

2 Die Ärztliche Ausbildung

2.1 Approbationsordnung

Die erste „Approbationsordnung für Ärzte“ wurde 1970 verabschiedet auf der Basis von Regelungen, die mehr als 100 Jahre zurückreichen (Haage, 2003). Sie bildete die Nachfolge der „Bestallungsordnung für Ärzte“ (BO)¹. Anlass für diese Neustrukturierung war die vorherrschend theoretische Ausbildung. In der BO war die praktische Ausbildung vorgesehen in einer zweijährigen Medizinalassistentenzeit, die sich an ein 11 semestriges Studium anschloss. Die Approbationsordnung hatte das Ziel, diese Trennung zwischen der theoretischen und praktischen Ausbildung zu überwinden: Erstens sollte das „bed-side teaching“ die Vorlesung als wichtigste Lehr- und Lernform ablösen und die Möglichkeit bieten, neue Lernmethoden und den Einsatz multimedialer Medien zu erproben. Zweitens wurde das „Internatsjahr“ eingeführt, das die Medizinalassistentenzeit ersetzen sollte. Auch hier bediente man sich angloamerikanischer Vorbilder: „Internatsjahr“ leitete sich namentlich wie inhaltlich von „internship“ ab. Dieses lässt sich ungefähr mit dem heutigen „Praktischen Jahr“ vergleichen und wurde in „akademischen Lehrkrankenhäusern“ unter dem Motto „learning by doing“ absolviert; es unterlag bereits damals dem Verantwortungsbereich der Universität. Mit der Einführung der Approbationsordnung 1970 wurde ein neues Prüfungsverfahren aus den USA importiert, die Multiple-Choice-Fragen. Auf diese Weise sollte möglichst objektiv, reliabel und „rational“ geprüft werden. Weitere Neuerungen folgten auf dem Fuß: „Landesprüfungsämter für Gesundheitsberufe“ wurden eingerichtet sowie ein „Zentrales Prüfungsinstitut“, das heutige IMPP (Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen), inhaltlich maßgebliche „Gegenstandskataloge“ wurden erarbeitet und neue Fächer wurden in das Studium integriert: Medizinische Soziologie und Psychologie, Sozialmedizin, Arbeitsmedizin, Psychosomatik und Psychotherapie. Sie sollten einer gesamtheitlichen und sozialen Ausrichtung des Studiums dienen.

Im Laufe der letzten 25 Jahre gab es immer wieder massive Kritik an der medizinischen Ausbildung, die AppOÄ wurde mehrfach überarbeitet und ergänzt (Göbel & Remstedt, 1995). Heute gilt

¹ „Bestallungsordnung für Ärzte“ von 15.09.1953 (Haage, 2003).

die mittlerweile 9. Novelle der AppOÄ. Zu den wichtigsten Änderungen gehörten bisher solche im Bereich der Prüfungen, z. B. die differenzierte Benotung (1983), zusätzliche mündliche Prüfungsanteile in der Ärztlichen Vorprüfung (Physikum) sowie im 2. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung und die Einführung der Ärztin bzw. des Arzt im Praktikum (ÄiP/AiP) (1986). Immer wieder wurde versucht, auf unterschiedlichen Wegen den Praxisbezug und die praktische Ausbildung innerhalb des Studiums zu intensivieren. Auch bei der letzten Novelle war dies wieder Brennpunkt der Auseinandersetzung. Erstmals in der Geschichte der Approbationsordnung konnten grundlegende Änderungen durchgesetzt werden.

Durch die neunte Novelle der AppOÄ hat sich die Zielsetzung erheblich verändert – Ziel ist nicht mehr nur die Ausbildung des Arztes zum Zwecke der „Befähigung zur Berufsausübung“, sondern auch die Vermittlung von Kenntnissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten, die „für eine umfassende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung erforderlich sind“. Dieses globale Richtziel des befähigten Arztes wurde ausgeführt und in Unterzielen differenziert. Ein Blick auf die Teilziele zeigt, dass der Mensch mit seinen *geistig-seelischen Aspekten* und seinem Umfeld eine wesentlich deutlichere Beachtung findet:

„Die Ausbildung zum Arzt wird auf wissenschaftlicher Grundlage und praxis- und patientenbezogen durchgeführt. Sie soll

- das Grundlagenwissen über die Körperfunktionen und die geistigseelischen Eigenschaften des Menschen,
- das Grundlagenwissen über die Krankheiten und den kranken Menschen,
- die für das ärztliche Handeln erforderlichen allgemeinen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten in Diagnostik, Therapie, Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation,
- praktische Erfahrungen im Umgang mit Patienten, einschließlich der fächerübergreifenden Betrachtungsweise von Krankheiten und der Fähigkeit, die Behandlung zu koordinieren,
- die Fähigkeit zur Beachtung der gesundheitsökonomischen Auswirkungen ärztlichen Handelns,
- Grundkenntnisse der Einflüsse von Familie, Gesellschaft und Umwelt auf die Gesundheit, die Organisation des Gesundheitswesens und die Bewältigung von Krankheitsfolgen,
- die geistigen, historischen und ethischen Grundlagen ärztlichen Verhaltens auf der Basis des aktuellen Forschungsstandes vermitteln.

