

Psychosoziale Aspekte im  
Reformstudiengang Medizin der Charité

Abschlussbericht für die  
Carl-Gustav-Carus-Stiftung

Walter Burger, Claudia Kiessling  
Berlin, April 2004

## Inhaltsverzeichnis

|  |    |
|--|----|
| Welche Kompetenzen benötigt ein Arzt oder eine Ärztin für die Etablierung einer gelungenen Arzt-Patienten-Beziehung? Ansätze und Realisierungen im Reformstudiengang Medizin in Berlin ..... | 2  |
| Die neue Approbationsordnung für Ärztinnen und Ärzte .....   | 2  |
| Die Entwicklungen im Reformstudiengang.....  | 3  |
| Kompetenzen bzw. Ausbildungsziele als Ausgangsbasis der Curriculumsplanung und -durchführung und -bewertung.....   | 3  |
| Wo werden kommunikative und psychosoziale Kompetenzen im Reformstudiengang erworben?..   | 5  |
| Fazit und zehn Tipps für eine verbesserte Integration von psychosozialen Inhalten in die medizinische Ausbildung .....   | 13 |
| Literatur .....  | 15 |
| Anhänge 1-8  |    |

# **Welche Kompetenzen benötigt ein Arzt oder eine Ärztin für die Etablierung einer gelungenen Arzt-Patienten-Beziehung?**

## **Ansätze und Realisierungen im Reformstudiengang Medizin in Berlin**

Der Berliner Reformstudiengang (RSM) wird seit seinem Beginn im WS 1999/2000 von der Carl Gustav Carus-Stiftung substantiell unterstützt mit dem Ziel, die Integration psychosozialer Inhalte in die medizinische Ausbildung in Praxis und Theorie zu fördern. Die kritische Analyse dessen, was auf diesem Gebiet bisher erreicht wurde, soll im Folgenden im Zusammenhang mit den Entwicklungen der medizinischen Ausbildung in Deutschland und mit einigen grundlegenden Überlegungen gestellt werden.

### **Die neue Approbationsordnung für Ärztinnen und Ärzte**

Die Reform des Medizinstudiums hat mit der Verabschiedung der neuen Approbationsordnung für Ärztinnen und Ärzte vom 27. Juni 2002<sup>1</sup> eine neue Dynamik erhalten. An allen bundesdeutschen medizinischen Fakultäten entstanden neue Studienordnungen, fast alle Fakultäten waren bemüht, Reformansätze zu etablieren. Es ist jedoch zu befürchten, dass im Zentrum der Reformbemühungen bundesweit eine Veränderung der *Lehr- und Lernmethoden* und weniger der *Lehrinhalte* stehen, da sich die „Kräfteverhältnisse“ innerhalb der Fakultäten nicht verändert haben. Zwar führte die Einführung von Querschnittsbereichen wie „Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin“ oder auch „Prävention und Gesundheitsförderung“ (Q10) zur festen Verankerung von bisher wenig repräsentierten Fächern im Medizinstudium, eine tief greifende Verschiebung von Unterrichtsinhalten erfolgte jedoch in der Regel nicht.

Sich verändernde gesellschaftliche Anforderungen an die Aufgaben des Arztes bzw. der Ärztin führen jedoch zu der grundsätzlichen Frage, über welche Kompetenzen ein Medizinstudent/eine Medizinstudentin am Ende des Medizinstudium verfügen sollte, um diesen neuen Anforderungen gerecht zu werden. Die zunehmende Technologisierung der Medizin bedeutet auch neue ethische und rechtliche Herausforderungen, mit den sich Ärztinnen und Ärzte auseinandersetzen und Entscheidungsprozesse unterstützen müssen. Auch ein steigendes Kostenbewusstsein im Gesundheitswesen und eine steigende Zahl an Akteuren haben zu einer Veränderung ärztlichen Handelns im ambulanten und stationären Bereich geführt mit komplexeren Kommunikations- und Kooperationsstrukturen. Die Wünsche und Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten ihrem behandelnden Arzt/ihrer Ärztin gegenüber sowie eine sich veränderte Form der Arzt-Patienten-Interaktion hin zu mehr Mitbestimmung des Patienten im Sinne eines patienten-zentrierten Ansatzes machen ein erweitertes Kommunikations- und Handlungsrepertoire auf Seiten von Ärztinnen und Ärzten unabdingbar.

Die neue Approbationsordnung fordert immerhin mehr Praxisrelevanz im Studium. In den Zielen der Approbationsordnung heißt es:

Die Ausbildung zum Arzt wird auf wissenschaftlicher Grundlage und praxis- und patientenbezogen durchgeführt. Sie soll (...) – praktische Erfahrungen im Umgang mit Patienten, einschließlich der fächerübergreifenden Betrachtungsweise von Krankheiten und der Fähigkeit, die Behandlung zu koordinieren, (...) Grundkenntnisse der Einflüsse von Familie, Gesellschaft und Umwelt auf die Gesundheit, (...) – 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 Gesundheitswesens fördern.“<sup>1</sup>

Medizinstudierende in Deutschland fühlen sich jedoch besonders in den praktischen Fähigkeiten, im Umgang mit Patienten und in ihrer psychosozialen Kompetenz am Ende des Studiums unzureichend ausgebildet.<sup>2,3</sup> Es gibt mittlerweile eine Vielzahl von Studien, die die positiven Effekte guter kommunikativer Kompetenzen auf die Arzt-Patienten-Beziehung nachgewiesen haben. Zu diesen Studienergebnissen zählen die Verbesserung der Patientenzufriedenheit und -mitarbeit, Verbesserung der Diagnostik von Erkrankungen, günstigerer Krankheitsverlauf, bessere Krankheitsverarbeitung und weniger Kunstfehler und Kunstfehlerprozesse. Auch hat das Kommunikationstraining Auswirkungen auf die psychische Gesundheit von praktizierenden Ärzten, die hierdurch verbessert werden kann.<sup>4-12</sup> Diese Ergebnisse machen deutlich, dass die Umsetzung der neuen Approbationsordnung erhebliche Anstrengungen in Bezug auf den Erwerb dieser Kompetenzen erfordert, aber dass sich die Anstrengungen lohnen werden.<sup>13</sup>

## **Die Entwicklungen im Reformstudiengang**

Der RSM hat es sich explizit zur Aufgabe gemacht, den Studierenden die notwendigen Kompetenzen zur Gestaltung einer gelungenen Arzt-Patienten-Beziehung systematisch zu vermitteln. Ein erster Schritt ist dabei die Formulierungen von konkreten *Ausbildungszielen* auf der *Verhaltensebene*, eine Voraussetzung, um Verhalten einer Überprüfbarkeit unterziehen zu können.

## **Kompetenzen bzw. Ausbildungsziele als Ausgangsbasis der Curriculumsplanung und -durchführung und -bewertung**

Das zentrale Ziel ärztlichen Handelns ist die Erhaltung bzw. Wiederherstellung von Gesundheit und Wohlbefinden des Patienten/der Patientin bzw. die Begleitung chronisch kranker und sterbender Menschen. Faktoren auf Seiten des Arztes/der Ärztin, die die Erreichung dieses Ziels unterstützen, sind gute kommunikative Kompetenzen, die Berücksichtigung eines patientenzentrierten Ansatzes in der Gesprächsführung und die Einbeziehung eines integriertes biopsychosozialen Modells. Ein

patientenzentrierter Ansatz und ein integriertes Gesundheits-/Krankheitsmodell eröffnen dem Arzt/der Ärztin einen Zugang zur individuellen Wirklichkeit des Patienten, helfen ihm Passungsstörungen des Patienten mit der Umwelt zu eruieren, Symptomdeutungen des Patienten zu verstehen und zu einer Diagnose mit einer gemeinsamen Wirklichkeit zu kommen. Dies bildet die Grundlage und Voraussetzung für ein therapeutisches Bündnis zwischen Arzt/Ärztin und Patient/-in.<sup>14-19</sup>

Im direkten Kontakt zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin verfolgt damit der Arzt/die Ärztin drei wesentliche Aufgaben<sup>20</sup>:

- *das Erfassen, Analysieren und Verstehen der Probleme der Patientin/des Patienten*
- *das Entwickeln, Aufrechterhalten und Beenden eines Gesprächs und*
- *das Vermitteln von Informationen, Erarbeiten von Lösungswegen, deren Durchführung und Begleitung*

Um diese Aufgaben erfüllen zu können, benötigen Studierende am Ende ihres Studiums eine Vielzahl von Kompetenzen, die sich in folgenden Fähigkeiten und Einstellungen darstellen. Sie zeigen Respekt dem Patienten und seiner Lebenswelt gegenüber. Sie nehmen die Patientenperspektive wahr und berücksichtigen sie. Sie setzen kommunikative Kompetenzen ein, um die professionelle Zusammenarbeit mit anderen Personen zu erleichtern bzw. zu fördern und können sich auf Personen (Patienten, Angehörige, Ärztinnen und Ärzte, andere Gesundheitsberufe) unterschiedlichen Alters, Geschlechts und Herkunft in der Zusammenarbeit einstellen und mit ihnen auf einer professionellen Ebene kooperieren. Sie kennen eigene Vorurteile und Grenzen in der Fähigkeit zur Zusammenarbeit und können dies transparent machen.

Sie zeigen eine Verpflichtung gegenüber der eigenen ärztlichen Kompetenz, indem sie ihr Wissen und Können lebenslang auf dem neuesten Stand halten, können eigenes Handeln begründen und übernehmen für Handlungsentscheidungen die Verantwortung. Sie kennen biomedizinische und psychosoziale Faktoren, die zu Gesundheit und Krankheit beitragen. Sie kennen und respektieren die Grenzen des eigenen Wissens und Könnens, suchen aktiv Rat und Hilfe bei Anderen und beziehen rechtzeitig andere in die Betreuung von Patienten/innen ein. Sie können eigene und Fehler anderer ansprechen, wenn diese erkannt werden.

Sie kennen die rechtlichen Rahmenbedingungen ärztlichen Handelns und können (ethische) Konfliktsituationen erkennen und zur Lösung von Konflikten beitragen. Sie können auch in Situationen mit unsicherer Informationslage Handlungsentscheidungen treffen. Sie sind ehrlich und verlässlich.

