

Befähigung zur ärztlichen Kompetenz in Greifswald

- Vergangenheit - Gegenwart - Zukunft -

K.-J. Klebingat,

Klinik und Poliklinik für Urologie der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald

Zusammenfassung:

Problemorientiertes Studium unter andragogischer Nutzung der Lehr-Lern-Spirale sowie umfassender Praxisbezug sind entscheidend für die Erlangung ärztlicher Kompetenz. "Hausärztliche" Qualität wird durch die Synthese von Wissenschaftlichkeit und Beachtung der Umfeldintegration erzielt. Diesem Anliegen dienten in der Vergangenheit spezielle Famulaturen und interdisziplinäre Komplexveranstaltungen, in der Gegenwart die Ausbildung in dem umfassenden Bereich "Umgang mit dem Patienten" unterstützt durch Veranstaltungen zur Gesundheitsökonomie sowie -systemforschung und zur Qualitätssicherung. Zukünftig wird die Vernetzung dieser Belange betreffs Methodik, Theorie und Praxis im Komplex Community Medicine die Wissenschaftlichkeit vertiefen und ein Spezifikum der medizinischen Ausbildung in Greifswald sein.

Die Hauptanforderung an jeden Mediziner besteht in der ärztlichen Kompetenz. Medizinisches Wissen und medizinhandwerkliches Können sowie psychosoziale Fähigkeiten und deren gesellschaftliche Reflexion sind die Grundlagen für die ärztliche Berufserfahrung und bilden die Basis für die ärztliche Kompetenz (Abb. 1). Letztere macht also einen dynamischen Prozeß aus, ist ausbildungsfähig. Von jeher zeichneten sich die großen Lehrer der Medizin eben auch durch ärztliche Kompetenz aus. Diese erlernen und übernehmen zu wollen, beruhte auf der Vorbildwirkung des

Lehrers einerseits und dem eigenen Engagement des Auszubildenden andererseits. Sicher war das auch eine primäre Ursache für das Entstehen ganzer Ärztedynastien, indem Generation auf Generation dem Vorbild folgte. Das Miterleben des Vorbildes ersetzte dabei die gezielte Lehre zur bewußtgemachten ärztlichen Kompetenz. Sie wurde letztendlich in der Ausbildung unbemerkt vernachlässigt. Die Ursachen dafür, daß die allmählich erworbene Lebens- und Berufserfahrung eines Arztes im allgemeinen für das Bestehen in der Gesellschaft ausreichte, war die traditionelle Ehrfurcht der Patienten. Sie zeigte gleichermaßen Unterwürfigkeit an. Dieser Zustand trug in unserer freiheitlich aufgeklärten Gesellschaft nicht mehr und führte somit zur Aufdeckung dieses Mangels in der ärztlichen Fortbildung. Deshalb muß die Erlangung ärztlicher Kompetenz im Sinne der Verbindung des Humboldt'schen Wissensideals mit der berufsqualifizierenden Ausbildung das Hauptanliegen der Reformierung des Medizinstudiums sein.

Die Zielvorstellung jeder medizinischen Lehre heißt also, die ärztliche Kompetenz des Hochschulabsolventen zu steigern. Unter konsequenter Nutzung der Lehr-Lern-Spirale sind dabei die medizinischen Fakten, deren Vernetzung zu Krankheitsbildern und die psychosozialen Bezüge derselben erlernbar zu

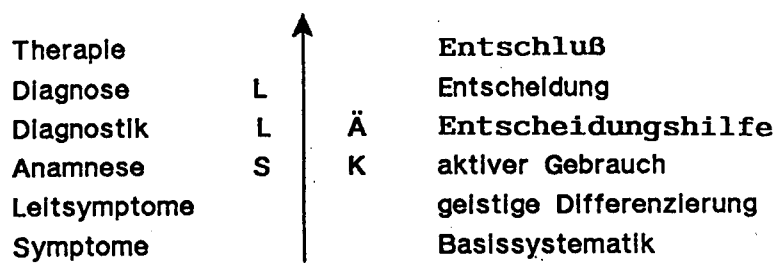
Forderung an den Arzt:



Abb. 1

Ärztliche Kompetenz

IDK: Leitsymptome



ÄK = ärztliche Kompetenz

LSS = Lehr-Lern-Spirale

Abb. 2

gestalten. Dafür gilt es, bisher Bewährtes zu nutzen und Reformbedürftiges zu reformieren. Eine Analyse der Vergangenheit bezüglich der Ausbildung der Medizinstudenten in Greifswald soll dabei helfen.