Die Ausbildung soll auch Gesichtspunkte ärztlicher Qualitätssicherung beinhalten und die Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit anderen Ärzten und mit Angehörigen anderer Berufe des Ge-

sundheitswesens fördern. Das Erreichen dieser Ziele muss von der Universität regelmäßig und systematisch bewertet werden“ ("Approbationsordnung für Ärzte (9. Novelle)", 2003).

Es fällt auf, dass erstmals die Grundlagen des ärztlichen Handelns berücksichtigt werden. Es wird außerdem explizit auf andere Heilberufe hingewiesen und betont, dass die Kooperation gefördert werden soll. Neu sind des Weiteren „ärztliche Qualitätssicherung“ und die gesetzlich festgelegte Evaluation der Lehrerfolge als „regelmäßige und systematische Bewertung“. Darüber hinaus finden sich grundlegende Änderungen in den Paragraphen zur Unterrichtsgestaltung und im Prüfungsbereich. Eine Zusammenfassung aller Neuerungen mit Kommentar findet sich bei (<http://www.approbationsordnung.de/AO/kommentare.html>, 2004).

2.2 Der Reformstudiengang Medizin Berlin (RSM)

2.2.1 Geschichte

Der Reformstudiengang Medizin (RSM) in Berlin hat seinen Ursprung in bundesweiten Protestmaßnahmen, die 1989 in einen Streik mündeten („UNI-MUT“). In vielen Universitäten fanden sich Studierende zusammen, um ihre Unzufriedenheit mit den herrschenden Studienbedingungen auszudrücken. Auch Studierende der Freien Universität in Berlin (FU-Berlin) nahmen an den Streikaktionen teil. In der Medizin wurde von den Studierenden ein Katalog mit ihren Forderungen zur Verbesserung der medizinischen Lehre erstellt: Sie wollten ein praxisbezogenes Studium, in dem theoretische und praktische Inhalte fächerübergreifend erarbeitet werden. Auch das selbstbestimmte Lernen und die Eigeninitiative sollten dabei besonders gefördert werden (Arbeitsgruppe Reformstudiengang Medizin, 2004a; Scheffner, 1999).

Es fand sich eine Gruppe von Medizinstudierenden, die ihre Verbesserungsbemühungen auch nach Beendigung des Streiks fortsetzten – es bildete sich die „Inhalts-AG“ (Burger, 1999b). Später konnte die Arbeit in Form eines Projektstudiums fortgesetzt werden. Der damalige Dekan des Universitätsklinikum Rudolf Virchow (UKRV) der FU-Berlin, Prof. Dr. med. Dieter Scheffner, ließ sich von den Ideen der Studierenden überzeugen, was im weiteren Verlauf dazu führte, dass eine Planungsgruppe am UKRV eingerichtet wurde. Diese Planungsgruppe hatte den Auftrag, ein Curriculum für einen Reformstudiengang Medizin zu entwickeln. Unter Berücksichtigung verschiedener

Expertengutachten, kombiniert mit Erfahrungen anderer Reformstudiengänge im inner- und außereuropäischen Ausland, wurde der Reformentwurf eines Curriculums vorgestellt. Änderungsvorschläge des Wissenschaftsrates sollten berücksichtigt und das Curriculum in einer personell neu besetzten Arbeitsgruppe überarbeitet werden. Das Symposium „Reformstudiengang Medizin – Beginn eines neuen Weges“ am 31.03.1995 bot den Rahmen, um die revidierte Fassung Berlin- und bundesweit vorzustellen. Hiermit lag ein Curriculum für eine grundlegend reformierte Mediziner- ausbildung vor, das in die Praxis umgesetzt werden konnte, doch die zu der Zeit gültige Fassung der AppOÄ machte einen tatsächlichen Start eines solchen Reformprojekts unmöglich (s.o.).

Im Wintersemester 1999/2000 starteten die ersten Studierenden im Reformstudiengang. Mittlerweile läuft der Reformstudiengang im 6. Jahr, d.h. zusätzlich zum ersten Jahrgang, der nun das 2. Staatsexamen absolviert und mit dem Praktischen Jahr beginnt, sind jeweils ca. 60 Studierende im zweiten, vierten, sechsten und achten Semester im RSM eingeschrieben.