Sie sind sich der Verpflichtung gegenüber der eigenen Gesundheit und des eigenen Wohlbefindens bewusst. <sup>18, 20-31</sup>

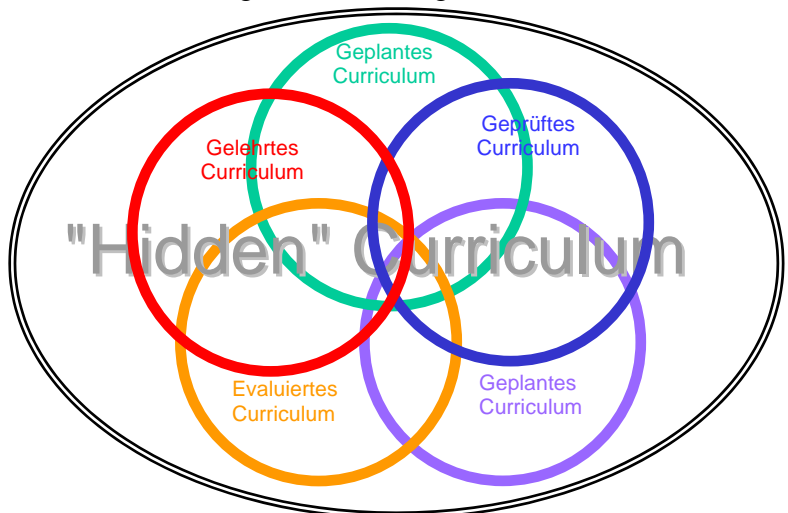
Der Versuch, eine umfassende Liste an Ausbildungszielen zusammenzustellen, die notwendig für eine gelungene Arzt-Patienten-Beziehung scheinen, ist in *Anhang 1* dargestellt.

Es wäre jedoch vermessen zu denken, das es bei der bereits bestehenden Literatur und den vielen unterschiedlichen Strömungen in der Medizin möglich ist, universale Ausbildungsziele für *alle* Arzt-Patienten-Interaktionen definieren zu können. Was wir leisten können, ist, einen Beitrag zu der bereits bestehenden Diskussion zu liefern und ein Berliner Modell zu schaffen, das an der Charité eine konsistente und tragfähige Basis der Curriculumsplanung, -durchführung und -bewertung bietet, die den Beteiligten dieses Projekts entspricht.

### Wo werden diese Kompetenzen im Reformstudiengang erworben?

Um diese Frage angemessen zu beantworten, ist es notwendig, zwischen folgenden Blickwinkeln zu unterscheiden:

- das *geplante* Curriculum
- das *durchgeführte* Curriculum
- das *gelernte* Curriculum
- das *geprüfte* Curriculum
- das *evaluierte* Curriculum
- das *versteckte* („*hidden*“) Curriculum



Idealerweise zeigen diese unterschiedlichen Curricula eine starke Überlappung bzw. sind identisch. In der Realität ist dies jedoch meistens nicht der Fall.

- Das *geplante Curriculum* des RSM zeigt eine integrierte Ausbildung. Anhand von „Problemen“, in der Regel Patientengeschichten der POL-Sitzungen, sollen sich die Studierenden selbst geleitet dasjenige Wissen und Können erarbeiten, das sie benötigen, um das ihnen gestellte Problem zu bewältigen. Sie werden in ihrem Selbststudium durch eine Reihe von Veranstaltungen unterstützt: Seminare, Übungen und Praktika, die sich auf die POL-Fälle bzw. auf die Ausbildungsziele der Blöcke beziehen. Dieser integrierte Lernprozess beinhaltet auch die Kenntnis von psychosozialen Faktoren von Gesundheit und Krankheit, klinische und kommunikative Kompetenzen, ein Verständnis der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, in denen ärztliches

Handeln stattfindet, sowie die persönliche und professionelle Entwicklung der Studierenden. Bestimmte Schwerpunkte im geplanten Curriculum sollen den Erwerb dieser Kompetenzen gezielt unterstützen:

- der Block „*Psyche und Erleben*“,
  - die Seminare „*Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns*“ (GÄDH)
  - die Übung „*Interaktion*“.
- Im **durchgeführten Curriculum** zeigt sich die Realisierbarkeit der abstrakten Planung. Rahmenbedingungen beeinflussen und verändern das Geplante: die Struktur der Fakultät, die personelle und finanzielle Ausstattung, die gesundheitspolitische Landschaft, die Organisation der gesundheitliche Versorgung der Region usw. Chancen entstehen, aber auch Einschränkungen und Abstriche verhindern eine ideale Umsetzung der abstrakten Planung. Im Reformstudien-gang zeigt die kritische Betrachtung des durchgeführten Curriculums überdeutlich, dass wenn Reform an einer bereits bestehenden und seit Jahrhunderten funktionierenden Fakultät stattfindet, diese Reformen nur im Rahmen der bestehenden Strukturen und der bestehenden personellen Ausstattung stattfinden. Damit ist auch einer stärkeren Gewichtung psychosozialer Faktoren im Medizinstudium an der Charité ein enger Rahmen gesetzt.

**Blöcke des 1. und 2. Studienabschnitts:** Es ist gelungen, eine Vielzahl von Disziplinen in der Planung der verschiedenen Blöcke des RSM zusammen zu bringen. Gemeinsam wurden Ausbildungsziele erarbeitet und Veranstaltungen konzipiert. Über dreihundert verschiedene Lehrende führen im RSM Seminare, Übungen und Praktika durch. Dabei spiegelt die Fächerzugehörigkeit der Lehrenden in weiten Zügen die Struktur der Kliniken und Institute der Charité wieder. Einige Fächer verloren an Einfluss (z.B. die Anatomie), andere gewannen an Einfluss hinzu (z.B. die Anästhesie und Intensivmedizin). Aufgrund der Organisation der Blockplanung, in der mehrere Sitzungen für die Planung jeweils eines Blocks stattfanden, fiel es den Einrichtungen mit vielen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern leichter, ihre Inhalte in den insgesamt 34 Blöcken des RSM zu verankern. Kleine Einrichtungen mussten sich aufgrund des sitzungsbedingten hohen Zeitaufwandes auf wenige Blöcke konzentrieren. Fächer wie Medizinische Psychologie und Soziologie, Medizinethik, Allgemeinmedizin oder Psychosomatik waren damit strukturell benachteiligt. Dies spiegelt sich in den Ausbildungszielen und Veranstaltungsschwerpunkten wieder. Außer im Block „*Psyche und Erleben*“ gibt es im RSM nur sehr wenige Blöcke, in denen die psychosozialen Fächer einen substantiellen Anteil haben. Was jedoch die Internisten, Dermatologen oder Chirurgen, um nur einige Fachdisziplinen zu nennen, an psychosozialen Aspekten ihres jeweiligen Fachgebietes vermitteln, können wir nicht beurteilen und bleiben dem Inte-

resse und Engagement des einzelnen Dozenten überlassen. Auch in den POL-Fällen spielen die psychosozialen Faktoren nur eine untergeordnete Rolle, und die Studierenden stellen sich relativ selten Lernziele aus diesem Bereich. Als Gründe dafür geben Studierende beispielsweise an, dass Grundlagenfächer wie Anatomie und Physiologie erst einmal wichtig seien und dass Lernziele zu psychosozialen Fragestellungen verhältnismäßig schwieriger seien, sich im Selbststudium zu erarbeiten. (*Psychosoziale Inhalte und Bezüge in den Blöcken siehe Anhang 2*)

Im Wahlpflichtpraktikum im 4. Semester suchen sich die Studierenden eine Einrichtung ihrer Wahl aus, um dort eine wissenschaftliche Fragestellung zu verfolgen. Von 120 Studierenden der beiden ersten Jahrgänge absolvierten zehn Studierende ihr Wahlpflichtpraktikum in der Med. Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, ein Student/in in der Neonatologie zum Thema: Psychosomatik der Frühgeburt, zwei Studierende in der Allgemeinmedizin, vier Studierende in der medizinischen Psychologie und

Der Block „**Psyche und Erleben**“ wurde hauptsächlich von Vertreterinnen und Vertretern der Fächer medizinische Psychologie und Psychosomatik geplant. Hinzu kamen Allgemeinmediziner/-innen, Psychiater/-innen, Pharmakologen/-innen und Schmerztherapeuten/-innen. Die Themen der POL-Fälle dieses vierwöchigen Blocks sind ein junger Mann mit Agoraphobie (POL-Fal-Name: „Fantasy“), ein ausländischer Patient mit Politoxikomanie („Über dem Abgrund“), ein tumorkrankes Kind mit auffälligem Sozialverhalten („Benjamin der Sonnenschein“) und eine 50-jährige Frau mit hypertoner Krise und Fibromyalgie-Syndrom („Die eigenen Grenzen spüren“). Themenschwerpunkte der Seminare sind Stimmung versus Trieb, Angststörungen, Wahrnehmung und deren pathologische Veränderung, Entwicklungstheorien, Schmerz, Stress und Stressdiagnostik. (*Ausbildungsziele und alle Veranstaltungen des Blocks siehe Anhang 3*)

„**Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns**“: Mittlerweile hat der RSM die volle Ausbaustufe erreicht, d.h. um den formalen Rahmenbedingungen zu entsprechen, müssen im Rahmen der GÄDH jedes Semester mindestens sieben Seminare angeboten werden. Dies ist im letzten Wintersemester und im jetzt laufenden Sommersemester gelungen (mit 9 bzw. 7 Seminaren). Durchführende waren bzw. sind Vertreter/-innen der Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, des Medizinrechts, alternativer Therapieverfahren (Anthroposophische Medizin, Naturheilverfahren, Homöopathie, chinesische Medizin), der Strahlenmedizin und medizinischen Soziologie. Die Seminarthemen konnten an den Zielen und Aufgaben der Seminare GÄDH ausgerichtet werden. Nichtsdestotrotz bestehen weiterhin einige Probleme in der Durchführung der Seminare.

- Die Kompetenzen, die in den GÄDH erworben werden sollen, gehören partiell in das *Kerncurriculum* des RSM (z.B. Medizinrecht, Ethik, medizinische Soziologie) und nicht in ein *Mantelcurriculum*, wie es von der Struktur her die Seminare GÄDH konzipiert sind. Damit werden Teile der Studierenden nicht mit zentralen Grundlagen ärztlichen Handelns konfrontiert. Für die Definition von Kerninhalten und Vertiefungsschwerpunkten ist jedoch eine Formulierung von *Ausbildungszielen* bzw. zu erwerbenden Kompetenzen zwingend notwendig. Dieser Prozess ist noch nicht abgeschlossen.
- Der Anteil an *externen Lehrbeauftragten* ist vergleichsweise hoch, da nicht ausreichend Fachvertreterinnen und -vertreter der Charité die intendierten Inhalte unterrichten können. Die entsprechenden Einrichtungen sind personell nicht ausreichend ausgestattet oder existieren nicht (z.B. Lehrstuhl Theorien der Medizin)
- Die *Gestaltung der einzelnen Seminartermine* ist zum Teil noch optimierungswürdig. Lehren hat das Ziel, den Studierenden zu ermöglichen, ein tieferes Verständnis der zu lernenden Inhalte zu entwickeln. Lehren beinhaltet, den Wissensstand und die zugrunde liegenden Konzepte der Studierenden zu eruieren und eine Atmosphäre zu kreieren, die es Studierenden erlaubt, sich aktiv und kritisch mit den Studieninhalten und den Konzepten von Experten auseinanderzusetzen. Dies erfordert eine aktive Einbindung der Studierenden in den Unterricht, was bei einer Gruppengröße von 21 Studierenden eine hohe Lehrkompetenz erfordert. Im Bereich GÄDH sind daher gezielte Schulungen zur Seminargestaltung (z.B. Aktivierung der Studierenden, Einbindung von Gruppenarbeit, Rückmeldung) notwendig.

