studium« wurde im »Berliner Modell« hauptsächlich unter dem Gesichtspunkt des frühzeitigen Patientenkontakts schon am Anfang des Studiums aufgegriffen (Inhalts-AG 1988: 6f), wobei sicher die Vorstellung mitschwang, dass man hierdurch die notwendigen praktischen Fertigkeiten schon automatisch erwerben würde. Dieselbe Tendenz kann man auch noch im Bericht zu dem von der Inhalts-AG veranstalteten Workshop »Medizinischer Reformstudiengang ...« erkennen, in dem es zwar eine »AG Praxis im Studium« gab, die auf den systematischen Erwerb praktischer Fertigkeiten aber nur am Rande einging (Inhalts-AG 1990: 81ff).

Dies änderte sich auf dem von der Inhalts-AG und der Planungsgruppe RSM gemeinsam veranstalteten Workshop »Neue Lern- und Lehrformen«: dort wurde das Skillslab in Maastricht vorgestellt (Inhalts-AG/Planungsgruppe RSM 1991: 62ff.), und auch in anderen Arbeitsgruppen wurde den praktischen Fertigkeiten mehr Aufmerksamkeit als bislang gewidmet. Im Zwischenbericht der Planungsgruppe RSM (»Entwurf eines neuen Curriculums«) findet man bereits die Veranstaltungsform »Untersuchung, Diagnostik und Akutmaßnahmen«, in der dezidiert auf

die Art und Weise des Erwerbs praktische Fertigkeiten eingegangen wird (Planungsgruppe RSM 1992: 32ff.). In dem Bericht wurde auch ein Lehrmittelhaus (»Skills Lab«) gefordert und – schon mit Personalschlüssel versehen – im Teil »Finanzielle Auswirkungen des Reformstudiengangs Medizin« aufgeführt (Planungsgruppe RSM 1992: 92ff.). In den Planungen für den Pflegekurs wurde darauf hingewiesen, dass hierfür »mehrere Krankenbetten bzw. ein Krankenzimmer sowie Materialien zur Ausführung der Grundpflege unverzichtbar« seien (Planungsgruppe 1992: 80), die gemeinsam mit evtl. ohnehin schon vorhandenen Räumlichkeiten in der Krankenpflegeschule genutzt werden könnten.

In den »Materialien...« (AG RSM 1995-98) wurden die Lernziele für den Reformstudiengang detailliert aufgeführt und in »kognitive«, »anwendungsbezogene« und »emotionale« unterschieden. Vorgesehen war, dass die Studierenden die notwendigen praktischen Fertigkeiten in den nun »Übungen zur Diagnostik und Therapie« genannten Veranstaltungen erwerben. Es fehlte jedoch ein Konzept für die erforderliche räumlich-sachliche Infrastruktur. Man beschränkte sich auf den Hinweis, dass die »meisten Reformuniversitäten großzügig ausgestattete »Skills Labs« (...)« mit »entsprechender Labortechnik, visuellen Medien und Computersimulations-Programmen« haben (AG RSM 1995-98: Kap. 2 1/97: 9).

Die Realisierung des Trainingszentrums für Ärztliche Fertigkeiten (TÄF) erfolgte erst 1999, nachdem die Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO) novelliert worden war und eine Förderung durch die Volkswagenstiftung feststand. Von der Fakultät wurden zunächst zehn Räume in der ehemaligen Zahnklinik zur Verfügung gestellt, die sich jedoch bald als zu eng und zu laut erwiesen. Mittlerweile besteht das TÄF aus 24 Unterrichtsräumen auf zwei Ebenen des Gebäudes der Onkologie. Hierzu gehören vier Seminarräume, fünf Themenräume (mit Dummies, Modellen und Untersuchungsinstrumenten), fünf Räume mit Videoaufzeichnungsmöglichkeit durch fest eingebaute Kameras/Mikrofonports, eine kleine Bibliothek und 14 Kleingruppenräume.

