

BERICHTE

DER 12. JAHRESKONGRESS DER AMEE VOM 14. BIS 16. SEPTEMBER 1982 IN PRAG

F.C. Bleys, Utrecht, und H.J.M. van Rossum, Leiden

Der 12. Kongress der AMEE fand vom 14. bis 16. September 1982 in Prag statt; in der "goldenen" Stadt! Jedoch nicht die große Schönheit dieser Stadt motivierte die AMEE für Prag, sondern der Wunsch, die sozialistischen Staaten stärker in die Arbeit der AMEE einzubeziehen. Daß dafür in ein Ostblockland gegangen werden muß, illustriert die Problematik: Nur hinter dem eisernen Vorhang sind Kontakte dieser Art mit Kollegen aus den sozialistischen Ländern möglich; ein laufender freier Austausch von Ideen und Personen wie im Westen ist nicht möglich. Die Vorstellung, daß ein AMEE-Kongress so etwas zu fördern vermag, ist eine Schimäre. Deshalb sei die Frage gestattet, ob AMEE-Konferenzen in sozialistischen Ländern überhaupt sinnvoll sind, zumal der Tourist aus dem Westen manchen Schikanen zum Opfer fallen kann.

Prag ist wirklich sehr schön. Aber man sollte es möglichst bald besuchen, denn es scheint dem Verfall preisgegeben zu sein. Die wunderbare hochbarocke Loreto-Kirche ist bereits baufällig, und die Villa, in der Mozart Don Giovanni komponierte, beginnt bereits zu zerfallen.

Nun verfolgt die AMEE - mit Unterstützung der WHO - nicht nur wissenschaftliche, sondern auch politische Ziele. Das muß man wissen, bevor man voller Hoffnungen an einer AMEE-Konferenz teilnimmt. Ihre jährlichen Tagungen sind kein Forum für den Austausch von Neuigkeiten, sie sind vielmehr Bestätigungen von bereits Erreichtem und geben die flüchtige Skizze eines Zukunftsbildes. Da es jahraus, jahrein ähnlich abläuft und einige Vorträge sich nicht wesentlich von denen des vorangegangenen Jahres unterscheiden, verlieren einige Experten allmählich das Interesse an den AMEE-Konferenzen. Dem Anfänger verschaffen sie allerdings einen guten Überblick über die medizinische Ausbildung.

Einer der beiden Autoren dieses Berichtes besuchte kurz nach der AMEE-Konferenz den Schwesterkongress in den Vereinigten Staaten (AAMC). Dort war es ganz anders: Ein gigantischer Informationsaustausch mit häufig mehr als sechs parallelen Sitzungen, Diskussionen und nicht nur Vorträge und eine unabsehbare Ausstellung mit vielen Aspekten des medizinischen Unterrichts sind ein Eldorado für den jüngeren Dozenten oder Wissenschaftler!

Der AMEE-Kongress in Prag wurde in der jahrhundertalten Karls-Universität abgehalten. Die Eröffnungszeremonie verursachte ein leichtes Schaudern: Die "Autoritäten" schritten unter Orgelbegleitung feierlich in die Aula ein und plazierten sich auf einer hochgelegene Tribüne; es wirkte wie eine Tagung des obersten Sowjets. Zum Glück konnte man diesen Eindruck gleich wieder vergessen während einer herrlichen, geradezu einmaligen Ausführung des Amerikanischen Streichquartetts von Dvorak. Auch im weiteren Verlauf war der Kongress eingerahmt von Musik und anderen künstlerischen Genüssen, wie z.B. einem Besuch in der Nationalgalerie für tschechische Malerei des 19. Jahrhunderts im ehemaligen Agneskloster.

Das Kongressthema lautete: Komponenten der Basisausbildung in der Medizin. Der Präsident der AMEE, Professor Walton, schilderte in seiner Einleitung die Dringlichkeit von Entscheidungen, vor welche die medizinischen Ausbildungsstätten heute gestellt sind: Entweder sich den Wünschen der Öffentlichkeit anzupassen, oder aber blind in der bisherigen Weise fortzufahren mit dem Risiko, daß die Öffentlichkeit in kurzer Zeit selbst die Ziele der medizinischen Ausbildung bestimmt. Noch immer werden Medizinstudenten krankheitsbezogen ausgebildet, obwohl die Orientierung vermehrt auf die Gesundheit und somit auf die Prävention ausgerichtet sein sollte. Ein spezielles Problem bildet die Frage, wie die Ausbildung von Anfang an praxisnah gestaltet werden kann.

Der tschechische Kinderarzt Houstek berichtete von der Fakultät für Kinderheilkunde*) in Prag: Diese Fakultät bietet zwar eine allgemeine medizinische Ausbildung, aber sie bereitet besonders auf pädiatrische Aufgaben und aufgrund ihrer Integration in das Gesundheitssystem vor allem auf präventive Aufgaben vor. Jeder Absolvent ist später verantwortlich für die Gesundheit aller Kinder in seinem Bezirk oder Ort, ob sie nun krank sind oder nicht. Strebt er eine Krankenhausstätigkeit an, ist eine weitere praktische Weiterbildung erforderlich. - Bemerkenswert ist, daß beim Entwurf des Curriculum in der Tschechoslowakei dieselben Probleme eine Rolle spielten wie im Westen, nämlich Widerstand gegen Erneuerungen und blinde Verteidigung des eigenen Fachgebietes.