(Ziele, Rahmenbedingungen und Kenndaten der Durchführung siehe Anhang 4)

**Übung „Interaktion“:** Im letzten Jahr wurden vom 1. bis zum 10. Semester die Themenschwerpunkte und ausführliche Ausbildungsziele der Übung präzisiert. Es wurde ein umfangreiches Schulungsprogramm angeboten, das sich sowohl an in der Übung tätige als auch an interessierte potentielle Lehrende richtete. Das Programm wurde gut angenommen und konnte neue Lehrende rekrutieren. Damit gelang es auch im Sommersemester 2004 eine ausreichende Zahl an qualifizierten Lehrenden für die insgesamt 37 Gruppen zu finden. Die Akzeptanz der Übung bei den Studierenden wurde durch die inhaltliche Anbindung des Kurses an die Thematik der Blöcke verbessert (z.B. durch thematisch passende Rollenspiele oder Simulationspatientenfälle). Durch vermehrten Einsatz von Videoaufzeichnungen der Simulationspatienten/-innen-Kontakte wurde die Gesprächsauswertungen besser strukturiert und passagenweise vertieft was Studierenden und Lehrenden sehr positiv eingeschätzten.

Nichtsdestotrotz bleiben Herausforderungen für die zukünftige Durchführung der Übung bestehen.

- Die *Gruppe der Dozentinnen und Dozenten* setzt sich aus Charité Mitarbeitern/innen (Lehrverpflichtung) und „externen Dozenten/innen“ (Lehraufträge) zusammen. Die zuletzt Genannten haben den Vorteil, dass sie sich kontinuierlicher am Programm beteiligen; gleichzeitig haben sie für die Fakultät den Nachteil, dass ihre Lehre vergütet werden muss. Diese Vergütung aufrechtzuerhalten wird aufgrund der finanziellen Situation der Charité zunehmend schwieriger. Gleichzeitig ist es aber problematisch unter den durch Personalmangel chronischen überforderten Ärzten/innen und Psychologen/innen motivierte Dozenten/innen zu gewinnen, die sich langfristig in dem Projekt beteiligen können. Es wird also auch in Zukunft ein Kraftaufwand bleiben, ausreichend qualifizierte und kontinuierlich zur Verfügung stehende Lehrende für diesen Bereich zu finden. Als zusätzliche Schwierigkeit ist bei der Auswahl der Lehrenden zu berücksichtigen, dass die Reformstudierenden der höheren Semester während ihres Studiums eine deutlich bessere Ausbildung im kommunikativen Bereich erhalten als die meisten an der Charité tätigen Ärztinnen und Ärzte, die Auswahl an Lehrenden mit steigender Semesterzahl also immer anspruchsvoller wird.
- Die *Umsetzung der Ausbildungsziele* in den einzelnen Gruppen wird weiterhin heterogen gehandhabt, eine Standardisierung des Unterrichts scheint also nur bedingt möglich. Ein Grund dafür könnte die „Schulen- und Disziplinenvielfalt“ der Lehrenden sein, die die Wichtigkeit einzelner Ausbildungsziele aufgrund ihres persönlichen Hintergrunds unterschiedlich beurteilen.
- Die *einzelnen Übungstermine* müssen aus organisatorischen Gründen zu großen Teilen *stark vorstrukturiert* werden – dies geschieht vor allem durch genau terminierte Simulationspatienten/-innen-Einsätze in den parallel stattfindenden Gruppen. Im Sinne der Standardisierung der Lehrinhalte ist dies sinnvoll. Jedoch erschwert diese strikte Vorplanung eine Umsetzung der Ausbildungsziele, die auf die Bedürfnisse der einzelnen Gruppen zugeschnitten ist.

(Darstellung des ausführlichen Konzepts der Übung „Interaktion“ siehe Anhang 5)

- ❖ Über das **gelernte Curriculum** können wir nur wenig Auskunft geben. Jeder Student und jede Studentin wird sein bzw. ihr eigens Wissen aufbauen, ganz nach seinen/ihren Interessen und individuellen Möglichkeiten. Besonders hinsichtlich dieses Curriculums ist eine große Überlappung mit dem geprüften und dem evaluierten Curriculum wünschenswert, denn nur so können wir etwas über diese Vielzahl an individuellen Fähigkeiten, Erfahrungen und Einstellungen erfahren.

- ❖ Das **geprüfte** Curriculum im RSM sind die Semesterabschlussprüfungen. In ihnen werden meist in einer Multiple-Choice Prüfung und in einer praktischen Prüfung (Objective Structured Clinical Examination OSCE) die Ausbildungsziele der Blöcke geprüft. Studierende nehmen die Inhalte als wichtig wahr, die geprüft werden. Inhalte der Übung Interaktion und der Seminare GÄDH werden aufgrund der komplexen Struktur der Themen, fehlender validierter Prüfungsverfahren und zusätzlich aufgrund der Struktur des Reformstudiengangs (Inhalte aus Pflichtveranstaltungen werden nicht geprüft) im Moment nicht ausreichend geprüft. Dies lässt allerdings bei den Studierenden schnell den Eindruck entstehen, dass diese Themen weniger wichtiger seien als die Inhalte, die geprüft werden. Dies sind Signale, die besonders für den Erwerb kommunikativer oder psychosozialer Kompetenzen kontraproduktiv sind. Besonders im Bereich der Gesprächsführung unternimmt allerdings die AG RSM zurzeit erhebliche Anstrengungen, auch diese Inhalte einer Prüfbarkeit zuzuführen. Im Moment werden ein Forschungsprojekt zur Erstellung eines Global Ratings zu kommunikativen Kompetenzen sowie ein Forschungsprojekt in Zusammenarbeit mit dem Institut der Psychologie der Humboldt Universität zur Entwicklung von Evaluationsinstrumenten zur Überprüfung professionellen Verhaltens im Bereich Kommunikation durchgeführt.
  
- ❖ Im **evaluierten** Curriculum, in der Lehrveranstaltungskritik der Studierenden, stellen sich die hier herausgestellten Bereiche „Psyche und Erleben“, GÄDH und Übung „Interaktion“ recht positiv dar. Die Seminare GÄDH und die Übung „Interaktion“ finden in der Regel Anklang bei den Studierenden. Im Mittel bestätigen die Studierenden ihr jeweiliges Seminar bzw. ihre jeweilige Übung habe ihnen Spaß gemacht. Es gibt allerdings Interaktions- oder Seminar-Gruppen, die unzufrieden mit einem Seminar oder einer Übung sind. Dies kann an Lehrenden aber auch an Inhalten liegen, die nicht im Interessensspektrum der Studierenden lagen. Im Großen und Ganzen jedoch werden die Veranstaltungen ähnlich gut evaluiert wie andere Veranstaltungen z.B. die POL-Sitzungen oder die Übungen zu Untersuchung, Diagnostik und Therapie. Der Block „Psyche und Erleben“ wird hinsichtlich der meisten evaluierten Aspekte ähnlich beurteilt wie die anderen Blöcke, über die Jahre hinweg konnte auch eine Verbesserung einiger Kritikpunkte erzielt werden (z.B. inhaltliche Abstimmung der Veranstaltungen auf die Lernziele). Allerdings ist der Block „Psyche und Erleben“ der Block im ersten Studienabschnitt, der den Studierenden des letzten Jahrgangs, der ihn absolvierte, am wenigsten Spaß machte und in dem sie das Gefühl hatten, am wenigsten gelernt zu haben. Die Gründe, warum das so ist, sind allerdings bisher unklar. (*Evaluationsergebnisse siehe Anhänge 6-8*)

- ❖ Das **versteckte** Curriculum: Menschen passen sich ihrer Umgebung an, auch Studierende. Sie nehmen wahr und interpretieren, was Lehrende von ihnen erwarten, welche Fähigkeiten und Verhaltensweisen innerhalb der Fakultät wert geschätzt werden und versuchen diesen Erwartungen gerecht zu werden, was wiederum die Art und Weise des Lernens beeinflusst. Typischerweise treten große Unterschiede zwischen dem auf, was explizit gesagt wird und dem, was den Studierenden als „hidden curriculum“ vermittelt wird. Dieses versteckte Curriculum wird praktisch nie offen diskutiert oder reflektiert.<sup>32</sup> Eine besondere Rolle spielen hierbei wiederum die Prüfungen. Man kann nicht erwarten, dass Studierende, bei denen z.B. ausschließlich biomedizinisch geprägtes Faktenwissen abgeprüft wird, im Studium allerdings Wert auf kommunikative Kompetenzen wird, diesen Anforderungen folgen und die Prüfung links liegen lassen. Sie werden sich auf die Prüfung vorbereiten, indem sie versuchen, soviel Fakten wie möglich zu memorieren, und zwar auf Kosten anderer Aspekte. Aber auch die Wahrnehmung der Lehrenden selbst hat einen Einfluss auf das Lernen. Studierende suchen nach Rollenmodellen und finden sie in den Lehrenden, dem Seminardozenten, der Praxisärztin oder dem POL-Dozenten. An der Charité treffen die Studierenden zum großen Teil auf Lehrende, die ein traditionelles Medizinstudium durchlaufen haben und Karriere an der Universität gemacht haben oder machen wollen und somit eine gewisse Auswahl in eine bestimmte Richtung darstellen. Dies ist das Bild, das die Studierenden prägt und das sie als Rollenmodell für das ärztliche Handeln heranziehen. Die Anzahl an Lehrenden, die Wert auf kommunikative Kompetenzen legen und einen patientenzentrierten Ansatz in der Gesprächsführung oder die Berücksichtigung eines biopsychosozialen Modells verfolgen, ist zu klein, um ins Gewicht zu fallen. Daran kann auch der Reformstudiengang nur wenig ändern.