2.2.2 Ziele

Der Reformstudiengang Medizin, wie er in Berlin durchgeführt wird, basiert auf dem Bestreben, eine/-n Ärztin/Arzt auszubilden, „die/der befähigt ist, zur Erhaltung oder Wiederherstellung von Gesundheit und Wohlbefinden auf individueller und gesellschaftlicher Ebene beizutragen“ (Arbeitsgruppe Reformstudiengang Medizin, 2004a; Kiessling, Schubert, Scheffner, & Burger, 2004; Leidinger & Rombach, 2004). Im Einzelnen können weitere Ausbildungsziele formuliert werden. Die Ärztin bzw. der Arzt soll nach Abschluss des Studiums (Burger, 1999a; Murrhardter Kreis, 1995):

- „Über grundlegende Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten zur Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung verfügen;
- Die Interessen von Patienten und ihren Angehörigen erfassen und bei der ärztlichen Tätigkeit angemessen berücksichtigen können;
- Befähigt sein, ärztliche Entscheidungen unter Berücksichtigung ethischer, ökologischer und ökonomischer Aspekte zu treffen;
- Fähig und bereit sein, Wissen und Fertigkeiten zielgruppengerecht an Patienten, deren Angehörige sowie an medizinisches Fachpersonal weiterzugeben;
- Die eigene Kompetenz einschätzen und im Team zusammenarbeiten können;
- Fähig sein, wissenschaftlich zu denken und zu arbeiten.
- Bereit sein, sich in eigener Verantwortung und kontinuierlich fortzubilden.“

Gemäß den Empfehlungen des Murrhardter Kreises, den Vorschlägen des Wissenschaftsrats und der Sachverständigengruppe zu Fragen der Neuordnung des Medizinstudiums beim Bundesgesundheitsministerium (BMG) sollen sich Reformprojekte und -modelle an den Anforderungen der primärärztlichen² Tätigkeit orientieren (Murrhardter Kreis, 1995; Wissenschaftsrat, 1999).

2.2.3 Struktur

Der Reformstudiengang Medizin, wie er in Berlin durchgeführt wird, orientiert sich an Reformprojekten im inner- und außereuropäischen Ausland. Die Struktur des herkömmlichen Medizinstudiums wurde im Rahmen der Semester 1 bis 10 grundlegend verändert Tabelle 2.1. Zentral ist dabei die Integration von theoretischen und praktischen Studieninhalten; die Trennung in Vorklinik und Klinik, die fest in der Struktur des traditionellen Studiums verankert ist, wird aufgehoben. Einen Überblick bietet Tabelle 2.1 am Ende dieses Kapitels. Im Reformstudiengang werden die natur- und geisteswissenschaftlichen Grundlagen anhand konkreter Problemstellungen zusammen mit den klinisch relevanten Inhalten vermittelt (Arbeitsgruppe Reformstudiengang Medizin, 2001).

Der erste Studienabschnitt, der das 1. – 5. Semester umfasst, orientiert sich in weiten Teilen an Organen bzw. Organsystemen und beinhaltet wöchentliche Hospitationen in einer ärztlichen Praxis. Der zweite Studienabschnitt, der sich vom 6. – 10. Semester erstreckt, ist nach Lebensabschnitten gegliedert und umfasst mehrwöchige Blockpraktika in klinischen Fachgebieten. Im Anschluss daran wird das Praktische Jahr (PJ) absolviert werden (s. Abbildung 2.1).

² Der Begriff „primärärztlich“ steht in seiner Bedeutung neben „hausärztlich“ und „allgemeinärztlich“, wobei alle in unterschiedlichen Zusammenhängen gebraucht werden, dass sie in ihrer Bedeutung nicht klar von einander abgegrenzt werden können. Gemeinsam ist die Abstammung von dem englischen Begriff „primary care medicine“, welche die medizinische Grundversorgung meint, „die durch Ärzte und Ärztinnen gewährleistet wird, die ihre Patienten in der Regel dauerhaft betreuen (...) und die von den Patienten als erste um Rat gefragt werden“ (Scheffner, 1997). „Primärärztliche Tätigkeiten“ meinen in diesem Sinne die Tätigkeiten des Hausarztes bzw. der Hausärztin; diese sind in der Regel die erste Stelle in der Gesundheitsversorgung, die eine Person bei Bedarf aufsucht. Solche „primärärztlichen“ Tätigkeiten werden in Deutschland gemäß des Sozialgesetzbuches, Band V von durch Weiterbildung qualifizierten Fachärzten auf den Gebieten der Allgemeinmedizin, der Inneren Medizin, der Kinderheilkunde, der Chirurgie und ihren Subdisziplinen übernommen.

Abschnitt I																		
Wochen:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1. Semester		Orientierung		Bewegung				NFM1	Flüssigkeitshaushalt/Herz-Kreislauf					Prüfungen				
2. Semester		Atmung			Pflegekurs		Ernährung/Stoffwechsel/Verdauung				Prüfungen							
3. Semester		Blut		Entzündung/Abwehr					Sexualität/Geschlechtsorgane/Horm.			Prüfungen						
4. Semester		Nervensystem/Koordination			BP Wahlpflicht			Elektrolyte/Niere			Prüfungen							
5. Semester		Haut			NFM2	Sinnesorgane			Psyche und Erleben			Prüfungen						
Abschnitt II																		
Wochen:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1. Semester	PP	BP Gynäkologie/Geburtsh.			Schwangersch./Geburt/Neug.			Säugling/Kleinkind			Prüfungen							
2. Semester	PP	BP Pädiatrie			Schulkind		Adoleszenz		BZK	Lebensmitte I			Prüfungen					
3. Semester	PP	Lebensmitte II			BZK	BP Neurologie			BP Psychiatrie		Prüfungen							
4. Semester	PP	Lebensmitte III/Alter				BZK	BP Innere Medizin			BP Geriatrie			Prüfungen					
5. Semester	NFM3	BP Chirurgie			BP Wahlpflicht			Vorbereitung für das Staatsexamen										
PP = Propädeutik BP = Blockpraktikum BZK = Berufs- und Zivilisationskrankheiten NFM = Notfallmedizin																		