Oriol Bosch, der ehemalige Professor für experimentelle Endokrinologie an der Universität Madrid und jetzige Beauftragte für die Entwicklung der medizinischen Ausbildung in Barcelona, resumierte die möglichen Reaktionen, wenn Erneuerungen für ein herkömmliches Curriculum vorgeschlagen werden. Erstens: schlicht "nein". Diese Antwort ist zu erwarten in alten Universitäten mit großem Ansehen, deren Absolventen leicht eine gute Position erhalten können. Zweitens: "nein, es sei denn...". Der oft gehörte Einwand in diesem Fall lautet, daß das bereits bestehende Curriculum nicht erweitert werden darf und daß Fachgebiete mit einem wissenschaftlichen oder historischen Wert nicht gefährdet werden dür-

fen. Drittens: "ja, aber...". Dann werden bei Erneuerungen Möglichkeiten gesehen, um das eigene Fachgebiet weiter auszudehnen, z.B. um mehr Personal zu erhalten. Oriol Bosch gab drei Methoden an, um Innovationen in ein herkömmliches Curriculum einzubringen: 1. Verschiedene Fachgebiete werden für einen interdisziplinären Kursus verantwortlich gemacht, so daß keiner den Kursus für sich allein beanspruchen kann. 2. Im Rahmen personeller Veränderungen werden z.B. Stellen konservativer Professoren nach deren Ausscheiden durch solche Professoren besetzt, die für Innovationen aufgeschlossen sind. 3. Die ganze Universität wird in ein Projekt für die Gesundheitsversorgung einbezogen. Dieses soll nach Oriol Bosch die besten Möglichkeiten für eine Veränderung bieten. Man muß sich allerdings fragen, ob diese dritte Möglichkeit nicht als ein zu hohes Ideal angesehen werden muß, insbesondere solange die zwei zuerst genannten Ansätze noch nicht verwirklicht sind.

Areskog aus Linköping (Schweden) berichtete von einem experimentellen Curriculum, das aus Blockkursen besteht, bei denen verschiedene von mehreren Berufsvertretern angeboten werden können, z.B. Vertretern der Medizin, der Physiotherapie und der Krankenpflege. Das hat sich nicht nur effizient erwiesen, sondern fördert auch das Verständnis zwischen den Berufen. Er achtet dabei besonders auf die Erreichung eines einheitlichen Eingangsniveaus und eines flexiblen Übergangs vom Studentsein bis zur Professionalität.

Professor Lopukhin aus Russland verursachte Heiterkeit mit seiner Lösung für das Problem der Auseinandersetzung zwischen praktischen und wissenschaftlichen Tätigkeiten in der Medizin. Sein Vorschlag ist eine rücksichtslos durchgeführte Spaltung zwischen Praxis und Wissenschaft. In einer speziellen Fakultät werden Studenten zum biologisch-wissenschaft-

*) Zu den fünf medizinischen Fakultäten der Karls-Universität gehören die Allgemeine Medizinische Fakultät, die Fakultät in Kinderheilkunde und die Fakultät für Hygiene in Prag, außerdem die medizinischen Fakultäten in Pilsen und Königgrätz. Weitere fünf medizinische Fakultäten gibt es in Brünn, Olmütz, Preßburg und zwei weiteren slowakischen Städten. Alle Fakultäten vermitteln einen kompletten medizinischen Studiengang.

lichen Medicus ausgebildet, mit den drei Hauptrichtungen: Biophysik, Biochemie und Kybernetik. Die Absolventen werden in Kliniklabore geschickt, u.s.w.. Sie sind ganz zugeschnitten auf das Erfordernis eines neuen geplanten Gesundheitssystems.

Ganz im Gegensatz zu Lopukhin standen die Ausführungen von Forgacs aus Budapest. Er sieht in der Heranführung an Verantwortlichkeit für den Patienten und auch für die Gemeinde das Schwergewicht des medizinischen Curriculums. Problematisch ist dabei, daß vorklinische Wissenschaftler den Studenten diese Verantwortlichkeit nicht lehren und Kliniker, die vorwiegend wissenschaftlich orientiert sind, ebenfalls nicht. Für Kliniker auf dem Gipfel der Machtpyramide besteht häufig eine geringere direkte Verantwortlichkeit für den Patienten und eine größere für technische Angelegenheiten. Forgacs gab Beispiele, wie seine Studenten bereits während des ersten Jahres in direkten Kontakt mit dem Patienten treten, zunächst als Pfleger, und wie ihre Verantwortlichkeit mit den Jahren zunimmt. - Interessant wäre sicherlich eine Diskussion zwischen Lopukhin und Forgacs gewesen, aber sie kam leider nicht zustande.