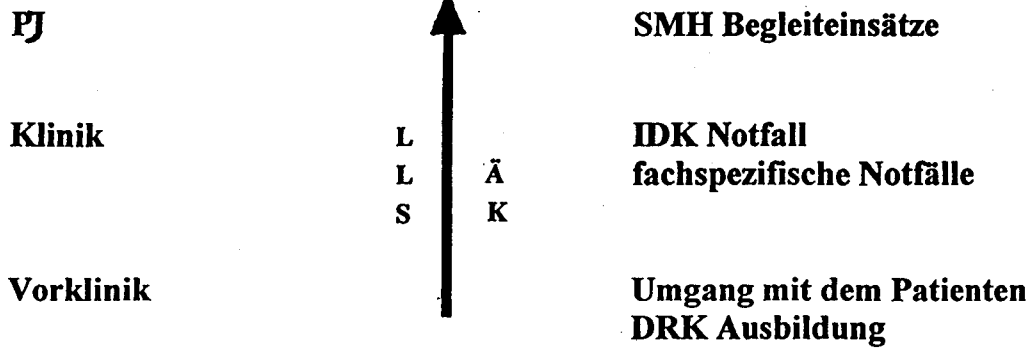
Die Immatrikulation erfolgte ausschließlich nach mindestens 6 Monaten pflegerischer Tätigkeit. Pflichtdienste in jedem Semester - bis zum Physikum pflegerisch, danach ärztlich - sowie Famulaturen in Kliniken, Polikliniken und sozialmedizinischen Einrichtungen förderten die Verbindung von Theorie und Praxis. Im Studium selbst erwiesen sich Blockpraktika - ganz- bzw. mehrtägige Ausbildungskurse eines Faches unter Beachtung der Verbindung von theoretischer Lehre und praktischer Anwendung - und interdisziplinäre Komplexveranstaltungen (IDK), wie "Leitsymptome", "Notfallmedizin", "Arzt und Gesellschaft" und "Arbeits- und Leistungsfähigkeit" als besonders wirksam, praxisorientierte Medizin zu lehren. Lehr- und Forschungspraktika, wie "Medizin auf dem Land" gaben Interessierten die Möglichkeit, sich intensiv mit den Interaktionen von Gesundheit, Krankheit und sozialem Umfeld zu befassen. Das 6. Studienjahr entsprach dem heutigen PJ. Die ärztliche Kompetenz als Nutzung der psychosozialen Reflektion für die Führung und Leitung des Patienten wurde den gesellschaftlichen Intentionen entsprechend gelehrt. Da es sich in der Medizin jedoch ausschließlich um soziale Belange handelte, bestand vom Anliegen her keine Kontroverse zur ärztlichen Ethik. Im Gegensatz zur heutigen Diskussion um das Ausbildungsziel war man sich in der DDR bewußt, daß nur der "disponible", zur Weiterbildung befähigte Arzt

das Ergebnis der Ausbildung sein könne und erklärte die nachfolgende Facharztausbildung für alle Bereiche als obligat.