Abbildung 2.1: Anordnung der organ- bzw. lebensalterbezogenen Themenblöcke (Arbeitsgruppe Reformstudien-gang Medizin, 2004b)

Das Studium im RSM beginnt mit einer zweiwöchigen Orientierungseinheit (OE)³, in der die Studierenden Gelegenheit haben, die Struktur des Studiums, die Besonderheiten ihres Studiengangs und ihre Universität kennen zu lernen. In der Regel wird eine Gruppe von ca. sieben Studierenden von einem Mentor oder einer Mentorin betreut, der bzw. die zumeist in fortgeschrittenen Semestern studieren. Dieses Mentorensystem hat sich in der Vergangenheit bewährt, da es erleichtert, Kontakt untereinander und zu Mitstudierenden aus höheren Semestern sowie beiden Studiengängen zu knüpfen (Woessner, Honold, Stehr, & Steudel, 2000). In der Evaluation wurden diese zwei Wochen von allen Jahrgängen als hilfreich, sinnvoll und motivierend bewertet (Leidinger & Rombach, 2004).

Die zentrale Lehr- und Lerneinheit im RSM ist die Kleingruppe, die von einer Dozentin bzw.

³ Innerhalb der Orientierungseinheit erhalten die Studierenden neben einer Einführung in die Methode des Problemorientierten Lernens (POL) auch einen Überblick über die verschiedenen Unterrichtsveranstaltungen, eine Einführung in die Nutzung der Bibliothek, der Mediothek und des „Trainingszentrums für ärztliche Fertigkeiten“ (TÄF). Am Ende steht ein OSCE (Objective Structured Clinical Examination), der eine alternative Prüfungsform im RSM darstellt, so dass die Studierenden die Möglichkeit haben, an dieser Prüfung einmal ohne Leistungsdruck und mit Spaß teilzunehmen, denn das Ergebnis hat keinerlei Relevanz für den weiteren Studienverlauf und bezieht sich auf Erlebtes während der OE.

einem Dozenten geleitet wird. Hier erarbeiten sich die Studierenden mittels des Problemorientierten Lernens (POL) die medizinischen Inhalte anhand einer konkreten Fragestellung (z.B. Unterschenkelfraktur; siehe Abbildung 2.2).

Uhrzeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
09.00-10.00	POL 1. Teil Unterschenkel- fraktur	Sem. Klin.-Theor. Grundlagen I Skelett Aufbau/Chirurg. Intervention		Praxisvormittag/ Berufsfelderkun- dung	Praktikum Anatomie der unt. Extremität
10.00-11.00					
11.00-12.00		Studium Generale nach Wahl	Übung Bewegungsprüfung der Gelenke		
12.00-13.00					
13.00-14.00					
14.00-15.00	Methoden wiss. Arbeitens Bibliothekrecher- che/Medline		Sem. Klin.- Theor. Grundlagen II Die Zelle / Knochenreifung		
15.00-16.00					
16.00-17.00	Grundlagen ärztl. Denkens u. Handelns Alternat. Naturheilverf.	Interaktion 14- tägig Körpersprache		Gesundheitswiss- enschaften Dt. Gesundheitswesen	
17.00-18.00					
18.00-19.00					

Abbildung 2.2: Musterstundenplan (Arbeitsgruppe Reformstudiengang Medizin, 2004b)

Besonders wichtig für den stetigen Wissenszuwachs durch POL ist ein intensives Selbststudium, welches von einer Reihe ergänzender und vertiefender Lehr- und Lernveranstaltungen begleitet wird, die sich bemühen, die medizinischen Inhalte fallbezogen und fächerübergreifend darzustellen. Eine fachübergreifende Darstellung der Lerninhalte mit einer gewünschten Redundanz folgt dem Prinzip einer Lehr- und Lernspirale, in der die Inhalte über den gesamten Studienverlauf mit zunehmender Komplexität wiederkehren (s. Abbildung 2.3).