Im TÄF findet ein Großteil der Unterrichtsveranstaltungen des RSM statt. Während der Öffnungszeiten (Mo.-Fr. 8-22h, Sa. 10-16.30h) können die Studierenden, betreut durch Studierende höherer Semester, ihre praktischen Fertigkeiten im Selbststudium vertiefen. Leider wird die Möglichkeit, Studierende im TÄF praktisch zu unterrichten, noch nicht in allen Blöcken des Reformstudiengangs ausreichend genutzt. Die Neigung, die Studierenden durch Assistenten, die gleichzeitig auf Station arbeiten, »nebenbei« unterrichten zu lassen, ist offenbar sehr groß. Vor allem zu Beginn des Studiums erschiene es jedoch sinnvoller, die praktischen Unterweisungen im TÄF durchzuführen, zumal es für das Erlernen

praktischer Grundfertigkeiten anfangs noch gar nicht unbedingt notwendig ist, »echte« Patient/inn/en heranzuziehen, sondern es vollkommen ausreicht, sich gegenseitig zu untersuchen. Letzteres bringt den zusätzlichen Vorteil mit sich, dass die Studierenden an sich selbst erleben, wie es ist, diagnostischen Prozeduren unterzogen zu werden.

Im Reformstudiengang werden die praktischen Fertigkeiten durch Fachvertreter/innen (im TÄF oder auf Station) sowie durch studentische Tutoren/Tutorinnen (im TÄF) vermittelt, auf dem Wege des Selbststudiums vertieft und am Semesterende geprüft (siehe nächster Abschnitt). Die Vermittlung der Fertigkeiten auf den Stationen und auch im TÄF erfolgte zunächst auf recht unterschiedlichem Niveau, was in den ersten Semesterabschlussprüfungen auffällig wurde. Als Reaktion darauf boten die studentischen Mitarbeiter/innen zusätzliche Tutorien an, die mit den Beauftragen der jeweiligen Themenblöcke abgestimmt wurden. Außerdem gab das TÄF ein Leitfadensystem zu klinischen Untersuchungen und praktischen Fertigkeiten heraus, in dem der erwartete Standard von den jeweiligen Abteilungen beschrieben wird (RSM 2001). Dadurch ließ sich ein gleichmäßigeres Niveau in der Qualität der Fertikeitsvermittlung erreichen.

5. Prüfungen

Im »Berliner Modell« nahm die Problematik der Prüfungen bereits einen großen Raum ein (Inhalts-AG 1988: 7ff.). Deziert wurde hier auf die Nachteile des vom IMPP dominierten Prüfungssystems eingegangen. Die Multiple-Choice-Question (MCQ) Prüfungen wurden grundsätzlich als der Lernsteuerung nicht dienlich kritisiert. Das summative MCQ-System führe zum unreflektierten Reproduzieren von »Fakten« und zum »passiven Lückenlernen«, da davon auszugehen sei, dass die Fragen zwangsläufig immer spezieller werden müssen, um den Anteil an sogenannten Altfragen gering zu halten. Auch die Vorteile des MCQ-Systems in Hinblick auf Validität, Reliabilität und Objektivität wurden als »nicht MC-immanent« eingeschätzt.

Bei der Suche nach Alternativen stand der Grundsatz im Mittelpunkt, dass Prüfungen weniger die Funktion der Selektion, als vielmehr die Funktion der Rückmeldung an die Studierenden über ihren Lernfortschritt haben sollten (formativ). Die Studierenden sollten dabei mitbestimmen können, in welcher Form und zu welchem Zeitpunkt (kursbegleitend oder am Ende des Kurses) sie geprüft werden wollen. Prüfungen sollten nicht nur über den Kenntnisstand Auskunft geben, sondern vor allem über die Anwendbarkeit des Wissens. Sie sollten eher studienbegleitend

angelegt sein, um die frühzeitige Identifizierung von Wissenslücken und deren rasche Schließung in den folgenden Veranstaltungen zu ermöglichen.