Am Beispiel der IDK will ich die lehrdidaktischen Überlegungen aufzeigen. Ziel war die Befähigung zur Problembewältigung durch Integration, Rationalität, Befähigung zur Übernahme von Verantwortung und zusammenfassend zur ärztlichen Kompetenz. Dabei wurde unter Beachtung der Lehr-Lern-Spirale (LLS) die ärztliche Kompetenz stetig stärker beansprucht, reichte von der Basissystematik bis zur ärztlichen Heilhandlung, berücksichtigte aber noch nicht die psychosoziale Reflektion (Abb. 2). Auch der IDK Notfall (Abb. 3) war dieser Lernprozeß zugrunde gelegt. Hauptziel war hier die im ärztlichen Beruf häufig erforderliche Fähigkeit zur Sofortentscheidung zu schulen. Dagegen sollte die IDK "Leistungs- und Arbeitsfähigkeit", hier am Beispiel der chronisch ischämischen Herzkrankheit (CIHK) dargestellt (Abb. 4), schon bedeutend stärker die ärztliche Kompetenz in Beziehung zum einzelnen Patienten als sein Anwalt oder auch in der Verantwortung gegenüber der Gesellschaft herausbilden. Zusammenfassend barg die IDK-Ausbildung theoretisch die Potenz zum umfassenden Erwerb ärztlicher Kompetenz (Abb. 5). Vergleichen wir diese Beispiele mit aktuellen Reformbestrebungen für das Medizinstudium, so stellen wir fest, daß Identität besteht.

Die Vorteile dieser Lehrveranstaltungen waren Selektion des Lehrstoffes, Problemorientierung, Praxisrelevanz, Nutzung der

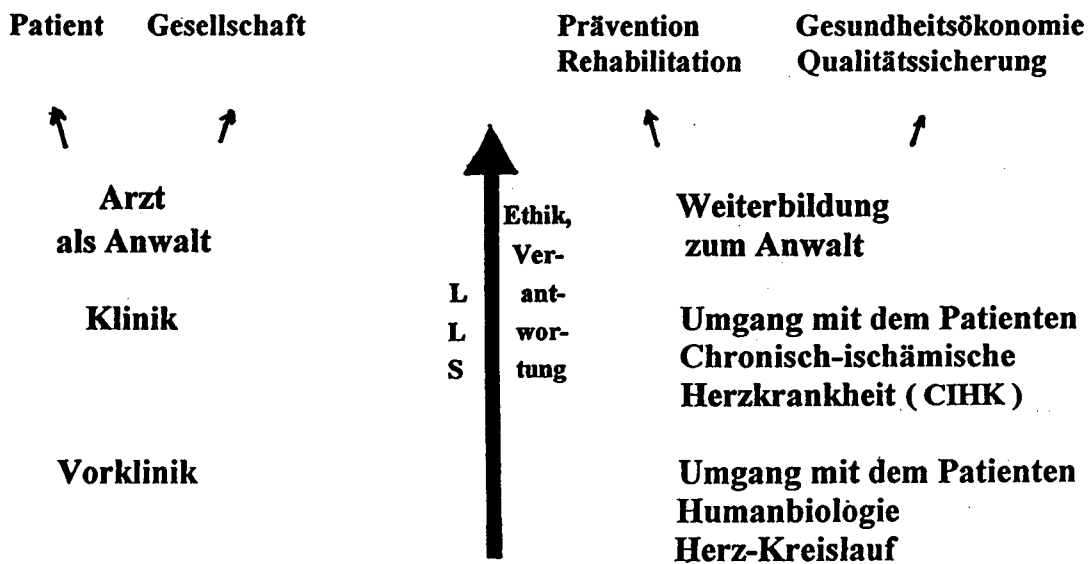
Ärztliche Kompetenz - Sofortentscheidung - IDK - Notfall



Ärztliche Kompetenz = ÄK
Lehr-Lern-Spirale = LLS

Abb. 3

Ärztliche Kompetenz IDK Leistungs- und Arbeitsfähigkeit (Beispiel : CIHK)



LLS = Lehr-Lern-Spirale

Abb. 4

**IDK :
Beitrag zur Ausbildung ärztlicher Kompetenz**

**Allgemeinärztliche Propädeutik
- Basis zur Entscheidung -
IDK Leitsymptome**

**" Der Arzt ist weder Führer noch Deuter
noch Weiser, sondern ist ein Arzt, d.h. kein
Bewirker, sondern Ermöglicher, er steht nicht
über der Entscheidung, sondern mit dem
Kranken in der Entscheidung "**
V. von Weizäcker (1927)

