

## Thesen zur integrierten Ausbildung in der Humanmedizin

Erika Baum

Med. Zentrum für Methodenwissenschaften und Gesundheitsforschung, Philipps-Universität Marburg

**Zusammenfassung:** In zehn Thesen zur Ausbildung in der Humanmedizin wird dargelegt, dass berufsqualifizierende und wissenschaftliche Ansätze zu integrieren sind. Neben hochspezialisierter Medizin müssen die Aspekte der Basisversorgung, Public Health und Rehabilitation ausreichend berücksichtigt werden. Schwerpunkt sollten fachübergreifende Aspekte sein, die in der Weiterbildung vorausgesetzt werden und dort keine Ausbildungsschwerpunkte mehr sind. Hierfür sollten integrierte Kommunikations- und Versorgungssysteme etabliert werden.

**Theses on an Integrated Training in Human Medicine:** Ten theses on medical education describe the necessity of fundamentally integrating professional medical competence with scientific competence. Modern high-tech, highly specialized medicine has unfortunately obscured the importance of placing on an equal standing primary care, public health and rehabilitation. Focus on undergraduate training should be interdisciplinary, going beyond specialisation because these aspects will rarely be included later at the vocational training level. To achieve this, integrated structures for communication and medical care should be established.

**Key words:** Basic education – Integration – Primary care – Rehabilitation – Public health

### Einleitung

Im Zuge der Diskussion um die grundlegende Reformierung der Approbationsordnung für Ärzte und die Struktur der Klinika sowie unseres gesamten Gesundheitssystems gibt es immer wieder Stellungnahmen zur Verbesserung der Ausbildungssituation an unseren Hochschulen. Neben allgemein didaktischen Anmerkungen [1] gibt es auch solche, die eine Stärkung der Klinika zum Ziel haben [2]. Das folgende Thesenpapier, das nach Beratung im Zentrum für Methodenwissenschaften und Gesundheitsforschung der Philipps-Universität Marburg zustimmend zur Kenntnis genommen wurde, zielt darauf, bei noch so berechtigten Einzelinteressen die globale Sicht in das

Zentrum der Überlegungen zu stellen und daran Einzelforderungen zu messen.

- Die Ausbildung der Humanmediziner hat sowohl einen berufsqualifizierenden als auch einen wissenschaftlich orientierten Ansatz. Ersterem wird meist Priorität eingeräumt.
- Die Ausbildung findet an der Universität statt. Hier ist High-tech-Medizin und Spitzenforschung konzentriert. Das Krankheitsspektrum der dort behandelten Patienten unterscheidet sich aber wesentlich von dem der Allgemeinbevölkerung – es stellt in vielen Bereichen eine hoch selektierte Klientel dar und auch die Poliklinik-Patienten sind häufig besondere Problemfälle. Nach einer Statistik des VdAK gab es 1997 folgende Zahlen von Behandlungsfällen: 0,94 Mio. in Universitätskliniken (1%), 0,53 Mio. in stationärer Reha (1%), 16,5 Mio. im sonstigen stationären Bereich (21%), 23,05 Mio. bei Allgemeinärzten (29%) und 30,01 Mio. bei ambulant tätigen Spezialisten (38%) in Deutschland. Im Klinikum Marburg wurden 1997 folgende Fallzahlen registriert: 44 000 stationär, 1000 teilstationär, 241 000 in Polikliniken.
- Die Mehrzahl der Absolventen wird später in außerklinischen Bereichen arbeiten. Nach der Statistik von Bundesärztekammer und KBV waren Ende 1997 von den 282 700 berufstätigen Ärzten in Deutschland 47,6% in Krankenhäusern, 40,7% in der Vertragsarztpraxis beschäftigt (hiervon sind 39% Allgemein- bzw. praktische Ärzte und 61% Spezialisten, allerdings arbeiten 55% der Vertragsärzte auf der hausärztlichen Ebene) und 11,7% in sonstigen Bereichen wie Behörden, Körperschaften, Industrie.
- Eine wissenschaftlich fundierte medizinische Basisausbildung dient als Grundlage für alle später einzuschlagenden Fachrichtungen. Dabei sind die körperliche, seelische und soziale Ebene von Gesundheit und Krankheit einzubeziehen, da Krankheit und Kranksein praktisch immer mehrdimensionale Prozesse sind [3,4]. Diese drei Ebenen werden bisher in den klassischen Fächern jeweils isoliert betrachtet. Laut Ergebnissen der kognitiven Lernpsychologie sind aber Wissen und Fertigkeiten „präsenster“, wenn sie im späteren Anwendungskontext gelernt worden sind (siehe auch Punkt 6).
- Basisausbildung in den Fächern, die später nicht Gegenstand der Weiterbildung sind (z.B. der Augenarzt muss wichtige internistische Krankheitsbilder kennen, der Unfallchirurg die Rehabilitations- und Sozialmedizin, der Neurologe die Bedingungen der hausärztlichen Versorgung), ist essenziell im Rahmen des Studiums zu gewährleisten.