Auf dem 1. Workshop (Inhalts-AG 1990) gab es eine »AG Prüfungen«, die sich speziell mit den Formen und Zielen von Prüfungen auseinandersetzte. Nach dem damaligen Stand der Diskussion sollten sich die Prüfungen an den Kriterien »Problemlösefähigkeit«, »Grundwissen«, »Fertigkeiten«, »Ausdrucksmöglichkeit und Interaktionsfähigkeit« sowie »Haltungen und Einstellungen« orientieren. Es wurde hervorgehoben, dass neue Lehr- und Lerninhalte auch neue Evaluations- und Prüfungsformen erfordern, die fachübergreifend und am Patienten orientiert durchzuführen seien. Den Prüfungen wurde vor allem die Funktion zugeordnet, eine »Standortbestimmung« und »Selbsteinschätzung« der Studierenden bezüglich ihrer erworbenen Kenntnisse und praktischen Kompetenzen zu ermöglichen. Prüfungen sollten nach damaliger Einschätzung am Patienten, möglichst direkt am Krankenbett, von Fachärzt/inn/en abgenommen werden. Eine Standardisierung wurde als essentiell angesehen, ebenso wie eine Schulung der Prüfer/innen und ein System zur Kontrolle des Ablaufs und der Inhalte dieser integrativen Prüfungen. Verschiedene Prüfungsformen sollten den jeweiligen Inhalten angepasst eingesetzt werden. Die »Gruppenbetreuer« (POL-Dozent/innen) sollten nicht selbst prüfen, sondern als Protokollanten und neutrale »Anwält/innen« der Studierenden fungieren.

Im Reader zum 2. Workshop spielten Prüfungen eine eher untergeordnete Rolle. In dem Kapitel »Der Reformstudiengang Medizin in Berlin« (Inhalts-AG/Planungsgruppe RSM 1991: 23ff.) ist davon die Rede, dass eine breite Palette an Prüfungsformen ausprobiert werden sollte. In diesem Planungsstadium wurde noch davon ausgegangen, dass die Studierenden des RSM lediglich am letzten, mündlichen Teil der ärztlichen Prüfung des herkömmlichen Studiums teilnehmen müssen. Über die Art der Prüfungen war noch kein Konsens vorhanden; es wurde lediglich auf deren Vielfalt an anderen Reformuniversitäten verwiesen und ein juristischer Spielraum zum Testen geeigneter, den Inhalten angepasster Prüfungsformen angemahnt.

Zu den Zielsetzungen der Prüfungen gab es erst im Zwischenbericht klar formulierte Vorstellungen (Planungsgruppe RSM 1992: 82ff.): »Die Prüfungen im Reformstudiengang und die staatliche Prüfung im Anschluss daran dienen der Qualitätssicherung, der Ausbildung und letztlich der Gesundheitsversorgung. Sie verfolgen mehrere Ziele: die Lehr- und Lernzielkontrolle, die Evaluation des Curriculums und schließlich auch der Selektion der Studierenden. Sie sollten dabei den testtheoretischen

Ansprüchen an Objektivität, Reliabilität und Validität genügen, praktikabel und fair sein.« Als Hauptprüfungsmethode wurde dort die OSCE (objective structured clinical examination) genannt. Mit der OSCE sollten sowohl praktische Fertigkeiten als auch theoretisches Wissen geprüft werden. Bis hin zur Anzahl der praktischen und theoretischen Stationen (je fünf) wurde beschrieben, wie die OSCE-Prüfungen ablaufen sollen. Als neues formatives Prüfungselement tauchte eine »Bewertung der Semesterleistungen« auf. Diese sollte den Studierenden von den für die jeweilige POL-Gruppe Verantwortlichen vor Bekanntgabe der Prüfungsergebnisse ausgehändigt werden, um eine Beeinflussung des POL-Betreuers zu vermeiden. Die Beurteilungen sollten dann mit den Ergebnissen der OSCE verglichen werden und zu deren Evaluation dienen. Als Kontrollmechanismus zum Schutz der Studierenden wurde u.a. der Vergleich mit Kontrollgruppen aus dem Regelstudiengang, aus anderen Semestern des Reformstudiengangs und aus dem Bereich der niedergelassenen Ärzt/innen in Erwägung gezogen. Die erfolgreiche Teilnahme an den OSCE-Prüfungen und an den sechs Blockpraktika des 2. Studienabschnitts wurde als Voraussetzung für die Anmeldung zur abschließenden Ärztlichen Prüfung betrachtet.