## Fazit

Die Erfahrungen im Reformstudiengang Medizin, psychosomatische und psychosoziale Inhalte in das Studium zu integrieren machen deutlich, dass es sich bei diesen Zielsetzungen nicht nur darum handelt, geeignete Formen der Vermittlung zu finden, sondern dass diese Thematik eng mit den Themen „faculty development“ und den verborgenen, und meist unbewussten Einstellungen der Fakultät („hidden curriculum“) verbunden ist. Es zeigt sich, dass zwar entsprechende Inhalte in verschiedenen Unterrichtseinheiten („Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns“, „Psyche und Erleben“, „Interaktion“) dargeboten werden können, die Verbindung zu den klassisch medizinischen Inhalten aber nur brüchig ist.

Dies hat viele Ursachen. Zum einen unterliegen diese Inhalte ebenso wie die Inhalte der verschiedenen Fachgebiete einem quantitativen Konkurrenzdruck mit den anderen Gebieten, die auch im Reformstudiengang nicht frei von den traditionellen intrafakultären Kräfteverhältnissen sind, so dass die „Psychofächer“ keinen guten Stand haben. Wesentlicher scheint aber zu sein, dass in einer traditionellen Fakultät Vertreterinnen und Vertreter tätig sind und leitende Positionen bekleiden, die in ihrer Grundhaltung eben den traditionellen Grundwerten der Fakultät entsprechen. Die Studierenden, die sich im Prozess ihrer medizinischen Professionalisierung natürlich an Vorbildern orientieren, finden also wenig Identifikationsfiguren, die Ihnen behilflich sind, eine psychosozial integrierende Medizin erlebbar zu machen und in einen lebendigen Diskussionsrahmen zu stellen. Fachvertreterinnen und Fachvertreter aus den sog. „Psychofächern“ können dies auch bei hoher persönlicher Qualifikation nicht wettmachen.

Erschwerend kommt hinzu, dass Studierenden, die sich einen psychosozialen, die traditionell somatische Sichtweise erweiternden Denkansatz zu eigen machen, dies aus einer hierarchisch sehr untergeordneten Position in vielen Situationen ihres Studiums (nicht zuletzt gegen die Majorität ihrer Kommilitoninnen und Kommilitonen) verteidigen müssen, was auf die Dauer schwer durchzuhalten ist. Dieses Konfliktfeld ist nach den Berliner Erfahrungen kaum zu überschätzen und seine sorgfältige Beachtung ist notwendig, um nicht durch für Studierende unlösbare Konflikte zu einem paradoxen Effekt, nämlich pauschaler Abwertung psychosozialer Inhalte zu führen.

Des Weiteren wird die Bedeutung psychosozialer Ansätze im Studium durch die Tatsache relativiert, dass diese Inhalte im Verhältnis zu klar definierten kognitiven und praktischen Fähigkeiten und Fertigkeiten deutlich problematischer zu prüfen sind, deren Beherrschung also wenig Vorteile hinsichtlich des messbaren Studienerfolgs bringt.

Diese Problembereiche machen es notwendig, hinsichtlich der Realisierung einer Ausbildung zu einer erweiterten Heilkunde zurückhaltend zu sein, und sich neben den Fragen der Ausbildung der Studierenden intensiv mit der Weiterbildung der Ausbilderinnen und Ausbilder zu beschäftigen. Dies erscheint ein notwendiger Weg, auch wenn angesichts des gegenläufigen Trends medizinischer Forschung der Universität auch dabei Zurückhaltung in den Erwartungen angezeigt ist. Eine medizinische Ausbildung, die eine psychosomatische Grundsicht in die klassischen medizinischen Inhalte integrieren will, muss also auch die Weiterbildung innerhalb der Ausbildungsinstitution im Blick haben und viele Kapazitäten zur Diskussion innerhalb der Fakultät zur Verfügung stellen. Die Weiterentwicklung theoretisch fundierter integrativer Konzepte mit konkreten Bezügen zu Krankheitsbildern wird dabei weiterhin von großer Bedeutung sein.

Aus den Erfahrungen können folgende Handlungshinweise für die Fakultät abgeleitet werden, deren Umsetzung bzw. Verstärkung die Aktivitäten der Arbeitsgruppe Reformstudiengang in den nächsten Jahren leiten werden.

### **Zehn Tipps für eine verbesserte Integration von psychosozialen Inhalten in die medizinische Ausbildung**

#### **1. Formulieren Sie Outcomes oder Ausbildungsziele!**

Machen Sie transparent, über welche Kompetenzen die Studierenden am Ende Ihrer Veranstaltung verfügen werden. Nur so können Sie für alle Beteiligte Transparenz schaffen und in innerfakultären Verteilungskämpfen Forderungen stellen.

#### **2. Definieren Sie ein Kern- und ein Mantelcurriculum!**

alle Studierende müssen Inhalte des Kerncurriculums absolvieren und die vermittelten Kompetenzen sicher beherrschen; das Mantelcurriculum dient der Vertiefung von spezifischen Themen. Setzen Sie für andere nachvollziehbare Schwerpunkte.

#### **3. Gestalten Sie Ihren Unterricht Studierenden-zentriert!**

Lehren hat das Ziel, den Studierenden zu ermöglichen, ein tieferes Verständnis der zu lernenden Inhalte zu entwickeln. Deshalb sollten Lehrende den Studierenden zuhören, wie sie lernen und damit wird Lehren zu einem kontinuierlichen Prozess der Kommunikation mit den Studierenden, nicht nur über Inhalte, sondern auch über die Bedürfnisse der Studierenden.

#### **4. Ermöglichen Sie den Studierenden so intensiv wie möglich ein aktives Üben!**

Lernen beinhaltet aktive Erfahrung, Reflektion des Erfahrenen, theoretische Konzeptualisierung und Erprobung neuer Ansätze. Ermöglichen Sie es Studierenden, sich aktiv auszuprobieren.

**5. Geben Sie Studierenden eine Rückmeldung über Ihre Studienleistungen!**

Studierende wollen eine Rückmeldung darüber, wo sie stehen und was sie können. Nutzen Sie die vielfältigen Möglichkeiten, ihnen dies zu ermöglichen (z.B. Video-Feedback, mündliches und schriftliches Feedback)

**6. Schulen und betreuen Sie Lehrende!**

Lehrende sind die Multiplikatoren. Sie können nicht alles selbst machen, teilen Sie anderen Interessierten Ihr Wissen und Ihre Erfahrung. Schulungen können sich z.B. auf inhaltliche Aspekte, Formen der Rückmeldung oder Techniken des Mikroteaching beziehen.

**7. Machen Sie Prüfungen!**

Das was geprüft wird, wird bei den Studierenden als wichtig angesehen. Verwenden Sie Prüfungsformate, mit denen Sie auch wirklich Ihre Ausbildungsziele abprüfen können (z.B. Fertigkeiten mit Performanz-basierten Prüfungen, Faktenwissen mit MC-Prüfungen)

**8. Handeln Sie politisch und suchen Sie Verbündete!**

Entscheidungen über Schwerpunkte im Curriculum werden zum großen Teil auf hochschulpolitischer Ebene getroffen. Entscheiden Sie mit oder suchen Sie Verbündete, mit denen Sie gemeinsam hochschulpolitisch wirksam werden können.

**9. Sorgen Sie für sich selbst**

Bewahren Sie sich den Spaß an der Arbeit und erhalten Sie sich eine ausgewogene Balance zwischen Beruf und Privatleben. Brennen Sie nicht aus! Verfolgen Sie Ihre Träume und Wünsche!

**10. Wenn Sie die Tipps 1 bis 9 nicht umsetzen konnten, verzweifeln Sie nicht! Behalten Sie einen langen Atem und versuchen Sie es erneut!**

## Literatur

1. Approbationsordnung für Ärzte. *Bundesgesetzblatt Jahrgang 2002 Teil I Nr. 44, ausgegeben zu Bonn am 3. Juli 2002*, 2002.
2. Richter-Kuhlmann E. Medizinabsolventen: Unsicher in der Praxis. *Deutsches Ärzteblatt* 2003;100:B 1760-1761.
3. Jungbauer J, Alfermann D, Kamenik C, Brahler E. [Psychosocial skills training unsatisfactory results from interviews with medical school graduates from seven German universities]. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2003;53(7):319-21.
4. Simpson M RB, M Stewart, P Maguire, M Lipkin, D Novack, J Till J. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ* 1991;303:1385-1387.
5. Makoul G. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. *Academic Medicine* 2001;76:390-393.
6. Kurtz SS, J; Draper, J. *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine*. Abingdon, Oxon, UK: Radcliffe Medical Press Ltd, 1998.
7. Ramirez AG, J; Richards, MA; Cull, A; Gregory, WM. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet* 1996;347:724-728.
8. Stewart M, Brown JB, Boon H, Galajda J, Meredith L, Sangster M. Evidence on patient-doctor communication. *Cancer Prev Control* 1999;3(1):25-30.
9. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Cmaj* 1995;152(9):1423-33.
10. Langewitz W, Conen D, Nubling M, Weber H. [Communication matters--deficits in hospital care from the patients' perspective]. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2002;52(8):348-54.
11. Langewitz W, Denz M, Keller A, Kiss A, Ruttimann S, Wossmmer B. Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study. *Bmj* 2002;325(7366):682-3.
12. Kruse JS, N; Wöller, W; Heckrath, C; Tress, W;. Warum übersieht der Hausarzt die psychischen Störungen seiner Patienten? *Psychoter Psych Med* 2004;54(45-51).
13. Strauß BK, V. Die neue Approbationsordnung: Eine Chance für die psychosozialen Fächer. *Psychoter Psych Med* 2003;53:43-46.
14. Arnold L. Assessing Professional Behaviour: Yesterday, Today, and Tomorrow. *Academic Medicine* 2002;77(6):502-515.
15. Engel GL. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science* 1977;196(4286):129-136.
16. McWhinney I. *A Textbook of Family Medicine*.
17. Roter D. Doctors talking to Patients - Patients talking to Doctors.
18. Kurtz SM. Doctor-Patient Communication: Principles and Practices. *Can. J. Neurol. Sci.* 2002;29(Suppl. 2):23-9.
19. Uexküll Tv. Integrierte Medizin - ein lernendes Modell einer nicht-dualistischen Heilkunde. In: Uexküll TvG, W; Plassmann, R, editor. *Integrierte Medizin. Modell und klinische Praxis*. Stuttgart New York: Schattauer, 2002:3-22.
20. Lipkin M. *The Care of Patients: Perspectives and Practices*: Yale University Press, 1987.
21. ABIM Foundation A-AF, and European Federation of Internal Medicine. Project Professionalism MPP 2003, 2003.
22. American Association of Medical Colleges. Report I: Learning objectives for medical student education. Guidelines for medical schools. Washington: American Association of Medical Colleges, 1998.
23. American Association of Medical Colleges. Report III: Contemporary Issues in Medicine. Communication in Medicine. Washington: American Association of Medical Colleges, 1999.
24. General Medical Council. Good Medical Practice: General Medical Council, 2001.
25. General Medical Council. Tomorrow's Doctors. Recommendations on undergraduate medical education: General medical Council, 2003.
26. Cushing A. Assessment of Non-Cognitive Factors. In: Norman GVdV, CPM; Newble, DI, editor. *International Handbook of Research in Medical Education*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 2002:711-755.
27. Maffei CL, V; Orlandini, A. How do we teach the doctor-patient-relationship. *Medical Teacher* 1991;13(4):339-347.
28. Bitzer J, Tschudin S, Schwendke A, Alder J. [Psychosocial and psychosomatic basic competence of the gynecologist--from intrinsic conviction to a learnable curriculum. (2. Biosychosocial model and basic psychiatric therapy)]. *Gynakol Geburtshilfliche Rundsch* 2001;41(4):223-33.
29. Dettmeyer R. *Medizin und Recht: Grundlagen - Fallbeispiele - medizinrechtliche Fragen*. Berlin: Springer, 2001.
30. Cohen-Cole S. *The medical Interview: The Three Function Model*: Elsevier Science Health Science div., 1991.
31. Köhle KK, A; Thoas, W; Schaefer, A; Sonntag, B; Obliers, R;. Integrierte Psychosomatik: Beiträge zu einer Reform des Medizinstudiums. *Psychoter Psych Med* 2003;53:65-70.
32. Hafferty FW. Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. *Acad Med* 1998;73(4):403-7.

