

Berufsbild und Bildungsplanung Fachdidaktisch adäquate medizinische Bildung in Zeiten der Globalisierung

von Robert D. Schäfer, Axel Schmidt, Dagmar David

Dr. Robert D. Schäfer
Ärzttekammer Nordrhein,
Düsseldorf, Deutschland



Prof. Dr. Axel Schmidt
Ärzttekammer Nordrhein,
Düsseldorf, Deutschland



Dr. Dagmar David, MPH
Ärzttekammer Nordrhein,
Düsseldorf, Deutschland



»Der ärztliche Beruf ist wunderlicher Natur, und immer wieder haben geistvolle Köpfe darüber nachgedacht, was eigentlich an diesem Gemisch von Wissenschaft, Kunst, Handwerk, Liebestätigkeit und Geschäft das Wesentliche ist.«¹

Anlässlich des ersten Medizinrechtstags in Köln im Oktober 2008 zitierte Herr Prof. Dr. med. Dr. h. c. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer und der Ärztekammer Nordrhein, diese Aussage des Medizinhistorikers Hermann Kerschensteiner (1873–1937).

Derartige Betrachtungsweisen finden sich auch in anderen wohl-reflektierten korrespondierenden philosophischen Betrachtungen, wie beispielsweise in Karl Theodor Jaspers (1883–1969) Traktat »Arzt und Patient« wieder².

Folgt man der ärztlichen Berufsbeschreibung Kerschensteiners, so liegt die Frage nahe, auf welchem Weg dieses so beschriebene Bild ärztlicher Profession durch medizinisch-ärztliche Bildung erreichbar sei. Ferner führt die Ausdifferenzierung der ärztlichen Profession durch die Facharztweiterbildung dazu, dass sie eine Pluralität späterer beruflicher Ausgestaltungsmöglichkeiten erlaubt, die zwar scheinbar durch die allen gemeinsame Approbation als Arzt verbunden ist, aber unterschiedlichste Facetten einer potentiellen Berufsausübung, selbst außerhalb ärztlichen Handelns beziehungsweise der Medizin im engeren Sinne, präsentiert.

Zu der definitorischen Problematik von Berufsbildern in der Medizin und im ärztlichen Handeln gesellt sich weiter, dass die Ausübung der ärztlichen Profession dem Imperativ untersteht, ständig den allgemein als anerkannt geltenden Fortschritt zu implementieren und insoweit kein adiabatisch abgeschlossenes Konstrukt darstellt. Dies ist sicherlich kein exklusives Spezifikum der Medizin und ärztlichen Berufsausübung als Disziplin per se; grundsätzlich gilt für alle Wissenschaften, dass der gegenwärtige Stand der gängigen Praxis und Technik – oft auch unreflektiert als Erkenntnis bezeichnet – stets vorübergehender Natur ist. Geht man von der Überlegung aus, dass eine medizinische Ausbildung im Regelfall im Alter von 25 Jahren abgeschlossen ist, ergibt sich eine geschätzte »Verwertungszeit« des im Studium erworbenen Fachwissens von circa 40 Jahren.

Ein solcher Zeitraum ist angesichts des Fortschritts in der Medizin nicht ohne kontinuierlichen zusätzlichen Wissenserwerb, Kompetenzerwerb, Bewusstmachungsprozesse bezüglich emotionaler Intelligenz und einer autopoietischen Maturation der Einstellung des Arztes zum »Adressaten« dieser Heilkunst, dem Patienten, denkbar. Das »sapere aude«, ein Zitat aus den Episteln des Dichters Horaz (I,2,40; Dimidium facti, qui coepit, habet: Sapere aude, incipe.), das sich bei Kant im Rahmen der »Beantwortung der Frage: Was ist Aufklärung« als Wahlspruch der Aufklärung rezitiert findet, gibt uns die Richtung vor, diesen Anforderungen wirksam begegnen zu können.