Im »Entwurf eines neuen Curriculums« wurde davon ausgegangen, dass die ärztliche Prüfung abschließend von Hochschullehrern/innen – nach Modalitäten, die dem Aufbau des RSM entsprechen – abgenommen wird. (Planungsgruppe RSM 1992: 82ff). Die ärztliche Prüfung sollte als dreiteilige Kollegialprüfung mit jeweils zwei Prüfer/innen an einem Kind oder Jugendlichen, an einem Erwachsenen und an einem älteren Menschen erfolgen. Den Prüfern (für die im übrigen eine spezielle Schulung vorgesehen war) sollte jeweils ein Beisitzer zur Seite gestellt werden. Ferner war zum ersten Mal die Rede von »professionellen Patienten«, die für die Durchführung der Prüfungen geschult werden sollten, um reliable Prüfungsbedingungen zu schaffen. Um Willkür und Ungerechtigkeiten zu vermeiden, wurde die Gewährleistung eines engen Bezugs der Prüfungen zu den festgelegten Lehrzielen als notwendig erachtet.

Die Art und Weise, wie Prüfungen im Reformstudiengang aktuell durchgeführt werden, entspricht weitgehend dem in den »Materialien ...« (AG RSM 1993-98) beschriebenen konzeptionellen Stand, wobei allerdings einige, hier noch nicht aufgeführte Prüfungsformen (Prosafragen, Direkt Observation [DO], Triple Jump Exercise [TJE]) hinzutreten sind. Auch der in den »Materialien ...« veröffentlichte Entwurf einer Prüfungsordnung entspricht im wesentlichen der aktuell gültigen. Verglichen mit den ursprünglichen Planungen ist jedoch das formative Element gegenüber dem summativen in den Hintergrund getreten. Die

Studierenden im Reformstudiengang müssen am 2. und am 3. Teil der ärztlichen Prüfung teilnehmen. Die Inhalte der ärztlichen Vorprüfung und des ersten Abschnitts der ärztlichen Prüfung werden im Reformstudiengang äquivalent in den Semesterabschlussprüfungen geprüft. Diese bestehen je nach vorausgegangenem Blockinhalten aus verschiedenen Teilen, die separat im Staatsexamenszeugnis aufgelistet werden: OSCE (für praktische Fertigkeiten), MCQ (für kognitives Wissen) und MEQ (Modified Essay Questions für Problemlösungsstrategien).

6. *Alternative Heilmethoden*

Heilmethoden jenseits der etablierten Schulmedizin spielten im »Berliner Modell« eine gewichtige Rolle. Es wurde bemängelt, dass die Diskussion alternativer Methoden und Ansätze in der Medizin allenfalls auf Kongressen oder in Fachzeitschriften möglich sei, sie jedoch keinen Platz im Kerncurriculum der Humanmedizin finde. Alleine die wachsende Nachfrage nach solchen Methoden müsse für die medizinischen Fakultäten Grund genug sein, sich der Auseinandersetzung hiermit auch in der Lehre zu öffnen. Diesbezüglich wurden in dem Papier folgende Inhalte als relevant angesehen: Homöopathie, (traditionelle) chinesische Medizin, physikalische Therapien, Anthroposophie und Phytotherapie.

Damit die »alternativen Therapien« in einem künftigen Reformstudiengang nicht von vorneherein der dominanten Deutungsmacht der Schulmedizin zum Opfer fallen, forderte man: »Diese Einzelbereiche müssen ihre Darstellung, ihre Voraussetzungen und ihre Methodik selbst bestimmen dürfen, da wir dem Problem gerecht werden müssen, dass sie zum Teil mit herkömmlichen naturwissenschaftlichen Verfahren allein nicht erklärbar sind und ihnen deshalb der Zugang zur Universität bisher verwehrt wurde.« Und darüber hinaus: »Wir halten es für notwendig, auf Antrag Institute einzurichten, die diese Lehren repräsentieren«.

