## Medizinische Lehrer müssen gebildet werden

Bildungspläne wirken manchmal wie Wandteppiche: Von der Schauseite her sind es Kunstwerke, jeder kleinste Knoten sitzt perfekt. Wenn man das Ganze umdreht, sieht man ein verwirrendes Bild, von dem man nicht ohne Weiteres auf die Vorderseite schließen könnte.
Dieser Artikel versucht die Fäden ein wenig zu entwirren. Es gilt zu zeigen, wie aus Ärzten Lehrer und aus Pädiatern pädiatrische Lehrer „gebildet“ werden können. Wie kann eine solche Transition funktionieren?

### Der Patient „medizinische Bildung“

Medizinische Experten fragen nach gesichertem Wissen, das in Diagnostik und Therapie (und etwas langsamer in Prävention und Rehabilitation) eingeht. Gesichertes medizinisches Wissen geht in Diagnostik und Therapie (und etwas langsamer in Prävention und Rehabilitation) ein, und es gilt als Kunstfehler, es nicht zum Nutzen der Patienten einzusetzen. Wissenschaftliche Lehrer fragen und untersuchen, was an der Lehre wirkt, wie es wirkt und warum es wirkt, nur wird dieses Wissen nicht ausreichend genutzt, denn es bilden sich unsere Nachfolgerinnen und Nachfolger und wir, ohne dass die gleichen Maßstäbe an das Gerüst anlegt werden, das hier als ‚medizinische Bildung’ bezeichnet werden soll. Dadurch wird klar, dass die medizinische Bildung selbst Patientengestalt hat und die erforderliche Medizin eine wissenschaftsnutzende praktische Aktivität ist.
Und dem Patienten ‚medizinische Bildung’ geht es so, wie vielen Patienten in der Zeit, wo unklar war, wie Krankheiten entstehen, wirken und bekämpft werden können.

### Medizinische Bildung als systemverändernder Prozess

Die renommierte Carnegie Foundation hat 2010 eine Studie zur Vorbereitung auf den Beruf vorgelegt. Ein Teil davon beschäftigt sich mit der Medizin. Die Autoren empfehlen auf der Basis ihrer Befunde vier Ziele der „medizinischen Bildung“:

- Ergebnisse standardisieren, Lernprozesse individualisieren
- Formales Wissen mit klinischer Erfahrung integrieren

- Geistige Haltung des Nachforschens und der Erneuerung entwickeln
- Fokus auf die Bildung einer professionellen Identität legen[1] nun

Die Medizinethikerin Kathleen Montgomery bezeichnet medizinische Bildung als ‚self-altering course of study', ‚Clinical education is finely calibrated to instill and reward the development of clinical judgment in the face of uncertainty'.
(Klinische Schulung ist sehr fein austariert, um angesichts von Ungewissheit die Entwicklung klinischen Urteilsvermögens einzuflößen und zu belohnen.)
Hier soll in dieser Tradition unter medizinischer Bildung diejenige Praxis verstanden werden, die zu rationaler, klinisch erfahrener und wissenschaftlich informierter Versorgung von Kindern und Jugendlichen befähigt.
Der Prozess der Professionalisierung medizinischer Lehre ist in verschiedenen europäischen Ländern unterschiedlich weit fortgeschritten, teilweise einschließlich formaler Ausbildung und interkollegialer Anerkennungsverfahren.

Alle einflussreichen Systeme medizinischer Bildung von Hippokrates bis zum "Arztbild der Zukunft" des Murrhardter Kreises schreiben Ärzten als wichtige Teilidentität zu, dass sie sich und andere bilden, ausbilden, Patienten schulen. Wie wird also ein Arzt zum medizinischen Lehrer? Ist es die Teilnahme am Spiel „medizinische Bildung", abgegrenzt von den Spielen „Patientenversorgung" oder „Forschung"? Sind es bestimmte Inhalte, die gewusst oder gekonnt werden sollen? Wer sind die Mitglieder des Wahlkreises, wer nominiert, wer wählt? Es gibt viele Studien darüber, was medizinische Lehrer tun – einschließlich der Herausgabe von Journalen wie dem *The Clinical Teacher*. Auch Merkmale und Wissen medizinischer Lehrer sind wissenschaftlich beschrieben, vornehmlich jedoch als Charaktereigenschaften.