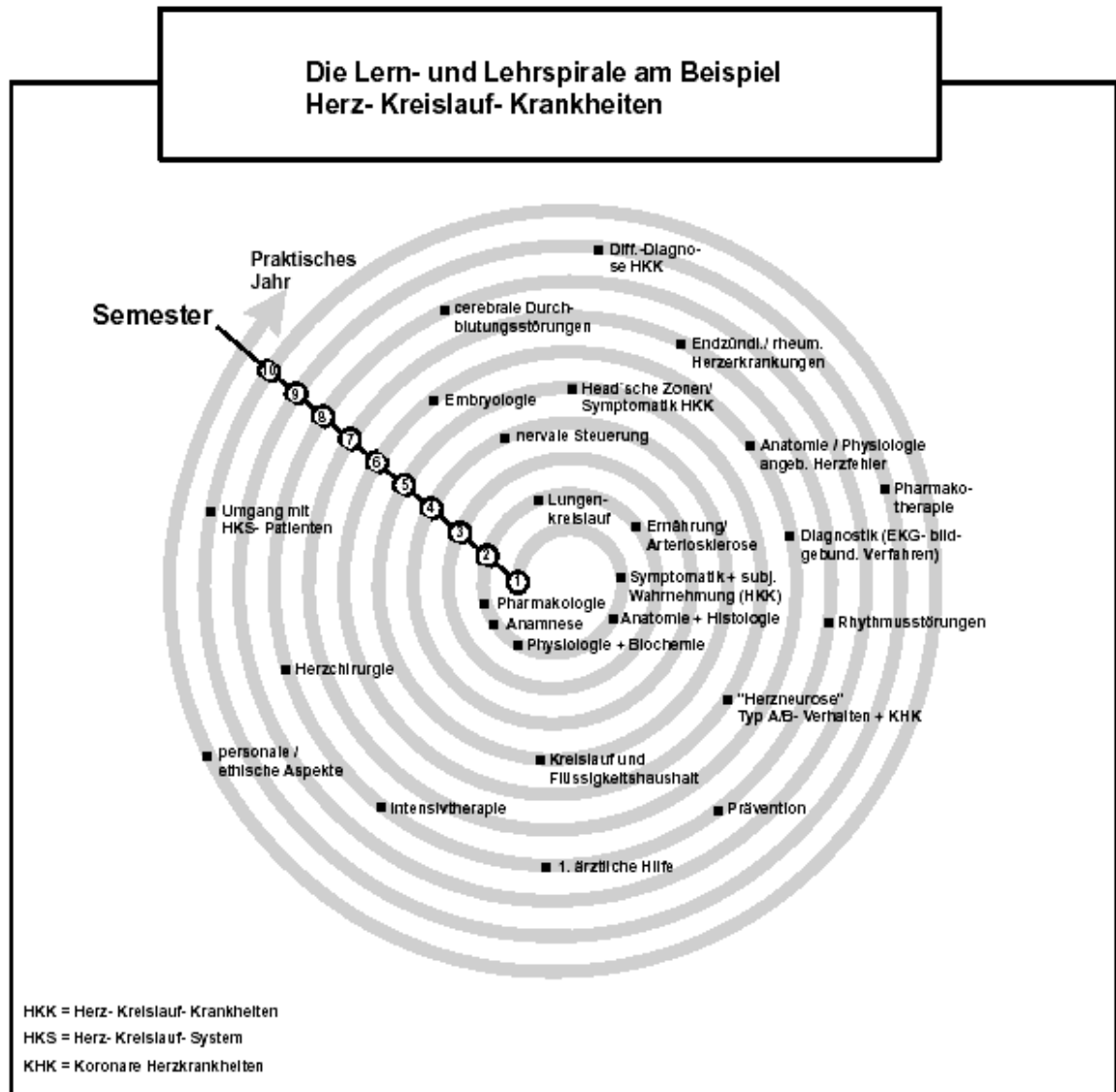


Abbildung 2.3: Lehr- Lernspirale am Beispiel Herz-Kreislauf-Krankheiten (Arbeitsgruppe Reformstudiengang Medizin, 2004b)

Zu den ergänzenden Lehrveranstaltungen werden u.a. die *Seminare zu klinisch-theoretischen Grundlagen* gezählt, in denen eine Gruppe von 21 Studierenden von Lehrenden eines Grundlagenfachs und eines klinischen Fachs interdisziplinär unterrichtet wird. Daneben gibt es *Praktika* für praxisbezogene Erfahrungen z.B. anatomische Präparationen, Experimente in Physiologie/ Biochemie, *Übungen zu Diagnostik/Therapie*, welche auf den Erwerb praktischer Fertigkeiten des ärztlichen Berufs (z.B. Blutabnahme, körperliche Untersuchung) und diagnostischer Methoden (z.B. Sonographie, EKG, Mikroskopieren) zielen, sowie *Übungen zur Interaktion*. Letztere vermitteln Fer-

tigkeiten zur professionellen Kommunikation und Interaktion im ärztlichen Handlungskontext, z.T. unter Einsatz von Simulationspatientinnen und -patienten.

Komplementär dazu gibt es weitere Lehrveranstaltungen im Bereich *Human- und Gesundheitswissenschaften*, z.B. „Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns“, „Gesundheitswissenschaften“ und „Methoden wissenschaftlichen Arbeitens“, in deren Rahmen gesellschaftliche, philosophische, ethische, historische und methodische Aspekte der Medizin behandelt werden. Das *Studium generale* eröffnet den Studierenden die Möglichkeit, an Veranstaltungen anderer Fachbereiche aktiv teilzunehmen.