Im Folgenden wurde die Erarbeitung einer Liste von Studieninhalten auf dem Gebiet der alternativen Heilmethoden vorangetrieben (siehe Zusammenfassung der »AG Neue Inhalte/Entrümpelung«, Inhalts-AG 1990: 72ff.). Zugleich wurde deutlich gemacht, dass es hierbei nicht darum gehe, »parallel eine Ausbildung in einer der genannten Heilweisen« anzustreben, »sondern um die generelle Möglichkeit, sich innerhalb des Studiums mit anderen Heil-Systemen auseinander zu setzen (...).«

Im »Entwurf eines neuen Curriculums« (Planungsgruppe RSM 1992) existierte kein Kapitel, das alternativen Heilmethoden gewidmet ist. Dessen ungeachtet wurden entsprechende Inhalte in den Unterricht des RSM aufgenommen: Ein Seminar, das fast wörtlich diesen Titel

(»Alternative Therapiemethoden«) trägt, gehört seit den ersten Semestern des RSM zu den beliebtesten Angeboten im Bereich »Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns«. Das vom Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Arbeitsmedizin angebotene Seminar muss wegen der Begrenzung der Studierendenzahl und des Wunsches nach Mehrfachbelegung des Seminars regelmäßig wiederholt werden. Im aktuellen Seminarangebot des Bereichs »Grundlagen ärztlichen Handelns« erfreuen sich Seminare zu alternativen Heilmethoden also überdurchschnittlicher Beliebtheit. Ganz offensichtlich besteht unter Studierenden der Medizin aus vielfältigen Gründen ein hoher Bedarf an Informationen zu diesen Methoden und den zugehörigen Theorien. Die Seminare wurden regelmäßig mit gutem Ergebnis evaluiert.

7. *Wissenschaftlichkeit*

In den »Allgemeinen Streikforderungen der studentischen Vollversammlung« im Anhang des Papiers »Berliner Modell« wurde eine grundsätzliche Kritik an der Verquickung universitärer Wissenschaft mit politischen und ökonomischen Interessen geübt und hieraus entsprechend weitreichende Forderungen abgeleitet: »Es geht uns um die Herstellung der Autonomie der Universität zum Zweck einer kritischen, problem- wie konfliktorientierten Wissenschaft, losgelöst von den Verwertungsinteressen der Wirtschaft und des Militärs. Dazu gehört die Abkoppelung universitärer Entscheidungsprozesse von politischen und wirtschaftlichen Macht- und Interessensstrukturen. Dies beinhaltet außerdem Interdisziplinarität im Sinne eines konstruktiv-kritischen Dialogs innerhalb und zwischen den einzelnen Instituten und Fachbereichen.«

Noch während des ersten Workshops RSM 1989 wurde in der Arbeitsgruppe »Wissenschaft und Forschung« das herrschende Wissenschaftsverständnis kritisch reflektiert. Dass die »momentane Ausbildung weder für die praktische ärztliche Tätigkeit, noch für die wissenschaftliche Arbeit« qualifiziert, wurde hier als betrübliches Fazit der Beteiligten formuliert. Verschiedene Optionen, wie diese Situation in einem neuen Curriculum zu verbessern sei, wurden herausgearbeitet und kontrovers diskutiert (Planungsgruppe RSM 1992). Im weiteren Planungsprozess für ein neues medizinisches Curriculum wurde für den angesprochenen Themenkomplex dann sogar eine eigene Lehrveranstaltung kreiert: die »Methoden wissenschaftlichen Arbeitens«. Im Rahmen dieses Unterrichts ist es zwar durchaus möglich, übergeordnete politisch-ethische Dimensionen von (medizinischer) Wissenschaft, etwa die Frage nach dem Status der Forschung in der Humanmedizin, zu behandeln und zu

diskutieren. Die ambitionierte politische Stoßrichtung des oben zitierten Papiers fand im Curriculumsentwurf allerdings keinen Niederschlag mehr. Es ist davon auszugehen, dass man sich in der Gruppe der nach dem Studierenden-Streik inhaltlich Aktiven mit diesen Positionen nicht mehr uneingeschränkt identifizierte und stattdessen zunehmend einer pragmatischen, auf die engeren Bedürfnisse der (reformierten) Mediziner-ausbildung bezogenen Haltung zuwandte.

8. Schlussbetrachtung

Der Reformstudiengang Medizin in Berlin gehört unter den reformierten Curricula für Humanmedizin – auch im internationalen Vergleich – zu den ersten Studiengängen, die die Inhalte der Human- und Gesundheitswissenschaften im *Wahlpflichtbereich* von Anfang an zum festen Bestandteil der Ausbildung gemacht haben (vgl. u.a.: Burger/Scheffner 1993: 272f.).