## **Anhang 1: Ausbildungsziele für eine gelungene Arzt/Studenten-Patienten-Beziehung**

*Das Ziel ärztlichen Handelns ist die Erhaltung bzw. Wiederherstellung von Gesundheit und Wohlbefinden des Patienten/der Patientin bzw. die Begleitung von chronisch kranken und sterbenden Menschen. Das Streben nach diesem Ziel ist das zentrale Merkmal einer gelungenen Arzt-/Studenten-Patienten-Interaktion. Weitere Merkmale sind eine gelungene Zusammenarbeit zwischen Arzt/Student und Patient/-in im Sinne einer effizienten, akkuraten und unterstützenden Zusammenarbeit sowie die Zufriedenheit von Patient/-in und Arzt/Ärztin bzw. Student/Studentin*

Im Kontakt zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin obliegen dem Arzt/der Ärztin drei zentrale Aufgaben:

- *das Erfassen, Analysieren und Verstehen der Probleme der Patientin/des Patienten*
- *das Entwickeln, Aufrechterhalten und Beenden eines Gesprächs und*
- *das Vermitteln von Informationen, Erarbeiten von Lösungswege, deren Durchführung und Begleitung*

Unterstützende Faktoren für eine gelungene Arzt/Studenten-Patienten-Beziehung sind gute kommunikative Kompetenzen auf Seiten des Arztes/der Ärztin bzw. des Studenten/der Studentin, die Berücksichtigung eines patientenzentrierten Ansatzes in der Gesprächsführung und die Einbeziehung des biopsychosozialen Modells.

Um diese Aufgaben zu erfüllen, sollen Studierende am Ende ihres Studiums über folgendes *spezifisches Wissen* verfügen: Sie

1. kennen psychosoziale Faktoren, die zu Gesundheit und Krankheit beitragen
2. kennen Laienmodelle von Krankheit und Gesundheit
3. kennen Bewältigungsstrategien im Umgang mit Leiden, Krankheit, Einschränkungen und Behinderungen
4. kennen die Effekte von Leiden, Krankheit, Einschränkung und Behinderung auf Betroffene, deren Familien und die Gesellschaft
5. identifizieren die zentralen Informationsquellen zu medizinischen Themen, sind in der Lage, Informationen zu suchen und deren Qualität zu beurteilen
6. kennen eigene Vorurteile und Grenzen in der Fähigkeit zur Zusammenarbeit und können diese ansprechen
7. kennen biomedizinische und psychosoziale Lösungen und helfen, sie individuell zu bewerten
8. kennen die rechtlichen Bestimmungen zu Aufklärung und Einwilligung von diagnostischen und therapeutischen Eingriffen
9. kennen die rechtlichen Rahmenbedingungen bei der Versorgung von nicht einwilligungsfähigen Personen (psychische Erkrankungen, Kinder, Bewusstlosigkeit/ Koma, Patientenverfügung)

Um diese Aufgaben zu erfüllen, sollen Studierende am Ende ihres Studiums über folgende Kompetenzen verfügen:

### **Erfassen, Analysieren und Verstehen der Probleme der Patientin/des Patienten**

*Medizinstudierende am Ende des Studiums*

1. identifizieren die Gründe der Konsultation und das Problem/die Probleme des Patienten/der Patientin
2. nehmen die Patientenperspektive wahr und respektieren sie und identifizieren Wünsche, Erwartungen und Befürchtungen des Patienten
3. erheben und verarbeiten Informationen aus dem biomedizinischen, psychischen und sozialen Hintergrund des Patienten/der Patientin
4. erheben Informationen zu den individuellen Bewältigungsstrategien und Ressourcen des Patienten
5. können multiple Hypothesen zur individuellen Krankheitsursache und -entstehung im differentialdiagnostischen Vorgehen generieren und testen
6. können sich auf Patienten verschiedenen Alters, Geschlecht und Herkunft einlassen
7. können schwer anzusprechende, peinliche Themen (Sexualität, Tod, schwerwiegende Diagnosen) ansprechen
8. kennen eigene Vorurteile und Grenzen in der Fähigkeit zur Zusammenarbeit und können diese zur Klärung ansprechen

## **Entwickeln, Aufrechterhalten und Beenden eines Gesprächs**

### *Medizinstudierende am Ende des Studiums*

9. etablieren ein harmonisches Verhältnis (Rapport) und erhalten dies während des Gesprächs aufrecht
10. bieten eine Struktur für das Gespräch an (z.B. Wiederholung und Zusammenfassung von wichtigen Informationen, Zeitmanagement, Klärung von Fragen)
11. lassen ausreichend Redezeit für den Patienten/in
12. können aktiv zuhören durch den Einsatz entsprechender Techniken
13. können verbale und non-verbale Barrieren in der Kommunikation identifizieren
14. können gezielt Aufmerksamkeit durch non-verbale Zeichen zeigen
15. können verschiedene Fragetypen gezielt einsetzen
16. handeln interaktionsorientiert, d. h., indem sie andere in die Diskussion einbeziehen, unterschiedliche Meinungen beachten, aufgreifen und vermitteln, Emotionen und Spannungen wahrnehmen, ansprechen und reduzieren
17. zeigen Respekt, Interesse und Unterstützung
18. zeigen Fürsorglichkeit, Empathie und Mitgefühl
19. schützen die Intimsphäre des Patienten und behandeln Informationen vertraulich
20. beenden ein Gespräch in angemessener Form und sichern die Fortsetzung des Gesprächs soweit erforderlich

## **Vermitteln von Informationen, Erarbeiten von Lösungswege, deren Durchführung und Begleitung**

### *Medizinstudierende am Ende des Studiums*

21. geben Informationen in einer patientengerechten Sprache, in einem angemessenen Umfang, zum angemessenen Zeitpunkt und inhaltlich korrekt weiter
22. halten eigenes Wissen zum Wohle des Patienten lebenslang auf dem neuesten Stand und setzen dieses in einem für den Patienten angemessenen Maß ein
23. erkennen Grenzen eigenen Wissens und Könnens, können sich gezielt Wissen aneignen, suchen aktiv Hilfe bei anderen bzw. beziehen andere rechtzeitig in die Versorgung des Patienten ein
24. können eigene und Fehler anderer anzusprechen, wenn diese erkannt werden
25. können anderen Personen zu beobachtetem Verhalten eine angemessene Rückmeldung geben
26. stellen das Verständnis des Patienten sicher
27. stellen ein gemeinsames Verständnis des Problems sicher
28. erarbeiten individuell optimale Lösungskonzepte auf Grundlage der Einwilligung des Patienten
29. beziehen den Patienten/die Patientin aktiv in die Erarbeitung des individuellen Lösungswegs ein
30. erkennen Unterschiede und Konflikte von ärztlichem und Patientenkonzept und können sie verbal aufzeigen
31. unterstützen den Patienten in der Nutzung seiner Ressourcen
32. können Ratschläge medizinisch begründen und Lösungen mit dem Patienten generieren und umsetzen
33. kennen und respektieren das Selbstbestimmungsrecht von Patienten hinsichtlich Einsichtnahme in Unterlagen, Zustimmung und Ablehnung von Diagnostik und Therapie, Wahl des behandelnden Arztes/ der Ärztin
34. dokumentieren sorgfältig Vorgehensweise, Befunde und Therapievereinbarungen im Interesse des Patienten/der Patientin
35. klären Verantwortlichkeiten und zeigen Bereitschaft zur Übernahme von Verantwortung auch in Situationen mit unsicherer Informationslage
36. können mittels Telefon, Brief und Email kommunizieren

## Anhang 2: Psychosoziale Inhalte und Bezüge in den Blöcken bezogen auf kognitive Lernziele und Veranstaltungen

### 1. Semester

- *Bewegung*: nichts
- *Notfallkurs 1*: nichts
- *Flüssigkeitshaushalt/ Herzkreislauf*:

#### Veranstaltungen

- Seminar: Risikofaktoren für das Herz-Kreislauf-System (Cholesterol, Rauchen, Streß etc.); Ernährung und Herzkreislauferkrankungen, Prävention von Herzkreislauferkrankungen, Leitlinie Therapie/Sekundäre Prophylaxe/Antiarrhythmika, evidence based medicine; Verantwortlich: Epidemiologie/Innere Medizin
- Praktikum: Rehabilitation und Sekundärprävention von Herzinfarktpatienten; Verantwortlich: Rehabilitationsklinik

#### Lernziele:

- Risikofaktoren für das Herz-Kreislauf-System (Cholesterol, Rauchen, Stress etc.) und präventive Maßnahmen gegen/bei Herzkreislauferkrankungen benennen und erläutern können;
- Inhalte und Ziele der multidisziplinären kardiologischen Rehabilitation im somatischen, edukativen, psychologischen und sozialen Bereich benennen können.