**- Sofortentscheidung -
IDK Notfall**

**- Arzt als Anwalt -
IDK Leistungs- und
Arbeitsfähigkeit**

Abb. 5

**Vernetzung und Community Medicine
Befähigung zur ärztlichen Kompetenz**

- Zukunft -

**Vernetzung
Bereich**

Berufsfelderkundung
Med. Psychologie
Med. Soziologie
Sozialmedizin
Einführung in die klin. Medizin

Allgemeinmedizin
Med. Psychologie
Sozialmedizin
Umweltmedizin

Spezialfächer
Sozialmedizin
Med. Psychologie

Allgemeinmedizin
Spezialfächer
Sozialmedizin

Abb. 6

**Community Medicine
Schwerpunkte**

Umgang mit dem Patienten

Primäre Gesundheitsversorgung
(Prophylaxe, Metaphylaxe,
Rehabilitation)

Patient und Umfeld
(Onkologie, Stoffwechsel-
erkrankungen, Reproduktions-
medizin, Behinderung, Sucht)

Gesundheitssystemforschung
(Organisation, Ökonomie)

Lehr-Lern-Spirale, Reflektion des Wissensstandes und allgemeinärztliches Repetitorium.

Der Mangel bestand noch darin, daß diese Veranstaltungen im Studienablauf zu spät integriert und nur klinische Fächer einbezogen waren, das aktive und situative Lernen noch zu wenig zum Tragen kam und die Verantwortung als Lernmotivation noch weitgehend ungenutzt blieb. Folge war, daß hier ein guter Ansatz, nämlich die Potenz der Methode zur Ausbildung ärztlicher Kompetenz zu gering ausgeschöpft werden konnte.

Zukünftig müssen deshalb solche Lehrveranstaltungen unter gleicher Zielstellung das ganze Studium begleiten. Wie hier spät erkannte Fehler müssen rechtzeitig durch Prozeß- und Ergebnisevaluation erkennbar gemacht werden. Die Lehrmethoden sind durch Ringvorlesungen mit Diskussionen, Kleingruppenausbildung unter verstärkter Nutzung des learning by doing, auch unter Nutzung von Phantomen und Multimediaprogrammen, durch verstärktes situatives Lernen und durch Hinführung zur bewußten Übernahme von Verantwortung erweiterungsfähig.

Gegenwärtig schließen wir die Umstrukturierung des Medizinstudiums gemäß der 7. ÄAPPO ab. Diese läßt Freiräume der Gestaltung nur innerhalb der vorgegebenen Prüfungszwänge zu. Trotzdem gelingt es, bisher Bewährtes und Zukunftsorientiertes bereits mit zu integrieren. Das betrifft z. B. die IDK, das Hausbesuchsprogramm, die Blockpraktika und die Ringvorlesung Community Medicine.

Das Konzept für die Zukunft zur besonderen Erlernung der ärztlichen Kompetenz an der Medizinischen Fakultät der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald ist aus der Abb. 6 ersichtlich. Die Vernetzung der Fachgebiete und die Community Medicine als Schwerpunkt zur Erlangung ärztlicher Kompetenz werden die Studenten vom Eintritt in das Studium bis zum Examen begleiten. Dabei wird fachlich voll dem Anliegen der jeweiligen Approbationsordnung entsprochen, zusätzlich aber ein Spezifikum, wovon jede Fakultät eines für sich in Anspruch nehmen sollte, verwirklicht.

Der wohlgemeinten Überlegungen gibt es also viele. Sie alle werden irgendwann in einer administrativen Form den Studienverlauf lenken. Trotzdem wird damit allein keine gute Lehre zu erzielen sein. Verantwortlich für die umfassende Erfüllung seines Lehrauftrages bleibt letztlich jeder Hochschullehrer selbst.