Einige inhaltliche Themenbereiche, die noch im »Berliner Modell« von 1988 und in den anschließenden Workshops und Arbeitstreffen der frühen 1990er Jahre explizit diskutiert und zum Gegenstand von Reformforderungen gemacht worden waren, sind im heutigen Reformcurriculum nicht mehr direkt repräsentiert. Dies gilt etwa für die Komplexe »Wissenschaftlichkeit« oder »Alternative Heilmethoden«. Gleichwohl ist festzuhalten, dass sie in Unterrichtsbereichen wie den »Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns« oder den »Methoden wissenschaftlichen Arbeitens« durchaus Beachtung finden. Die stärker politisch bzw. hochschulpolitisch geprägten Aspekte des »Berliner Modells« (z.B. die Diskussion der Rolle von Drittmittelforschung) fanden keinen Eingang in die verbindlichen Inhalte des Reformcurriculums, wenngleich die Diskussion dieser Aspekte in mehreren Unterrichtsbereichen möglich und erwünscht ist und auch tatsächlich stattfindet. Eine Verbindlichkeit im curricularen Sinne setzte sich wohl auch deshalb nicht durch, weil die Gewichtung solcher »politischen« Inhalte unter den Studierenden der Medizin letztlich nicht mehrheitsfähig war.

Das Problemorientierte Lernen (POL) im Reformstudiengang entspricht im Kern der Sache dem, was bereits im Berliner Modell bezüglich der anzustrebenden Lehrmethoden – ohne den Begriff POL explizit zu nennen – formuliert worden war. Es hält sich eng an die Vorbilder aus Maastricht und McMaster. Das Tutoriumskonzept wandelte sich im Planungsverlauf: War zunächst eine Betreuung durch Student/innen älteren Semesters vorgesehen, so wurde diese Rolle später Hochschullehrern/-lehrerinnen zugedacht. Zwischenzeitlich angestellte Überlegungen

dahingehend, niedergelassene Ärzt/innen als POL-Tutor/innen einzubinden, wurden aus politischen und finanziellen Gründen nicht weiterverfolgt. Momentan wird – nachdem erste Praxiserfahrungen vorliegen – die Umsetzung dieses Konzepts im RSM intensiv diskutiert. So ist beispielsweise geplant zu testen, wie reale Patienten im RSM als Fallbeispiele am Besten eingesetzt werden können und welche Hintergrundinformationen je nach Studienphase bei den »Papierfällen« sinnvoll sind.

Der Aufwand, der für den Erwerb praktischer Fertigkeiten im Reformstudiengang betrieben werden muss, wurde anfangs unterschätzt. Zunächst ging man davon aus, dass diese Fertigkeiten quasi »nebenher« auf Station vermittelt werden und lediglich abschließend geprüft werden müssen. Im weiteren zeigte sich jedoch die Notwendigkeit, ein spezielles Trainingszentrum für Ärztliche Fertigkeiten (TÄF) einzurichten und den Studierenden geschulte Mitarbeiter/innen sowie einen Untersuchungsleitfaden zur Verfügung zu stellen. Die Qualität der erworbenen Fertigkeiten wird durch die praktischen Prüfungen ermittelt und die Kurs- und Modellangebote im TÄF ständig den Anforderungen angepasst.

Auch mit der Ausgestaltung der Prüfungen im Reformstudiengang hat man sich erst relativ spät befasst, was sicherlich auch an der lange bestehenden Unsicherheit hinsichtlich der Frage lag, welche Prüfungsformen mit der Approbationsordnung überhaupt vereinbar sind. Im Laufe der Entwicklung des Reformstudiengangs kristallisierte sich heraus, dass sich nicht alle Ideen zu selbstbestimmten, studienbegleitenden Prüfungsformen realisieren ließen. Zu groß waren die Vorbehalte der hochschulpolitischen Entscheidungsträger gegenüber rein formativen Prüfungen. Die stattdessen praktizierten summativen Semesterabschlussprüfungen stehen jedoch in einem gewissen Spannungsverhältnis zu dem primär auf selbstbestimmtes Lernen zielenden Ansatz des Curriculums im Reformstudiengang und schaffen immer wieder Probleme. Dies zeigt sich etwa im Lernverhalten der Studierenden, welches natürlich stark auf das Bestehen der Semesterabschlussprüfungen orientiert ist und dadurch häufig in Konflikt mit der Logik und den Anforderungen des POL und des Selbststudiums gerät.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Kai P. Schnabel