2.2.4 Prüfungen

Im RSM dienen die Prüfungen nicht nur der objektiven Leistungskontrolle, sondern auch der gemeinsamen Rückkopplung Lernender und Lehrender über den Lern- und Lehrprozess. So finden am Ende eines jeden Semesters Semesterabschlussprüfungen statt, die die Voraussetzung bilden, um in das nächste Semester aufzusteigen. Der Schwerpunkt der Prüfungen liegt auf anwendungsbezogenem Wissen und der Fähigkeit, komplexe Fragestellungen beantworten zu können, doch auch kognitive Lernziele sind Teil der Prüfungen. Während letztere mittels den altbekannten Multiple-Choice-Fragen (MC-Fragen) geprüft werden, bilden die praxisorientierten „Objective Structured Clinical Examinations“ (OSCE)⁴ als innovatives Verfahren für die Beurteilung praktischer Fertigkeiten eine sinnvolle Ergänzung (Harden & Gleeson, 1979).

Außerdem nehmen Studierende beider Studiengänge in regelmäßigen Abständen an dem Progress Test Medizin (PTM) teil, um eine Rückmeldung über ihren aktuellen Wissensstand zu erhalten, dieser Test erfüllt keine summative⁵ Funktion (Van De Vleuten, Verwijnen, & Wijnen, 1996).

⁴ „Objective Structured Clinical Examination“ (OSCE): Ein OSCE funktioniert im Prinzip wie ein Zirkeltraining, die Prüflinge durchlaufen parallel verschiedene Stationen, an denen sie definierte Aufgaben in einem definierten Zeitrahmen zu bearbeiten haben. In der Station bzw. dem Raum befinden sich eine Beobachterin bzw. ein Beobachter (engl. „Rater“), die das Vorgehen jedes Prüflings anhand einer Check-Liste bewertet, wobei für jede erbrachte Leistung jener Check-Liste Punkte vergeben. Die Gesamtnote des OSCE errechnet sich aus der Punktzahl aller Stationen. Eine Besonderheit dabei ist die differenzierte Rückmeldung bei jeder einzelnen Aufgabe, denn die Beobachter sind dazu angehalten, ein kurzes mündliches Feedback zusätzlich zu der Bewertung auf der Checkliste zu geben. Dieses ergänzt die Gesamtnote und erlaubt eine bessere Einschätzung der eigenen Fähig- und Fertigkeiten seitens der Studierenden und auf Seite der Lehrenden.

⁵ Summative Evaluation dient der zusammenfassenden Beurteilung der Wirksamkeit einer vorgegebenen Intervention, während formative Evaluation auf eine Optimierung einer bereits laufenden Intervention zielt, indem regelmäßig Zwischenergebnissen erstellt werden (Bortz & Döring, 2002; Reischmann, 2003).

Die bestandenen Prüfungen ersetzen dann nach einem „Credit Point System“ das Physikum und das erste Staatsexamen. Studierende des Reformstudiengangs sollen dann das Studium mit dem zweiten und dritten Teil der Ärztlichen Prüfung nach dem zehnten bzw. zwölften Semester abschließen.

2.3 Der Regelstudiengang

2.3.1 Ziele

In Berlin werden einmal jährlich zum Wintersemester 185 Studierende für das Studium der Humanmedizin zugelassen. Bei Immatrikulation besteht an der Charité die Möglichkeit, zwischen den zwei Studiengängen, dem Regelstudiengang und dem Reformstudiengang (RSM) zu wählen. Übersteigt die Zahl der Interessierten am Reformstudiengang dessen Kapazitäten, entscheidet das Los über die 63 Studierenden, die im RSM beginnen. Die Teilnahme ist nach Vorgabe in der AppOÄ freiwillig und es besteht jederzeit die Möglichkeit, in den traditionellen Studiengang zu wechseln. Ziel der ärztlichen Ausbildung ist laut der gültigen AppOÄ „der wissenschaftlich und praktisch in der Medizin ausgebildete Arzt, der zur eigenverantwortlichen und selbständigen ärztlichen Berufsausübung, zur Weiterbildung und zu ständiger Fortbildung befähigt ist“ ("Approbationsordnung für Ärzte (9. Novelle)", 2003; Arbeitsgruppe Reformstudiengang Medizin, 2004b).

Im weiteren wird sich die Beschreibung des traditionellen Studiengangs auf die alte Studienordnung, die bis zur Änderung der AppOÄ galt, beziehen, da diese die Grundlage bildet, nach welcher die in diese Studie eingeschlossenen Studierenden ihr Studium begonnen haben und im Rahmen der geltenden Übergangsregelungen fortsetzen werden. Zusätzlich eine detaillierte Beschreibung der neuen Studienordnung einzubringen, dürfte den Rahmen dieser Arbeit sprengen.