D'Ivernois aus Bobigny bei Paris gab einen Überblick über verschiedene Möglichkeiten der Integration eines Curriculums. Er unterschied 1. eine horizontale Integration (z.B. zwischen Anatomie und Physiologie), 2. eine vertikale Integration (z.B. zwischen Anatomie und Chirurgie) und 3. eine problemorientierte Integration (Lösen angebotener Probleme durch die Studenten unter Einbeziehung aller jeweils betroffenen Fachgebiete). Bei der Integration sollte immer die Frage obenan stehen, was eigentlich integriert worden ist, das Studium oder die Dozenten. Eine vertikale Integration ist wegen der geringen Anpassungsfähigkeit der Spezialisten meistens sehr schwierig.

Guilbert von der WHO in Genf betonte mit Nachdruck, daß durch eine quantitative Verlängerung der Mediziner-Ausbildung bzw. Weiterbildung keine qualitative Verbesserung der ärztlichen Kompetenz zu erwarten ist. Notwendig sind vielmehr strukturelle Veränderungen, und zwar bereits während der Ausbildung. Hier sind die Prüfungen viel zu stark auf das Abfragen von Wissen und viel zu wenig auf eine Überprüfung der praktischen Kompetenz ausgerichtet.

Metcalf aus Manchester in England gab dem praktischen Arzt (er sprach von "primary care") einen zentralen Platz im medizinischen Unterricht, da nur er die Brücke zwischen den Anforderungen einer sich wandelnden Gesellschaft und den Möglichkeiten einer wenig flexiblen und teuren Krankenhaus-Medizin der Spezialisten bilden kann. Schematisch erläuterte er dies mit anschaulichen Abbildungen. Zwischen der Burg der Krankenhausmedizin und der amöbenartig sich wandelnden Gesellschaft befindet sich die primary care. Der praktische Arzt hat als Dozent den Vorteil, daß er "preiswert", nicht autoritär und daher flexibel ist. Er befindet sich im soziomedizinischen Übergangsgebiet. Wenn "primary care" als Schwerpunkt im frühen Curriculum stünde, würde sie bei den Studenten die zu frühe Planung einer Karriere in eine bestimmte eingeschränkte Richtung verhindern. Eine Veröffentlichung findet sich in Medical Education 18 (1984) 147-150.

Die Show stahl Prywes aus Beer Sheva in Israel. Er ist - trotz des Handikaps durch eine Stimmbandlähmung ein begnadeter Redner und ein hinreißender Erzähler, obwohl oft eine Argumentation fehlt und Zeitüberschreitung seine durchschlagenden Botschaften beeinträchtigt. (Übrigens spricht für die große diplomatische Begabung des Vorsitzenden der AMEE, daß Israelis-Visa für ein Ostblockland erhalten hatten.) - Prywes stellte zwei Themen in den Mittel-

punkt seiner Ausführungen. Erstens: die medizinische Ausbildung als Resultate von Einflüssen aus der Universität, der Gesellschaft und der Regierung zu akzeptieren. Dabei plädierte er für eine Ausbildung, die inhaltlich bestimmt wird durch Wissenschaft und Technologie, durch deren soziale und menschliche Implikationen sowie durch politische Machtfaktoren, und zwar unter anderem durch die öffentliche Meinung (!). Drei Bereiche können im Curriculum unterschieden werden: die klinische Wissenschaft, die Grundlagenforschung und die Gesundheitspflege. Das zweite Thema betraf die Forderung, daß die Fakultäten ihren Unterricht auf die beiden folgenden Prinzipien gründen sollten: Anerkennung der wissenschaftlichen Neugier der Studenten und Wecken deren eigener Verantwortlichkeit vom ersten Tag an. - Prywes wiederholte bei sich bietender Gelegenheit auch seine berühmten Schlagworte, wie z.B. "Festigt nur die guten Elemente im bestehenden Curriculum, welchen Fachgebieten sie auch angehören mögen." "Je mehr man verändert, desto mehr bleibt alles daselbe." "Zieht den Studenten mit ein in die Unterrichtsinnovation, denn nicht der Entwurf ist wichtig, sondern die Ausdauer, und dabei sind die Studenten unentbehrlich."

Während des Kongresses tagten acht Arbeitsgruppen. Einen Bericht darüber hat Parkhouse inzwischen (1984) in "Medical Education" veröffentlicht (Band 18, S. 52-54). Erwähnt sei an dieser Stelle die Aussage der Gruppe über Forschung. Sie vertrat die Meinung, daß Forschungsmethodologie im medizinischen Curriculum - theoretisch wie praktisch - einen festen Platz erhalten sollte. Außerdem wurde gefordert, den Arbeitsgruppen künftig mehr Zeit zur Verfügung zu stellen.

Dr. F.C. Bleys, Afdeling onderzoek en ontwikkeling van het medisch onderwijs van de faculteit der geneeskunde, Bijlhouwerstraat 6, NL 3511 ZC Utrecht