Reformstudiengang Medizin

Charité, Med. Fakultät der Humboldt-Universität zu Berlin

Schumannstr. 20/21

10117 Berlin

E-Mail: kai.schnabel@charite.de

Anmerkungen

- 1 Der RSM wurde über verschiedene Zeiträume von folgenden Institutionen gefördert: Robert Bosch Stiftung, Ärztekammer Berlin, Volkswagenstiftung, Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung, Carl-Gustav-Carus-Stiftung, Freunde und Förderer der Charité e.V., Deutsche Ärzteversicherung, Roche Diagnostics GmbH, Novartis Pharma GmbH, Schering AG.
- 2 Die 63 Plätze werden unter den Studierenden verlost, die am RSM teilnehmen wollen.

Literatur

- Arbeitsgruppe Reformstudiengang Medizin (1993-98): Materialien zur Reform des Medizinstudiums an der FU Berlin (»Weißer Ordner«). Universitätsklinikum Rudolf Virchow, FU Berlin, Loseblattsammlung im Eigenverlag
- Arbeitskreis Mediziner Ausbildung der Robert Bosch Stiftung (Hg.) (1990): Das Arztbild der Zukunft – Analysen künftiger Anforderungen an den Arzt. Konsequenzen für die Ausbildung und Wege zu ihrer Reform. Gerlingen: Bleicher
- Barrows, H.S.; Tamblyn, R.M. (1980): Problem-based Learning. An Approach to Medical Education. Springer Series on Medical Education 71. New York: Springer.
- Burger, W.; Scheffner, D. (1993): Der Berliner Reformstudiengang Medizin. Hintergründe, Ziele. *Psychomed* 5: 270-274
- Coles, C.; Scheffner, D.; Schmidt, C. (Eds.) (1995): Changing Medical Education. The Loccum Conference, 12.-18.7.1992. (= Reihe Loccum Protokolle 31/92). Rehbürg-Loccum: Evangelische Akademie Loccum.
- Göbel, E.; Schnabel, K. (1999): Medizinische Reformstudiengänge. Beispiele aus Deutschland, Kanada, den Niederlanden, Norwegen, Schottland, der Schweiz, Schweden und den USA. Frankfurt a.M.: Mabuse
- Inhalts-AG (= Studentische Initiative zur Reformierung des Medizinstudiums an der FU Berlin) (1988): Berliner Modell (=Arbeitspapier der Inhalts-AG), Berlin: Freie Universität, Eigenverlag
- Inhalts-AG (1990): Bericht zum Workshop »Medizinischer Reformstudiengang. Inhalt, Struktur und Schritte zur Verwirklichung« vom 24.-26. November 1989. Berlin: Universitätsklinikum Rudolf Virchow, Eigenverlag
- Inhalts-AG, Planungsgruppe Reformstudiengang Medizin (1991): Bericht zum Workshop »Neue Lern- und Lehrformen im Medizinstudium«. Dokumentation zum II. Workshop »Reformstudiengang Medizin« vom 11.-13. Januar 1991. Berlin: Universitätsklinikum Rudolf Virchow, Standort Charlottenburg, Eigenverlag
- Planungsgruppe Reformstudiengang Medizin (1992): Entwurf eines neuen Curriculums. Berlin: Universitätsklinikum Rudolf Virchow, Standort Charlottenburg, Eigenverlag
- Reformstudiengang Medizin (1999-2002): Blockbuch Reformstudiengang Medizin. Human- und Gesundheitswissenschaften. Berlin: Universitätsklinikum Charité, Medizinische Fakultät der Humboldt-Universität, Eigenverlag
- Reformstudiengang Medizin (2001): Leitfaden zu klinischen Untersuchungen und praktischen Fertigkeiten. Berlin: Universitätsklinikum Charité, Medizinische Fakultät der Humboldt-Universität, Eigenverlag
- Schmidt, H.G. (1983): Problem-based Learning – Rationale and Description. *Medical Education* 17: 11-16