Maria Montessori sagt vom Kind, dass es Baumeister seiner selbst ist. Auf den kinder- und jugendärztlichen Lehrer angewandt: Medizinische Bildung selbst und ihr Ergebnis

[1] Standardization of learning outcomes and individualization of the learning process; integration of formal knowledge and clinical experience; development of habits of inquiry and innovation; and focus on professional identity formation (Übersetzung durch den Autor)

sind kulturelle Objekte, Institutionen, teilweise paradox, mehrstimmig, flüssig, außer Kontrolle geratend. Alfred Adler, der Vater der Sozialarbeit, postulierte in seinem 1913 erschienenen Buch *Heilen und Bilden*, dass „Gemeinschaftsgefühl und Zusammenarbeit“ Hauptantriebskräfte im Leben seien. Auch die Erfindung der Demokratie im klassischen Griechenland verlagerte den Schwerpunkt vom Individuum zur Gemeinschaft und den Früchten der Zusammenarbeit.
Daraus erwächst die kreative, Kraft medizinischer Bildung, traditionelle Hierarchien in kollegiale Wechselbeziehung und Zusammenarbeit zu transformieren. Denn so wie sich die Medizin verändert, hin zu Patientenbeteiligung, interprofessionellen Praxen und Netzwerken und Dialogen mit politisch Verantwortlichen und Managern, verändert sich auch die Lehre.
Menschenrechts- und Frauenbewegung als Beispiele ermahnender außerparlamentarischer Demokratie haben zu einer Modernisierung der Gesellschaft beigetragen. Jetzt könnten durch Initiativen von Patienten, Qualitätsmanagement, medizinische Lehrer aus der Praxis und medizinische Bildungsforschung der medizinische Paternalismus sowie der Mangel an Transparenz und Rechenschaftspflicht verändert und damit die Institution Medizin demokratisieren werden.

**Durch Neugierde zum Lehrer**

Auf der Suche nach legitimen Inhalten und Prozessen medizinischer Bildung soll hier weiter nach ortsabhängigen Produkten von Interaktionen, Sozialräumen und gemeinschaftlichem Arbeiten gefragt werden, um dem Wesen der Lehrer-Identität weiter auf die Spur zu kommen, die konstruiert, erworben, gebildet und nicht angeboren ist.

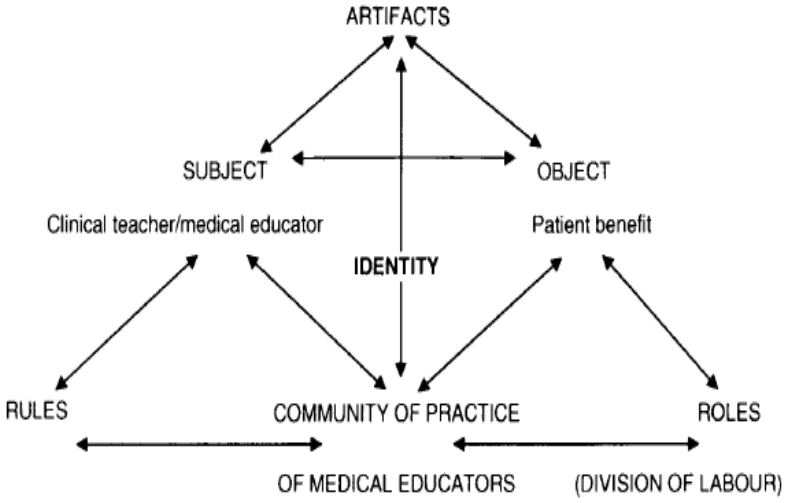
Nutzen wir die Konzepte sozialer Lerntheorien, um stärker zu beleuchten, „wer“ ein medizinischer Lehrer ist. Möglicherweise liegt die Handlungsgemeinschaft (community of practice, Wenger 2009) am Nächsten. Kriterien für eine Handlungsgemeinschaft sind laut Wenger: gemeinsamer Sinn, Partizipation und Stufe des Engagements. Handlungsgemeinschaften erzeugen Sinn aus gemeinsamem Lernen. Besonders etablierte Gemeinschaften wie „die Radiologen“ oder „die plastischen Chirurgen“ können damit gut beschrieben werden. Man kann die organisatorische Identität des