2.3.2 Struktur

Das Medizinstudium erstreckt sich über einen Zeitraum von 12 Semestern. Um für dieses Studium zugelassen zu werden, bewerben sich die Schulabgänger/-innen nach bestandem Abitur bisher noch bei der Zentralstelle zur Vergabe von Studienplätzen (ZVS) in Dortmund. Diese regelt bundesweit bei einer Reihe von Studiengängen die Zulassung, die sich an einem Numerus Clausus (N.C.) orientiert (für das Medizinstudium liegt er bei 1,6). Mittlerweile hat jede Hochschule die

Möglichkeit, ihre zukünftigen Studierenden über Interviews auszuwählen, wovon allerdings nur wenig Gebrauch gemacht wird.

Das „Regelstudium“ teilt sich in zwei Teile, bisher getrennt durch das Physikum, das nach Änderung der AppOÄ durch den ersten Teil der Ärztlichen Prüfung ersetzt wird (s.o.). Der erste Teil des Studiums beschäftigt sich mit naturwissenschaftlich-theoretischen Grundlagen, die hauptsächlich in Vorlesungen vermittelt werden. Der Unterricht findet in den einzelnen Fächern statt, wozu Physik, Biologie und Chemie zählen, wie auch Anatomie, Physiologie, Biochemie und Psychologie. Vertiefend und ergänzend werden Seminare und Praktika angeboten, die aufgrund ihres obligatorischen Charakters fest im Curriculum verankert sind.

Der zweite Teil beginnt nach dem Physikum und bildet den klinisch-theoretischen sowie klinisch-praktischen Teil des Medizinstudiums. Die Lerninhalte werden hier nach Fächern getrennt präsentiert, wobei die Vorlesung zentrale Veranstaltungsform ist. In Abhängigkeit von den jeweiligen Anforderungen und Spezifika eines Fachs werden zusätzliche Seminare und Praktika sowie, zu Beginn des klinischen Abschnitts, *Untersuchungskurse* angeboten. Je nach Kapazität gibt es die Möglichkeit des „bed-side teaching“, wo Studierende in kleinen Gruppen mit einer Größe zwischen 4-8 Personen zu Anamnese und Untersuchung von Patienten angehalten werden; in der Regel findet dies nicht unter direkter Supervision einer/s Lehrenden statt. Nach dem zehnten Semester findet, gemäß alter AppOÄ, der zweite Teil der Ärztlichen Prüfung statt, woran sich das „Praktische Jahr“ (PJ) anschließt. Es bildet den Abschluss des Studiums und dient der Vertiefung der Wissensinhalte durch praktische Erfahrungen in einem Universitätsklinikum oder in einem mit der Universität assoziierten Krankenhaus, einem so genannten „akademischen Lehrkrankenhaus“. Das PJ setzt sich aus drei Tertialen zu je 16 Wochen zusammen, die in unterschiedlichen Disziplinen absolviert werden sollen: zwei Tertiale sind den Fächern der Inneren Medizin und der Chirurgie vorbehalten, das dritte Tertial bietet mit seinem Wahlpflichtcharakter Möglichkeiten zur persönlichen Schwerpunktsetzung. Im Anschluss daran findet das dritte Staatsexamen statt, das zugleich den Abschluss des Studiums darstellt.

2.3.3 Prüfungen

Die Prüfungen im Regelstudiengang teilten sich bisher in die Ärztliche Vorprüfung (Physikum) und den ersten bis dritten Teil der Ärztlichen Prüfung. Das Physikum ist nach vier Semestern vorgesehen, der erste Teil nach sechs, der zweite nach zehn Semestern und der dritte wird nach dem letzten

Semester bzw. dem Praktischen Jahr abgenommen. Nach der neunten Novelle der AppOÄ wird das Physikum als erster Teil beibehalten und soll wie bisher nach vier Semestern absolviert werden; Inhalt sind Themen aus den Fächern der Naturwissenschaften und den Grundlagenfächern der Medizin. Alle Teile der Ärztlichen Prüfung werden zusammengefasst und an das Ende des Studiums als Abschlussexamen gestellt, dabei bilden die klinisch-theoretischen und klinisch-praktischen Fächer die thematische Grundlage der Prüfungsinhalte.

Nach erfolgreicher Teilnahme der obligatorischen Lehrveranstaltungen und nach Ableisten des Krankenpflegepraktikums kann das Physikum abgelegt werden. Die Prüfung selber gliedert sich in einen schriftlichen und einen mündlichen Teil im Unterschied zu der mündlich-praktischen Prüfung in der neuen Fassung. Schriftlich werden die Fächer Anatomie, Physiologie, Biochemie, Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Biologie, Physik, und Chemie geprüft. Die Methode der Wahl bei dem schriftlichen Part stellen die Multiple-Choice-Fragen (MC-Fragen) dar, die in erster Linie kognitive Lerninhalte überprüfen; sie werden bundesweit einheitlich durch das Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) in Mainz erstellt. Im mündlichen Teil sind Anatomie, Biochemie und Physiologie Prüfungsbestandteil. Jeder Prüfling wird mündlich in einem der drei Fächer geprüft, wobei die Prüfungsgestaltung den Fakultäten unter Regie der jeweiligen Landesprüfungsämter (LPA) obliegt. Die Prüfungsinhalte orientieren sich an dem Gegenstandskatalog, der eine Zusammenstellung von relevanten Wissensinhalten enthält, die im Rahmen des Studiums bis zu diesem Prüfungszeitpunkt bekannt sein sollen.