Radikale Paradigmenwechsel in der Medizin stellen eher eine Gefahr dar, und es liegen bisher kaum gesicherte Auffassungen darüber vor, wie mit einem kontinuierlichen, zielgerichteten Wechsel mit

geeigneten didaktischen Mitteln zielführend und nachhaltig Veränderungen induziert werden können. Sicherlich etablieren sich derzeit neue Forschungseinrichtungen für medizinisch-ärztliche Bildungsforschung, aber Medizin und ärztliche Heilkunst sind eine »Grenzwissenschaft« zwischen biomedizinischer und geisteswissenschaftlicher Erkenntnisfindung mit experimenteller und empirischer Methodologie. Zu allem gesellt sich die extrem bedeutsame interpersonelle Ebene der Arzt-Patientenbeziehung mit der bisher nur spärlich betrachteten und verstandenen »Droge Arzt«.

In einem Beitrag aus dem Jahr 2006 wendete ich mich besonders Überlegungen zur ärztlichen Fort- und Weiterbildung zu. Es erschien mir wesentlich darzustellen, wie Bildungsinhalte bedarfsgerecht vermittelt und internalisiert werden können. Damals war ein wesentlicher Aspekt die Verpflichtung zum Nachweis stattgehabter fachkompetenter Fortbildung und deren Nutzen für die ärztliche Patientenversorgung. In einer Analyse des Fortbildungsverhaltens in Deutschland stellte ich dar, dass in der Medizin das Angebot von Fortbildung und dessen Inanspruchnahme nach wie vor von der Methodologie des Frontalvortrages geprägt ist³. Kann ein derartiges Lehr- und Lernverhalten heutzutage noch den didaktischen Ansprüchen eines qualitativ hochwertigen, zeitgemäßen medizinisch-ärztlichen Bildungsangebotes genügen? Schwerwiegende Bildungsdefizienzen beobachten wir zudem, wenn die korrespondierenden Dozenten nicht hinlänglich reflektieren, welches Wissen oder welche Kompetenzen denn überhaupt ihr ihnen aufgetragenes Ziel der Vermittlung sind.

Die Bundesärztekammer hat Qualitätskriterien für e-Learning-Angebote definiert⁴, die zu herkömmlichen Bildungsangeboten fachlich komplementär sind und sich zudem auf diese übertragen lassen. Das Thema der Einflüsse durch Anwendung der Informationstechnologie in der Medizin ist in diesem Beitrag beschränkt auf die medizinische Aus-, Weiter- und Fortbildung. Es soll hier plakativ als Appell zum Einsatz derselben annonciert werden.

Die zentralen Bildungseinrichtungen in der Medizin, also die gesundheitswissenschaftlich-medizinischen Fakultäten der Universitäten und die Weiterbildungsstätten in den Krankenhäusern und weiteren Versorgungseinrichtungen in der Medizin sind gehalten, die Möglichkeiten der Informationstechnologie im Prozess einer zeitgemäßen Lehre in der Medizin zügig proaktiv zu implementieren. Im Bereich der Lehre in den Grundlagenwissenschaften der Medizin ist e-Learning eine effiziente wie auch effektive fachdidaktische Methodologie, die durch ihre Individualität und Plastizität persönliche terminliche Dispositionsfreiräume erweitert und damit auch der so genannten »work-life balance« entgegenzukommen vermag. Es bedarf sicherlich einer kritischen Evaluierung, welche Lehr- und Lerninhalte fachdidaktisch durch e-Learning gut vermittelbar sind, und wo die Limitationen liegen. Wäre e-Learning beispielsweise eine geeignete Methode für differentialdiagnostische Schulungsprogramme, und wie geeignet wäre diese Methode beispielsweise im Rahmen der Kompetenzerweiterung im Bereich der »Liebestätigkeit«, um das einleitende Zitat von Kerschensteiner erneut aufzugreifen?

In diesem Beitrag greife ich speziell die Begrifflichkeit der »formation professionelle« – wie Weiterbildung im Französischen genannt wird – unter dem Aspekt des ermittelbaren Bedarfs auf. Die Begrifflichkeit »formation professionnelle« implementiert ausdrücklicher als die deutschsprachigen intersprachlichen Synonyme, dass die Profession, Ärztin oder Arzt zu sein, bedeutend mehr ist, als lediglich einen erlernten Beruf auszuüben. Auch wenn das Hauptaugenmerk im Studium auf der fachlichen Wissensvermittlung liegt, so ist das Ziel des Studiums gemäß § 1 der deutschen Approbationsordnung für Ärzte »der wissenschaftlich und praktisch in der Medi-

zin ausgebildete Arzt, der zur eigenverantwortlichen und selbständigen ärztlichen Berufsausübung, zur Weiterbildung und zu ständiger Fortbildung befähigt ist«. Die im Studium gelegte Basis soll dann durch eine vertiefende Weiterbildung in einem anerkannten ärztlichen Fachgebiet Ärztinnen und Ärzte dazu befähigen, die Heilkunst in ihrem Fach eigenverantwortlich auszuüben.