### 2. Semester

- *Atmung*: nichts
- *Pflegekurs*:

#### Veranstaltungen

- Seminar: Erster Teil: Erleben, Ausüben und Empfangen von Pflege Zweiter Teil: Reflexion der Erfahrungen
- Übung: Pflegen und gepflegt werden

#### Lernziele:

- die Begriffe *cure* und *care* auf Gesundheitsprobleme anwenden können
  - die Bedeutung von Stürzen und sturzbedingten Verletzungen in der Gesellschaft einschätzen können
  - positive und negative Haltungen gegenüber Hüftprotektoren kennen und diese nachvollziehen können
  - um die Bedeutung der Krankenbeobachtung, Kommunikation und Mobilisation während des Bettenmachens und Positionierens von immobilen Patienten wissen
  - in der Lage sein, die Bedürfnisse/Wünsche und Erfordernisse beim Bettenmachen und Positionieren eines Patienten zu berücksichtigen
  - kommunikative und soziale Aspekte während der Pflege am Patienten beachten (die Patientenaufklärung und –information in die Durchführung der Pflegemaßnahmen integrieren, Patientenwünsche und –bedürfnisse gezielt vor und während der Pflegemaßnahmen erfragen) können
- *Ernährung, Verdauung, Stoffwechsel*: nichts

### 3. Semester

- *Blut*: nichts
- *Entzündung/Abwehr*: nichts
- *Sexualität, Geschlechtsorgane/-hormone*:

#### Veranstaltungen

- Seminar: Psychosexuelle Entwicklung: Ausbildung von Liebesfähigkeit und Geschlechtsidentität; verantwortlich: Sexualmedizin/Med. Psychologie
- Seminar: Sexualanamnese; verantwortlich: Sexualmedizin
- Seminar: Weibliche Sexualfunktionen und ihre Störungen; verantwortlich: Sexualmedizin, Gynäkologie
- Seminar: Häufigkeit und Erscheinungsformen von Sexualstörungen/Prävention sexuell übertragbarer Krankheiten; verantwortlich: Sexualmedizin, Sozialmedizin
- Seminar: Normvorstellungen; verantwortlich: Rechtsmedizin/Sexualmedizin:

#### Lernziele:

- die psychosexuelle Entwicklung des Menschen einschließlich ihres Zusammenhanges zu kulturellen Normenvorstellungen darlegen können;
- ein biopsychosoziales Verständnis von Sexualität nachweisen und die Multifunktionalität von Sexualität erklären können;

## 4. Semester

- *Nervensystem*: nichts
- *Nieren/Elektrolyte*: nichts

## 5. Semester

- *Haut*: nichts
- *Notfallkurs 2*: nichts
- *Sinnessysteme*: nichts
- *Psyche und Erleben*: siehe Anhang 3

## 6. Semester

### - *Blockpraktikum Gynäkologie*

#### **Lernziele:**

- den Menstruationszyklus mit den endokrinologischen Grundlagen und dem Zusammenwirken verschiedener endokriner Systeme, die damit einhergehenden körperlichen und psychischen Veränderungen sowie die möglichen Störungen mit Symptomatik, Ursachen und Therapieprinzipien benennen und erklären können;
- wesentliche Ursachen von Sterilität oder Infertilität und deren Behandlung einschließlich körperlicher, psychischer und paarimmanenter Ursachen des unerfüllten Kinderwunsches benennen können;

### - *Schwangerschaft/Geburt*

#### **Lernziele:**

- die normalen und pathologischen psychischen Veränderungen der Frau in der Schwangerschaft, unter der Geburt und im Wochenbett erläutern können;
- die Bedeutung der Erwünschtheit der Schwangerschaft sowie der Zugehörigkeit der Mutter zu einer Schicht / Gruppe (Alter, Status, Bildung, Nationalität, Religion etc) für den Verlauf der Schwangerschaft beschreiben können;

### - *Säugling/Kleinkind*

#### **Veranstaltungen**

- Übung: Kindesmisshandlung; verantwortlich: Kinder- und Jugendpsychiatrie/Kinderradiologie

## 7. Semester

### - *Blockpraktikum Pädiatrie*

#### **Veranstaltungen**

- Seminar Genetische Beratung. Psychische und medizinische Aspekte; verantwortlich: Humangenetik

#### **Lernziele:**

- die motorische und psychosoziale Entwicklung von Kindern mit den Meilensteinen: Lächeln, Gehen, Greifen, zum Mund Führen, Krabbeln, Umdrehen den verschiedenen Altersstufen zuordnen können und die Variabilität der Zeitpunkte einschätzen können;

### - *Schulkind*

#### **Veranstaltungen**

- Seminar: Diabetes/Pharmakologie; verantwortlich: Kinderdiabetologie/Klinische Pharmakologie,

#### **Lernziele:**

- die Auswirkungen eines Diabetes mellitus im Kindes- und Jugendalter auf den Lebensalltag wahrnehmen können und deren Bedeutung für die Therapieplanung realisieren können;

### - *Adoleszenz*

#### **Veranstaltungen**

- Seminar: Intoxikation und Suizid; verantwortlich: Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters/Pharmakologie

#### **Lernziele:**

- die gebräuchlichen Formen des Missbrauchs von Alkohol und Designerdrogen hinsichtlich ihrer akuten und chronischen Wirkungen sowie ihrer diagnostischen Nachweismethoden benennen können
- die wichtigsten neurokognitiven und explorativen Testverfahren, die im Kindes- und Jugendalter angewendet werden aufzählen und die Indikationen für ihren Einsatz kennen;

### - *BZK 1:Studien*: nichts

### - *Lebensmitte 1*

#### **Veranstaltungen**

- Seminar: Differentialdiagnose Husten; verantwortlich Allgemeinmedizin, Pulmonologie

#### **Lernziele:**

- Differentialdiagnostische Möglichkeiten und hausärztliches Vorgehen in der Abklärung des Symptoms „Husten“ (inklusive psychogenem Husten) kennen;

## 8. Semester

### - *Lebensmitte 2*

#### **Veranstaltungen**

- Seminar: Schmerz; ; verantwortlich: Anaesthesiologie/Psychologie
- Seminar: Schlafstörungen; Verantwortlich: Pharmakologie/Psychiatrie,
- Übung: Schmerz; ; verantwortlich: Anaesthesiologie/Psychologie
- Praktikum: Kopf-Hals-Konsil; Verantwortlich: Ophthalmologie/HNO/Neurologie/Psychiatrie,

#### **Lernziele:**

- psychologische Schmerztherapieverfahren benennen können;
- die Unterschiede (pathophysiologisch, psychisch, therapeutisch) zwischen Patienten mit einer chronischen Schmerzkrankung im Vergleich zu Patienten mit akuten Schmerzen kennen;
- bio-psychosoziale Zusammenhänge bei der Schmerzchronifizierung kennen;
- psychische Komorbiditäten bei Patienten mit chronischen Schmerzen kennen;
- Funktionen von Schlaf und deren Beeinträchtigungen beschreiben können Schlafstörungen und deren Ursachen bzw. Funktionsbeeinträchtigungen als integralen Bestandteil aller medizinischen Gebiete verstehen lernen

### - *BZK 2: Arbeitsmedizin*

#### **Veranstaltungen**

- Vortrag: Grundlagen der Arbeitsmedizin, verantwortlich: Arbeitsmedizin
- Seminar 1: Arbeit zu wechselnden Tageszeiten, verantwortlich: Arbeitsmedizin

**Lernziele:** liegen zum jetzigen Zeitpunkt nicht vor

### - *Blockpraktikum Psychiatrie*

#### **Veranstaltungen**

- Seminar: Psychosomatik; verantwortlich Psychosomatik

#### **Lernziele:**

- die Grundlagen und Grundprinzipien der Durchführung tiefenpsychologischer Psychotherapie, Verhaltenstherapie, Entspannungstechniken und Psychoedukation anhand von 1-2 Beispielen kennen.
- Umgangsmöglichkeiten und Verhaltensregeln mit akut psychisch Kranken bei fehlender Krankheitseinsicht u./o. Behandlungseinsicht und Eigen- u./o. Fremdgefährdung kennen.

### - *Blockpraktikum Neurologie*

#### **Lernziele:**

- psychogene Anfälle und Synkopen als Beispiele von Differentialdiagnosen epileptischer Anfälle beschreiben und abgrenzen können.
- klinische Merkmale des Spannungskopfschmerzes und der Migräne kennen.

## 9. Semester

### - *Lebensmitte 3*

#### **Veranstaltungen**

- Seminar: Tumorschmerz, verantwortlich: Klinische Pharmakologie/Schmerzambulanz

### - *BZK 3: Versorgungsstrukturen, Gesundheitsökonomie und -politik:*

### - *Blockpraktikum Innere Medizin:* nichts

### - *Blockpraktikum Geriatrie:*

#### **Veranstaltungen**

- Seminar: Multimorbidität
- Seminar: Prävention von Herz- Kreislauferkrankungen im Alter
- Seminar: Geriatisches Assessment
- Seminar: Sexualität, Sexualstörungen im Alter
- Seminar: Ernährung im Alter

#### **Lernziele:**

- das geriatrische Assessment, als eine Untersuchungs-/Diagnostikmethode, mit standardisierter, mehrdimensionaler Erfassung von medizinischen, funktionalen und psychosozialen Problemen für verschiedene Bereiche des älteren Menschen erlernen und durchführen können (Beispiele: Barthel-Index und Mini Mental State);
- den Einfluss der Multimorbidität des älteren Menschen bei diagnostischen und therapeutischen Prozessen beurteilen können;
- Prävention von Behinderung anhand des Behinderungsmodells von Verbrugge und Jette beschreiben können.