Ein bestandenenes Physikum ist Zulassungsvoraussetzung für den klinischen Studienabschnitt und die Ärztliche Prüfung zusätzlich zu Leistungsnachweisen für 22 Hauptfächer und 12 Neben- bzw. Querschnittsfächer. Ein Leistungsnachweis bedeutet gemäß den neuen Bestimmungen keine Scheinvergabe für die regelmäßige Anwesenheit allein, sondern auch eine abschließende Leistungskontrolle. Der erste Teil der Ärztlichen Prüfung ist eine ausschließlich schriftliche Prüfung mit Themen aus klinisch-theoretischen Fächern wie bspw. Pharmakologie, Klinische Chemie etc.. Der zweite Teil gliedert sich wie das Physikum in einen schriftlichen und einen mündlichen Teil, die Inhalte aus den klinisch-praktischen Fächern (Chirurgie, Neurologie etc.) prüfen. Der dritte und letzte Teil besteht aus einer rein mündlichen Prüfung, deren Prüfungsinhalte sich aus den Fächern des Praktischen Jahres (Innere Medizin, Chirurgie und Wahlfach) und einem vierten Fach, das zu gelöst wird, generieren.

Obwohl auf eine detaillierte Darstellung der veränderten AppOÄ verzichtet wurde, sollen im Rahmen der Prüfungsmodalitäten die wichtigsten Neuerungen zusammenfassend dargestellt werden. Seit der Novellierung gibt es sowohl zur Ausgestaltung des Stundenplans wie auch zur Art der Prüfungen keine konkreten Vorgaben mehr. Sowohl die Prüfungsinhalte als auch die Prüfungsverfahren (schriftlich, mündlich, MC, offene Fragen etc.) sollen von den Fakultäten in eigener Verantwortung definiert werden. Während der Umstellung existiert jedoch die Möglichkeit, sich einer Einrichtung zu bedienen, "die die Aufgabe hat, Prüfungsaufgaben für Prüfungen im Rahmen der ärztlichen Ausbildung sowie eine Übersicht von Gegenständen, auf die sich die schriftliche Prüfungen beziehen können, herzustellen" (§14 der neuen AppOÄ). Bisher ist das IMPP mit diesen Aufgaben betraut, das die Fakultäten bei Bedarf das IMPP konsultieren können.

Tabelle 2.1: Zusammenfassende Darstellung der Unterschiede zwischen Regel- und Reformstudiengang

	Regelstudiengang	Reformstudiengang
<p>Curriculum:</p> <p>Struktur</p> <p>Inhalt und Organisation</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Additiv ▪ Vorklinik (4 Semester) ▪ Klinik (6 Semester) ▪ Praktisches Jahr (2 Semester) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fachspezifisch ▪ Querschnittsfächern (neue AO) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Integrativ ▪ Abschnitt I: Organsysteme (5 Semester) ▪ Abschnitt II: Lebensalter (5 Semester) ▪ Praktisches Jahr (2 Semester) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Interdisziplinär ▪ Themenblöcke (Grobstruktur s.o.) ▪ Komplementärfächer (parallel)
<p>Prüfungen:</p> <p>Organisation</p> <p>Formen</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kurs- bzw. Fachspezifisch (als Leistungsnachweis) ▪ Staatsprüfungen (Physikum, Ärztliche Prüfung (Teil I bis III) bzw. Ärztliche Prüfung Abschnitt I und II (neue AO)) ▪ Summativ ▪ Schriftlich: MC-Verfahren ▪ Mündlich bzw. mündlich-praktisch (neue AO) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Semesterabschlussprüfungen (Äquivalent zu Physikum und Ärztlicher Prüfung Teil I bzw. Ärztlicher Prüfung Abschnitt I (neue AO)) ▪ Staatsprüfungen (Ärztliche Prüfung (Teil II und III) bzw. Abschnitt II (neue AO)) ▪ Summativ und formativ ▪ Schriftlich: MC-Verfahren ▪ Praktisch: OSCE ▪ PTM (formativ)
<p>Lehrveranstaltungen:</p> <p>Charakter</p> <p>Formen</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nach Fächern getrennt ▪ Querschnittsfächer (neue AO) ▪ Vorlesungen (zentral) ▪ Seminare (fachspezifisch) ▪ Praktika (fachspezifisch) ▪ Übungen (fachspezifisch, Untersuchungskurse) ▪ Wahlfächer (neue AO) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interdisziplinär ▪ Blockbezogen ▪ POL-Gruppe (à 7 Personen) ▪ Seminare (fachübergreifend, blockspezifisch) ▪ Praktika (blockspezifisch) ▪ Übungen (blockspezifisch) ▪ Vorlesungen (ergänzend) ▪ Interaktion ▪ Wahlpflicht-Seminare: „Grundlagen Ärztlichen Denkens und Handelns“ (GLÄDH) und „Grundlagen wissenschaftlichen Arbeitens“ (GLWA)