Nach qualitativer Darlegung der Optionen und auch Limitationen ärztlicher Ausbildung gilt es zudem zu bedenken, dass in einem intakten Gesundheitssystem in toto die Anzahl kompetenter Ärztinnen und Ärzte dem ärztlichen Versorgungsbedarf des Systems quantitativ wie auch kapazitiv entsprechen muss. Die dafür geltenden Kriterien, die das adäquate Verhältnis zwischen Bedarf und Versorgungsangebot abbilden müssen, wurden bisher in Deutschland keinem ausreichend qualifizierten und besonders auch moralisch sauber reflektierten Diskurs zugeführt. Politische und monetäre Aspekte sind im Wesentlichen derzeit die Rationale für aktuelle, sprunghafte Interessenserwägungen, Reformen und Verzweiflungstaten.

ÄRZTEMANGEL UND BILDUNGSPLANUNG

Seit einigen Jahren wird in Deutschland ein drohender beziehungsweise bestehender Ärztemangel beklagt. Betrachtet man die Entwicklung der Gesamtzahl aller Ärztinnen und Ärzte in Deutschland, so rechtfertigt diese die aktuelle Verwendung des Begriffs »Ärzte-

Abstract

OCCUPATIONAL PROFILE AND EDUCATIONAL PLANNING. SUBJECT DIDACTICALLY ADEQUATE MEDICAL EDUCATION IN TIME OF GLOBALISATION

Medicine is a discipline that does not fit into a scheme facilitating the understanding of its components and therefore presents a variety of problems when being taught to students as well as to qualified doctors in postgraduate training. In addition to these principal problems presented by medicine as a science it is difficult to define criteria-enabling decision makers to quantify the need for a sufficient number of qualified specialists in various specialties.

The current situation in Germany is characterised by an uncontrolled number of specialists that are in postgraduate training which they have chosen without solid criteria concerning the need and the appropriateness of this specialty.

There is no controlled distribution of human resources supply based on arguments that have been validated by a common discourse deserving respect from the majority of groups concerned in society.

In view of the fact that there is no definite answer to the question of how many health professionals are needed in a given (national) setting, it is nevertheless mandatory to approximate these figures as closely as possible. The migration of experts in many fields due to EU regulations should be respected.

Information technology (IT) induces changes in academic sciences favouring a trend to rationalise medicine. IT can support teaching in medicine making the learning process more efficient. A major problem is and will be the latent period between the awareness of a problem and its correction by educational means.

Modelling the interrelationship between teaching capacities and its effect on medical care is deemed to be a topic deserving more attention among medical scientists. It is recommended to intensify the dialogue on these topics to improve the relationship between medical care and the teaching processes that are needed to produce the professionals practising in medicine.

mangel« nicht. Es gilt zu bedenken, dass vor etwa 15 Jahren bei deutlich geringerer Ärztezahle eine drohende ärztliche Arbeitslosigkeit in Deutschland mit mehr als 30.000 arbeitslosen Ärztinnen und Ärzten prognostiziert wurde. Stellt man einen internationalen Vergleich an, ist die Arztdichte in Deutschland überdurchschnittlich hoch mit etwa doppelt so hoher Arztdichte im Vergleich zu Ländern wie den USA, Japan oder Großbritannien.

Bezieht man Phänomene wie die Tarifarbeitszeitentwicklung oder den zunehmenden Anteil berufstätiger Ärztinnen an der (Gesamt-) Ärztezahle in die Betrachtung mit ein – was immer wieder von nicht unbefangener Seite vorgetragen wird – so ergibt sich zwar ein erhöhter »Nachwuchsbedarf«, dieser ließe sich jedoch abfangen, wenn man ihn transparent macht und nachvollziehbar quantifiziert. Aber dieses ist augenscheinlich nicht erklärtes Ziel. Es fehlt somit eine prädiaktive medizinisch-ärztliche Bildungsplanung, die den prospektiven – mit allen Einschränkungen der Vorhersehbarkeit behafteten – Bedarf an Absolventen des Medizinstudiums abzuschätzen vermag.