## 10. Semester

*Blockpraktikum Chirurgie:* nichts

*Notfallkurs 3:* nichts

## **Anhang 3: Block „Psyche und Erleben“ WiSe 2003/04**

### Ausbildungsziele

#### **Kognitive Lernziele** (Reihenfolge keinerlei Wichtigung)

Die Studierenden sollen:

#### **Stress**

1. relevante Stressmodelle kennen
2. physiologische und psychische Reaktionen des Organismus auf Stress kennen
3. die Stressachse mit ihren wichtigsten physiologischen, biochemischen und anatomischen Strukturen erläutern können
4. die Erhebung von Stresswahrnehmung und Stressverarbeitungsstrategien kennen
5. Stile und Formen der Stressbewältigung und gängige Techniken zur Stressreduktion kennen

#### **Angst**

6. Grundgedanken lerntheoretischer Modelle zur Angstentstehung, -aufrechterhaltung und –exacerbation nennen und beschreiben können
7. relevante Theorien zur Entstehung von Angststörungen benennen können
8. die drei Komponenten der Angst beschreiben und den Teufelskreis der Angst erklären können
9. die zugrunde liegenden psychologischen und biologischen Mechanismen für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Angststörungen erläutern können
10. unterschiedliche Therapieverfahren (wie z.B. pharmakologische und psychotherapeutische Verfahren) der Angsterkrankungen nennen und ihre theoretischen Erklärungsansätze beschreiben können
11. die kurz-, mittel- und langfristigen pharmakologischen Behandlungsmöglichkeiten von Angsterkrankungen, deren Wirkprinzip und Nebenwirkungen benennen können
12. häufige Ängste wie Angst vor diagnostischen Maßnahmen und Diagnosen, unheilbaren Erkrankungen und Tod im medizinischen Alltag sowie ärztliche Interventionsmöglichkeiten benennen können
13. die Grundprinzipien von Phobien kennen und verschiedene Erscheinungsformen benennen können
14. die sozialen und spezifischen Phobien anhand von diagnostischen Kriterien beschreiben können
15. Grundgedanken bio-psycho-sozialer Modelle der Schmerzentstehung und –verarbeitung beschreiben können
16. das Prinzip der operanten Konditionierung beschreiben können

#### **Drogen und Sucht**

17. die Problematik einer Drogenabhängigkeit definieren können
18. die Wirkungsmechanismen und Risiken von Drogen beschreiben können
19. die psychologischen, biologischen und integrativen Erklärungsansätze zur Entstehung und Aufrechterhaltung von süchtigem Verhalten erklären können
20. hinsichtlich süchtigen Verhaltens die Rolle des Belohnungssystems beschreiben können sowie die Existenz eines „Suchtgedächtnisses“ kennen
21. die Bedeutung des Konzeptes des Drogenverlangens und der Variablen, die das Verlangen beeinflussen, im Rahmen von verhaltenstherapeutischen Interventionsmaßnahmen sowie einer Rückfallprophylaxe erklären können

#### **Entwicklungspsychologie**

22. Grundgedanken von psychologischen Entwicklungstheorien hinsichtlich Phasen, Krisen, Schwellensituationen, Entwicklung und Transzendenz kennen

23. Grundlagen der Bindungstheorie (J. Bowlby) kennen und frühe Bindungsmuster in ihrer späteren Wirkung auf die Sozialisation Erwachsener, speziell im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit, beschreiben können
24. Entwicklungspsychologische Phasen im Modell von Erik H. Erikson beschreiben können
25. die Begriffe „Einstellung“ und „Stereotyp“ erklären können

**Anwendungsbezogene Lernziele** (Reihenfolge keinerlei Wichtung)

Die Studierenden sollen:

1. Eigene Reaktionen im Patientenkontakt wahrnehmen können (Selbstreflexion)
2. Emotionen (Gefühl, Affekt, Stimmung, Verstimmung) unterscheiden, einteilen und benennen können
3. Simultan diagnostizieren können statt Ausschlussdiagnostik zu betreiben (psychische, somatische, soziale Aspekte einer Erkrankung erfassen)
4. grundlegende Fähigkeit zur kontinuierlichen Aufrechterhaltung und Gestaltung der Arzt-Patienten-Beziehung erwerben
5. zum belasteten Patienten den Kontakt adäquat herstellen können (Empathie, Taktgefühl)
6. eine Emotion beim Patienten konstatieren können, ohne vorschnell zu diagnostizieren
7. grundlegende Fähigkeit zur Reflexion parallel zur eigentlichen Gesprächsführung erwerben
8. die (eigene) Sozialisation als Ostdeutsche/Ostdeutscher bzw. Westdeutsche/Westdeutscher und deren Bedeutung für das berufliche Handeln erkennen

**Emotionale Lernziele** (Reihenfolge keinerlei Wichtung)

Die Studierenden sollen:

1. Copingstrategien bei eigenen Stressoren (wie geschlechts-/ berufsspezifischen Stressoren) erfahren
2. eigene autoritäre bzw. unterwürfige Bedürfnisse wahrnehmen
3. eigene Biosignale als Angstkorrelate wahrnehmen und einordnen können
4. Erfahrung im Umgang mit eigenen Stereotypen und Vorurteilen sammeln
5. Beispiele für das Erleben eigener Wahrnehmungsverzerrung und -einengung reflektieren können

### 3.2 Blockübersicht Block Psyche & Erleben WS 2003/2004

| Termine  |                                  |                                     | POL                          | Seminare Klinisch-theoretische Grundlagen |                                  |   | Übungen zu Diagnostik/Therapie |  |  | Praktika                                     |   |  |
|--|----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|---|----------------------------------|---|--------------------------------|--|--|--|---|--|
| Sem. Woche   | Block-Woche                      | Termin                              | POL-Fälle                    | Thema                                     | Termin                           | Verantwortlich  | Thema                          | Termin                                       | Verantwortlich                                       | Thema  | Termin                                    | Verantwortlich                         |
| 11   | 1                                | 12.01.-16.01.                       | Emotion                      |   |                                  |   |                                |  |  |  |   |  |
|  |                                  |                                     | „Fantasy“                    | Stimmung versus Trieb                     | 13.01.04<br>9.15/11.15/<br>14.15 | Psychosomatik   | Angst und Aggression           | 13.01.04<br>11.15/14.15<br>14.01.04<br>14.15 | Psychosomatik:                                       | Angst und ihre Therapie                      | 16.01.04<br>9.15-11.45                    | Psychosomatik:                         |
| Entstehung und Behandlung von Angststörungen   | 14.01.04<br>9.15/11.15/<br>14.15 | Med. Psychologie/<br>Pharmakologie  |                              |   |                                  |   |                                |  |  |  |   |  |
| 12   | 2                                | 19.01.-23.01                        | Wahrnehmung und Ausdruck     |   |                                  |   |                                |  |  |  |   |  |
|  |                                  |                                     | „Über dem Abgrund“           | Wahrnehmung und Ausdruck                  | 20.01.04<br>9.15/11.15/<br>14.15 | Allgemeinmedizin/<br>Psychosomatik/ Med.<br>Psychologie | Anamnese<br>Politoxikomanie    | 20.01.04<br>11.15/14.15<br>21.01.04<br>14.15 | Psychosomatik:<br>Psychologie:                       | Psycho-physiologie der Sucht                 | 23.01.04<br>8.15-10.00<br>10.15-12.00     | Klin. Psychologie/<br>Psychiaterie:    |
| Pathologische Veränderungen der Wahrnehmung/ Auf dem Weg in die Psychiatrie?             | 21.01.04<br>9.15/11.15/<br>14.15 | Pharmakologie/ Psychiatrie:         |                              |   |                                  |   |                                |  |  |  |   |  |
| 13   | 3                                | 26.01.-30.01.                       | Entwicklung im Lebenslauf    |   |                                  |   |                                |  |  |  |   |  |
|  |                                  |                                     | „Benjamin, der Sonnenschein“ | Entwicklungstheorien                      | 27.01.04<br>9.15/11.15/<br>14.15 | Psychosomatik:  | Ost-West-Sozialisation         | 27.01.04<br>11.15/14.15<br>28.01.04<br>14.15 | Med. Psychologie:                                    | Psychologische Diagnostik                    | 30.01.04<br>9.00 – 10.30<br>10.45 – 12.15 | Psychol. Diagnostik/<br>Psychosomatik: |
| Schmerz  | 28.01.04<br>9.15/11.15/<br>14.15 | Psychosomatik/<br>Schmerzambulanz : |                              |   |                                  |   |                                |  |  |  |   |  |
| 14   | 4                                | 02.02.-06.02.                       | Stress                       |   |                                  |   |                                |  |  |  |   |  |
|  |                                  |                                     | „Die eigenen Grenzen spüren“ | Stress und seine Verarbeitung             | 03.02.04<br>9.15/11.15/<br>14.15 | Psychosomatik:  | Gehorsam und Autorität         | 03.02.04<br>11.15/14.15<br>04.02.04<br>14.15 | Med Psychologie/<br>Psychosomatik/ Allgemeinmedizin: | Psychoneuroimmunologische Forschungsmethoden | 06.02.04<br>9.15 – 10.45                  | Psychoneuroimmunologie:                |
| Stressdiagnostik und -modifikation   | 04.02.04<br>9.15/11.15/<br>14.15 | Med. Psychologie/<br>Psychosomatik: |                              |   |                                  |   |                                |  |  |  |   |  |
| Einführungsvorlesung: Montag 12.01.04 11.15-12.45 Daig, Fliege / Danzer, Rosemeier       |                                  |                                     |                              |   |                                  |   |                                |  |  |  |   |  |
| Epilog: Freitag 06.02.04 11.30-13.00 Med. Psychologie: Rosemeier, Winau CVK, Mittelallee |                                  |                                     |                              |   |                                  |   |                                |  |  |  |   |  |

## Anhang 4: „Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns“ (GÄDH)

### Ziele und Aufgaben

Aufgabe des Lehrangebots GÄDH ist es, die am Konzept der klassischen Naturwissenschaft orientierte klinische und theoretische Ausbildung durch kultur- und sozialwissenschaftliche Aspekte zu fundieren und zu erweitern. Diese beinhalten das Verständnis,

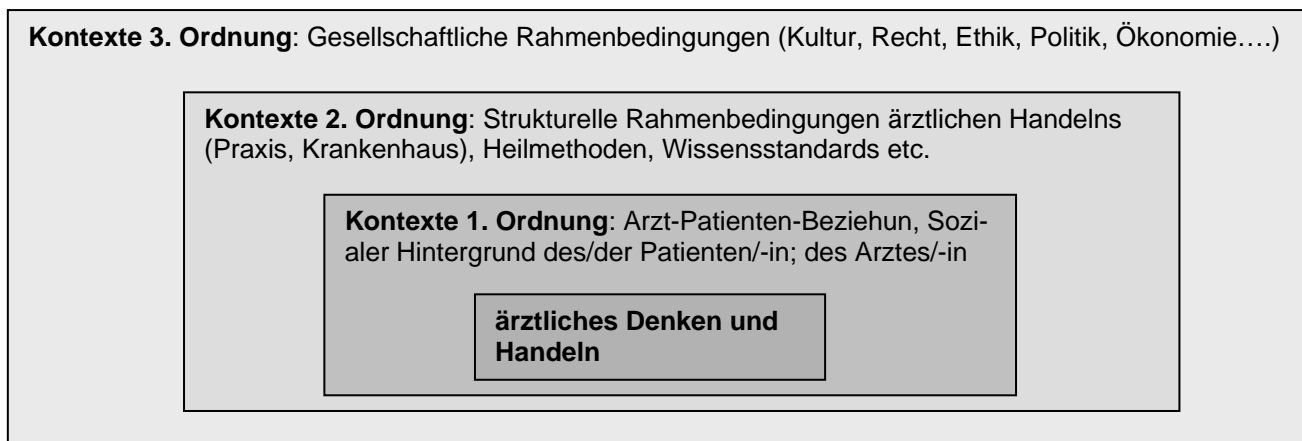
- dass Medizin und Gesundheitswesen stets auch Teil gesamtgesellschaftlicher Prozesse sind,
- dass das naturwissenschaftliche Konzept der Medizin nur *einen*, seiner Natur nach begrenzten Zugang zu den Problemen von Krankheit und Heilung ermöglicht und
- dass ärztliche Wissensstandards, Handlungsmaximen und Werthaltungen keine unveränderlichen Wahrheiten darstellen, sondern einem beständigen Wandlungsprozess unterworfen sind.