- Die Vermittlung methodischer Grundlagen ermöglicht eine kritische Bewertung neuer Erkenntnisse und Verfahren nach Ausbildungsabschluss. Problemorientiertes Lernen, d.h. fallbezogene Definition von Wissensdefiziten, Sammeln von Informationen und Erlernen neuer Sachverhalte und Erkenntnisse führt zu mindestens gleich guten Ergebnissen bei nachfolgenden Prüfungen, aber höherer Zufriedenheit und besserem Problemlösungsverhalten in der ärztlichen Tätigkeit [5-7].
- Neue Medien, insbesondere „das“ Internet und rechnergestützte Kommunikationssysteme werden an den Universitäten und in der Privatwirtschaft zunehmend genutzt. Studierende sollten ab Beginn ihrer Ausbildung an diese Systeme herangeführt werden und sie intensiv sowohl für interne Informationsübermittlung als auch für Literatursuche und weitere Informationsgewinnung und Kommunikation nutzen.
- Kooperations- und Integrationsfähigkeit sind bei zunehmendem medizinischen Wissen und Subspezialisierung essenziell. Hierfür bedarf es vernetzter Strukturen in der Gesundheitsberatung und Krankenversorgung, die in die medizinische Ausbildung zu integrieren sind. Günstige Effekte vernetzter Strukturen auf Versorgungsqualität und Kosteneffektivität sind inzwischen mehrfach nachgewiesen worden [8,9].
- Auf der Ebene der universitären Ausbildung ist eine Ergänzung durch außeruniversitäre Bereiche notwendig, für die spezielle Vernetzungsstrukturen mit der Universität eingerichtet werden sollten.
- So können der Bereich Public Health, die primärärztliche Ebene, der Rehabilitations- und Begutachtungsbereich sowie die Pflege und Koordination bei multimorbiden Patienten neben der spezialistischen ambulanten und stationären Versorgung im Klinikum assoziiert gelehrt und von Studierenden erlebt werden.
- Der Ausbau und die Pflege dieser Strukturen sind für Deutschland dringend notwendig, um langfristig ein hohes und bezahlbares Niveau der medizinischen Versorgung zu sichern. Fachbereiche, die sich in diesem Bereich besonders engagieren, haben die Chance auf „Bonuspunkte“ bei der Bewertung der Lehre. Entsprechende Initiativen sind aufgrund der Äußerungen der auf Landes- und Bundesebene regierenden Parteien zu erwarten.

## Literatur

- <sup>1</sup> Gulich M. Medizinische Ausbildung: Irrtümer – und kein Ende? Dtsch Ärztebl 1999; 16: A-1047
- <sup>2</sup> Remschmidt H, Käuser G. Hochschulpolitik: Zehn Thesen zur Weiterentwicklung der medizinischen Fachbereiche in Deutschland. Dtsch Ärztebl 1998; 25: A-1589
- <sup>3</sup> Ziegeler G. Psychosoziale Determinanten des Krankseins. In: Kochen MM (Hrsg): Allgemein- und Familienmedizin. Stuttgart: Hippokrates-Verlag; 1992: 41
- <sup>4</sup> v Uexküll T, Wesiack W. Wissenschaftstheorie und Psychosomatische Medizin, ein biopsychosoziales Modell. In: Uexküll T v: Psychosomatische Medizin. 4. Aufl. München (u.a.): Urban & Schwarzenberg; 1990: 5-38
- <sup>5</sup> Albanese MA, Mitchell S. Problem-based Learning: A Review of Literature on its Outcomes and Implementation Issues. Acad Med 1993; 68: 52-81
- <sup>6</sup> Neufeld VR, Barrows HS. The McMaster Philosophy: An Approach to Medical Education. J Med Educ 1974; 49: 1040-1050
- <sup>7</sup> Vernon DTA, Blake RL. Does Problem-based Learning Work? A Meta-analysis of Evaluative Research. Acad Med 1993; 68: 550-563
- <sup>8</sup> Barnabei R, Landi F, Gambassi G, Sgadari A, Zuccala G, Mor V, Rubenstein LZ, Carbonin PU. Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community. BMJ 1998; 316: 1348-1351
- <sup>9</sup> Fihn SD, Whyte JJ. Physician Specialty, Systems of Health Care, and Patient Outcomes. JAMA 1995; 3L: 1473-1474

Prof. Dr. med. Erika Baum

Med. Zentrum für Methodenwissenschaften  
und Gesundheitsforschung  
Abt. für Allgemeinmedizin, Präventive-  
und Rehabilitative Medizin  
an der Philipps-Universität Marburg  
Blitzweg 16  
35033 Marburg