Aber auch eine wohlreflektierte Bildungsplanung wird nie eine Gewähr dafür geben können, dass sie das im kontinuierlichen Wandel befindliche Ziel mit einer angemessenen Kapazitätenplanung für qualifizierte Berufsangehörige prognostizieren kann. Morbiditätsorientierte Kapazitätsberechnungen hängen von Interventionsmöglichkeiten ab, die fortschrittsabhängig undulieren und damit nur bedingt kalkulierbar sind. Dem gegenüber zeichnet sich unter Begriffen wie Telemedizin oder Telematik im Gesundheitswesen eine Entwicklung von absehbaren und/oder bereits eingetretenen Fortschritten in der Medizin ab, die bereits einen begrenzten Grad von Versorgungsrelevanz besitzen, in ihrem Bedeutungsgrad rapide wachsen und sich effizienzsteigernd auswirken. Man denke beispielsweise an die Telemedizin im Bereich bildgebender/visueller Verfahren.

Jegliche Interventionen im Bildungswesen zeigen initiale Behinderungsängste mit dem Neuen und Phasen der Latenz. Diese Latenz ist zu Beginn größtenteils durch die Zeit bis zur Internalisierung der Notwendigkeit der Korrektur eines anpassungsbedürftigen Zustandes bedingt, wobei es anfänglich einer ausreichend hohen Aktivierungsenergie bedarf, um einen etablierten Zustand als anpassungsbedürftig zu internalisieren. Danach bedarf es der Festlegung geeigneter erscheinender Maßnahmen und deren Umsetzung. Schließlich vermag erst die Überprüfungsphase festzustellen, ob die erwünschte Wirkung auch tatsächlich erzielt wurde. Da es sich meist um fachlich komplexe vernetzte Vorgänge handelt, die zudem noch einem hohen politischen Einfluss unterliegen, kommen die durch politische Argumente gestützten Bedenken noch als schwer einschätzbare paralysierende Unwägbarkeiten hinzu. Als nachteilig erweist sich dabei ferner, dass zwischen einem erkannten Mangel und dessen erfolgreicher Behebung Zeiten liegen, die politische Legislaturperioden oft um ein Mehrfaches überschreiten. Vorhandene Kapazitäten und Individualinteressen entfalten dann leicht eigenständige Wirkungen, und wir fallen ad rem in Prozesse unvorhersagbarer und oft kontraproduktiver Autopoiese.

MODELLÜBERLEGUNGEN

Dennoch ist es sinnvoll und auch möglich, Gesetzmäßigkeiten zu untersuchen, mit denen sich Kapazitäten und Kompetenzen motivierter Menschen kultivieren und gegebenenfalls vice versa auch restrukturieren lassen. Nehmen wir dazu bei einer modellhaften, vereinfachten Betrachtung der Ärzteschaft an, dass alle Geburtsjahrgänge gleich stark sind und nach der Approbation eine 40jährige Berufstätigkeit folgt. Dies führt zu einer rechnerischen Größe von jährlich 2,5% aller Ärztinnen und Ärzte pro Jahr, die ersetzt werden müssen, um die Gesamtzahl der Ärzte konstant zu halten. Bei einer durchschnittlichen Weiterbildungsdauer von 6 Jahren wären dann immer 15% (6 x 2,5%) der Ärztinnen und Ärzte in einem Fachgebiet in der Weiterbildungsphase. Somit kann mit einer Weiterbildungsquote von 15% eines Fachgebietes – eine sechsjährige Weiterbildung hypothetisch zu Grunde gelegt – die Zahl der Fachgebiets-

angehörigen konstant gehalten werden. Steigt oder sinkt die Anzahl der in Weiterbildung Befindlichen bezogen auf die Gesamtzahl, so ändert sich die Gesamtzahl um den entsprechenden Prozentsatz. Abgänge aus dem Bestand, die ober- oder unterhalb der Quote von 2,5% pro Jahr liegen, verringern oder erhöhen den Bestand entsprechend. Ärztinnen und Ärzte, die eine Weiterbildung abschließen, sind in diesem Beispiel circa 31 Jahre alt und damit noch rund 34 Jahre in diesem Fachgebiet ärztlich tätig.