Auf der Basis der aktuellen Curriculumsplanung ergeben sich hieraus folgende Themenbereiche:

- die Bedeutung kultureller, sozialer und geschlechtsspezifischer Faktoren für Krankheit und Gesundheit, für die Rolle von Arzt und Patient und für die ärztliche Wissenschaft und Praxis;
- die Wechselwirkungen zwischen medizinischem Wissen und Können einerseits und ethischen und rechtlichen Grundwerten andererseits;
- die Grundstrukturen und Grenzen des modernen naturwissenschaftlichen Denkmodells und alternativer Konzepte;
- die Bedeutung wichtiger medizinischer Grundbegriffe (Krankheit/Gesundheit, Leben/Tod, etc.).

Das Lehrangebot GÄDH orientiert sich daher nicht an der Systematik der traditionellen medizinischen Disziplinen und ihrer Basiswissenschaften. Es soll vielmehr zu disziplinübergreifender Reflexion anregen und dazu beitragen, problembezogen verschiedene Denk- und Handlungskonzepte entwickeln zu können. Neben Lehrveranstaltungen, die soziale, historische, wissenschaftstheoretische, ethische oder rechtliche Aspekte im Hinblick auf ärztliches Denken und Handeln thematisieren, sind auch Lehrveranstaltungen denkbar, die einen einzelnen disziplinären Ansatz in Hinblick auf seine Voraussetzungen, Folgen und Grenzen zum Gegenstand machen.

Zentrales Ziel der GÄDH ist es, eine **Kontextualisierung ärztlichen Handelns** vorzunehmen. Es wurden zum besseren Verständnis drei Ebenen von Kontexten definiert:



### Rahmenbedingungen

In jedem Studienabschnitt müssen 2 Seminare belegt werden (im Laufe des Studiums insgesamt also 4 Seminare), als Leistungsnachweise sind insgesamt 2 Referate und eine Semesterarbeit einzureichen (Prüfungsordnung §8 (1)). In jedem Seminar wird den Studierenden die Möglichkeit gegeben, einen in der Prüfungsordnung geforderten Leistungsnachweis zu erbringen. Es ist nicht möglich, in einem Seminar sowohl eine Hausarbeit als auch eine Seminararbeit zu machen. Es ist gleichfalls nicht möglich, in einem Semester zwei Seminare zu besuchen. Die Teilnehmerzahl eines Seminars ist auf je 21 Studierende begrenzt.

Insgesamt müssen *zwei* Referate und *eine* Hausarbeit gehalten bzw. eingereicht werden. In einem Seminar kann nur entweder ein Referat oder eine Hausarbeit angerechnet werden. Falls ein Student ein Referat hält und danach entscheidet, aus diesem Thema eine Hausarbeit zu machen, ist dies möglich, es wird dann aber nur die Hausarbeit angerechnet.

In jedem Semester müssen in der vollen Ausbaustufe des Reformstudiengangs mindestens sieben Seminare parallel angeboten werden, um allen Studierenden die Teilnahme an vier Seminaren zu gewährleisten. Der *Unterausschuss Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns*<sup>1</sup> nimmt die Auswahl der Seminare vor. Interessierte Seminardozenten/-innen reichen Exposés ein, die vom Unterausschuss gesichtet werden. Neue Lehrenden werden zum gemeinsamen Kennen lernen eingeladen, und es findet ein kollegiales Gespräch über das geplante Seminar statt. Eine weitere Aufgabe des Ausschusses ist die Weiterentwicklung der Ausbildungsziele der GÄDH.

### Bedarf und Anzahl der durchgeführten Seminare (Minimalberechnung)

|          | 1. Jg. | 2. Jg. | 3. Jg. | 4. Jg. | 5. Jg. | Gesamt           | Realität |
|----------|--------|--------|--------|--------|--------|------------------|----------|
| WS 99/00 | 2      |        |        |        |        | 2                | 2        |
| SS 00    | 3      |        |        |        |        | 3                | 3        |
| WS 00/01 | 2      | 2      |        |        |        | 4                | 4        |
| SS 01    | 1      | 2      |        |        |        | 3                | 3        |
| WS 01/02 | 1      | 1      | 2      |        |        | 4                | 5        |
| SS 02    | 2      | 1      | 2      |        |        | 5                | 5        |
| WS 02/03 | 2      | 1      | 1      | 2      |        | 6                | 7        |
| SS 03    | 1      | 2      | 1      | 2      |        | 6                | 7        |
| WS 03/04 | 1      | 2      | 1      | 1      | 2      | 7                | 10       |
| SS 04    | 1      | 1      | 2      | 1      | 2      | 7                | 7        |
|          |        |        |        |        |        | <b>gesamt 53</b> |          |

### Seminare im Sommersemester 2004

1. Der Tod. Kulturtechniken des Umgangs mit dem Tod in der klinischen Medizin (Klinik für Strahlentherapie)
2. Komplementärmedizin (Inst. f. Sozialmedizin, Epidemiologie & Gesundheitsökonomie)
3. Medizinrecht (Extern)
4. Einführung in die Medizinethik (Extern)
5. Erlebte Geschichte: Zeitzeugen der Charité (Inst. f. Medizingeschichte/ Medizinhistorisches Museum)
6. Der Arzt im Film (Extern)
7. Soziale Diagnosen: Eine Einführung in die soziologischen Grundlagen ärztlicher Entscheidungen (Extern)

### Seminare im Wintersemester 2003/04

1. Psychisch kranke Frauen mit Kindern - ein Projektseminar (Inst. f. Medizinische Soziologie)
2. Medizinrecht (Extern)
3. Zum Umgang mit "Behinderung" in der Medizin (Extern)
4. Jenseits der Schulmedizin - Ein Beispiel 'Body-Mind-Centering' (Extern)
5. Was ist Krankheit? (Inst. f. Geschichte der Medizin)
6. Ärztliche Lebensbewahrungspflicht und Menschenwürde im Beginn und Ende menschlichen Lebens (Extern)
7. Nichts ist praktischer als eine gute Theorie": Systemtheorie für Unerschrockene (AG RSM)
8. Wissenschaft und Politik: Die Charité 1933 - 1945 (Inst. f. Geschichte der Medizin)
9. Einführung in die anthroposophisch erweiterte Medizin (AG RSM, extern)

<sup>1</sup> Dr. Claudia Becker-Witt (Inst. f. Sozialmedizin, Epidemiologie & Gesundheitsökonomie), Dr. Jutta Begenau (Inst. für medizinische Soziologie), Dr. med. Claudia Kiessling, Dr. Thomas Müller (Inst. f. Geschichte der Medizin),

### **Seminare im Sommersemester 2003**

1. Komplementärmedizin 1 (Inst. f. Sozialmedizin, Epidemiologie & Gesundheitsökonomie)
2. Komplementärmedizin 2 (Inst. f. Sozialmedizin, Epidemiologie & Gesundheitsökonomie)
3. Krankheit im Lebenskontext (Inst. f. Medizinische Soziologie)
4. Visuelle Krankheitsprotokolle (Inst. f. Geschichte der Medizin)
5. Ärztliche Lebensbewahrungspflicht/ Menschenwürde am Beginn menschlichen Lebens (Extern)
6. Wissenschaft, Medizin und Kultur in Zeiten der Genomforschung (Max Delbrück Zentrum)
7. Soziale Konstruktion d. Wahrnehmung und d. Wissens (Extern)
8. Körper, Krankheit und Kultur (Medical Anthropology) (Inst. f. Anatomie/Ethnologie; HU Berlin)

### **Seminare im WiSe 2002/03**

1. Einführung in die Neue Phänomenologie (AG RSM)
2. Lebendige Anatomie: Embodiment der Knochen (Extern)
3. Genetik und Gesellschaft (AG RSM)
4. Wie kommt die Welt in den Kopf? (AG RSM)
5. Gespräch zw. Arzt und Patient in historischer Perspektive (Inst. f. Geschichte der Medizin)
6. Hochschullehrer der Charité, Zwangsarbeit im Berliner Gesundheitswesen im Nationalsozialismus (Inst. f. Geschichte der Medizin)
7. A Portrait of Disease (Medizinhistorisches Museum)

### **GÄDH: Lehrende und beteiligte Einrichtungen seit WiSe 1999/2000**

| Einrichtungen                            | Seminarbeteiligung | Lehrende                     |
|--|--------------------|------------------------------|
| Inst. f. Geschichte der Medizin          | 15                 | 21                           |
| AG RSM                                   | 8                  | 10                           |
| Inst. f. Sozialmedizin, Epidemiologie .. | 7                  | 13                           |
| Inst. f. medizinische Soziologie         | 3                  | 3                            |
| Anästhesiologie& Intensivmedizin         | 3                  | 3                            |
| Neurologie                               | 2                  | 2                            |
| Medizinhistorisches Museum               | 2                  | 2                            |
| Inst. f. Anthropologie                   | 1                  | 3                            |
| Max Delbrück Zentrum                     | 1                  | 2                            |
| Palliativmedizin                         | 1                  | 1                            |
| Allgemeinmedizin                         | 1                  | 1                            |
| Inst. f. Anatomie                        | 1                  | 1                            |
| Psychiatrie                              | 1                  | 1                            |
| Strahlenmedizin                          | 1                  | 1                            |
| <i>Externe Lehrende</i>                  | 18                 | 20 <i>(davon 15 bezahlt)</i> |
| <b>gesamt</b>                            | 65                 | <b>84</b>                    |

*(davon 12 interdisziplinär besetzt)*