Wenn nun in einem Zeitraum von 10 bis 20 Jahren maßgebliche Effizienzsteigerungen durch Fortschritte der Medizin wirksam werden, erweist sich ein ärztliches Personalmanagement vor dem deutlich längeren zeitlichen Horizont der ärztlichen Lebensarbeitszeit von etwa 40 Jahren als problematisch. Dieses verdeutlicht, dass in einer ausschließlich perfektionistischen Planomanie nicht die Lösung des Problems der Über-, Unter- und/oder Fehlversorgung im Gesundheitssystem erwartet werden darf.

FAZIT

Wie können wir ausreichende Kapazitäten für die Bildung qualifizierter Ärztinnen und Ärzte schaffen?

Diese Thematik zu adressieren erweist sich allein aufgrund der hohen Kosten, die ein Medizinstudium verursacht, als geboten. Nach Schätzungen von Wirtschaftsinstituten und Eigenberechnungen der gesundheitswissenschaftlich-medizinischen Fakultäten geht man in Deutschland von Kosten in Höhe von etwa 250.000 Euro pro abgeschlossenem Medizinstudium aus. Die wechselseitige Anerkennung der Diplome und Bildungszertifikate im Hoheitsgebiet der EU versagt es ferner, eine national orientierte Bildungsplanung anzustellen, wenn als erklärtes Ziel der europäischen Einigung die internationale Flexibilisierung der Ärzteschaft unter gegenseitiger Anerkennung erworbener Bildungsabschlüsse angestrebt wird. Kapazitätsüberlegungen müssen sich von daher über das gesamte Hoheitsgebiet der EU erstrecken. Waren noch vor 15 Jahren die ärztlichen Migrationsraten innerhalb der EU mit einer Größenordnung von 1-3% zu veranschlagen, so beobachten wir zurzeit Migrationsraten, die fachbezogen zweistellige Prozentzahlen erreichen.

Die wechselseitige Anerkennung der Berufsqualifikationen in der EU setzt überdies voraus, dass die in der Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates über die Anerkennung von Berufsqualifikationen genannten Berufsqualifikationen in der Medizin zumindest zu einem gewissen Teil als äquivalent angesehen werden dürften, was jedoch einer detaillierteren Evaluierung bedarf.

Zusammenfassend ist für den Moment zumindest im Bereich der angesprochenen Grundlagenwissenschaften der Medizin damit eine Harmonisierung der Lehr- und Lerninhalte unter Nutzung zeitgemäßer didaktischer Methoden, wie sie das e-Learning darstellt, umzusetzen.

Ferner sollte der Einstieg in einen fair geführten Diskurs erfolgen, der die langfristigen Folgen von Planungen im Sinne eines »Human Resources Management« in der Medizin transparent macht. ■

- 1) Hoppe J.-D. (2009) »Die Patient-Arzt-Beziehung im 21. Jahrhundert« in »Das Bild des Arztes im 21. Jahrhundert« Katzenmeier Ch., Berdolt K. (Hrsg.), Springer: Berlin, Heidelberg, 2009, S. 1–7
- 2) In: Karl Jaspers: Vernunft und Freiheit – Ausgewählte Schriften, Europäischer Buchklub: Stuttgart, Zürich, Salzburg, 1960, S. 392–411
- 3) Rothhoff T, Baehring T, David D.M, Bartnick C, Willers R, Linde F, Schäfer R.D, Scherbaum W.A: Angebot und Fortbildungsverhalten bei der Continuing Medical Education (CME) im Bereich der Ärztekammer Nordrhein; Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen; Online publication complete: 21-DEC-2009 DOI information: 10.1016/j.zefq.2009.11.002 -in press-
- 4) Bundesärztekammer (2010) Qualitätskriterien eLearning der Bundesärztekammer www.e-health-com.eu/fileadmin/user_upload/dateien/Downloads/eLearning-Kriterien.pdf Zugriff 23.06.2010