medizinischen Lehrers auch als Spektrum verstehen. Auf der einen Seite steht der klinische Lehrer, der hauptsächlich einen Arbeitsvertrag mit einem Krankenhaus hat und sich als Nebenwirkung irgendwo als Lehrer eingeteilt findet. In der Mitte sind Fachärzte in der kinder- und jugendärztlichen Praxis oder der Universität, die sich aktiv mit Lehren und Lernen befassen und am anderen Extrem medizinische Bildungsforscher. Zwischen den Positionen gibt es Bewegung, wenn Ärzte, die zunächst nach einem arbeiterschaftlichen Anlern-Konzept (see one - do one - teach one) ein Eigeninteresse entwickeln, Kurse besuchen und eine medizindidaktische Aufbauqualifikation erwerben. Sie erkennen, dass solche Aktivitäten dazu führen, dass ein Verfahren, das sie aus der Medizin gut kennen, sich auch in der medizinischen Bildung gut eignet: nämlich evidenzbasiertes Arbeiten im Gegensatz zu intuitivem Vorgehen. Vermutlich werden sie auch neugierig, warum sie machen, was sie machen. Und das führt zu Konzepten und Theorien, die uns fragen lassen: Was ist ein Curriculum und wie wird es entwickelt, implementiert und bewertet? Warum soll man diese Prüfungsform benutzen und nicht jene? Was ist der effektivste Weg, um ein Gerüst für arbeitsplatzbasiertes Lernen zu schaffen? Wie können Patienten in die medizinische Bildung einbezogen werden? Und so weiter.

**Medizinische Identität und dynamische Handlungsgemeinschaft**

Wenn sich also eine Entwicklung in Beteiligung, Selbstverständnis, Verantwortung und Kompetenzen vom Unterrichtenden hin zum Lehrenden vollzieht, so ändert sich auch die Identität. Diese Entwicklung ist nicht trivial und bleibt nicht an der Oberfläche. Noch durchgreifender sind die Änderungen, die im Verlauf des Spektrums hin zum medizinischen Bildungsforscher nötig sind. Systematische und programmatische Forschung, die Entwicklung einer Identität als medizinischer Lehrer und nicht zuletzt die Verbindungsstellen zu anderen pädagogischen Spezialbereichen werden erforderlich. Wenn Übereinstimmung über Regeln und Rollen hergestellt ist, kann die identitätsstiftende Handlungsgemeinschaft „medizinische Bildung“ so dargestellt werden:

Abb. 1
aus Bleakley et al. 2011




Medizinische Bildung entsteht nach Bleakley einerseits aus dem Zusammenwirken von Menschen (den zur Weiterbildung ermächtigten Ärzten und deren Kollegen, die in der Weiterbildung aktiv sind), Objekten (dem Kindeswohl, der guten Versorgung und Begleitung von Kindern und Jugendlichen, dem fortlaufenden Qualitätsmanagement mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgung) und Artefakten (Räumlichkeiten, Curriculum, Datenverarbeitung). Besonders die Artefakte haben es in sich. Gute Arbeitsbedingungen für die Weiterbildungsassistentin, Betreuung für ihre Kinder, Zugriff auf Bücher, Zeitschriften und das Internet, Einbindung in die PraxisEDV, Weiterbildungsmaterialien, die ihr zeigen, was sie kann, was sie können soll und wie sich ihr Weg dorthin gestaltet: Die Dinge können Weiterbildung leicht und zum Vergnügen machen. Dieses Dreieck ist rückgebunden an die Gemeinschaft medizinischer Ausbilder, die in Forschung und Publikationen, auf Kongressen und in Diskussionen Goldstandards medizinischer Bildung erarbeitet, verbreitet und evaluiert. Diese Gemeinschaft geht arbeitsteilig vor. Es gibt Beiträge von praktisch in der Patientenversorgung tätigen Ärzten, aber auch von Psychologen, Soziologen, Pädagogen, Biologen, Epidemiologen und so weiter. Die Gemeinschaft medizinischer Ausbilder hat schließlich eine Teilmenge, die sich in ärztlichen Körperschaften mit den Regeln und Bedingungen für Akkreditierung, Zertifizierung und Prüfung im Allgemeinen beschäftigt. Und da Prüfungen oft als das „versteckte Curriculum“ bezeichnet werden, gibt es auch hier eine wichtige Beziehung zur Praxis der Patientenversorgung. Denn was dafür essenziell wichtig ist, muss auch geprüft werden.

Dieses Modell erklärt und fördert die Konzeption einer dynamischen Handlungs- und Forschungsgemeinschaft in medizinischer Bildung, sowohl räumlich als auch zeitlich. Es verweist auf Verbindungsstellen mit anderen, besonders dem pädagogischen System und es erklärt Identität durch Ausprägung, Grad, Engagement des Netzwerkens. Durch historische, kulturelle und soziale Einflüsse wird unsere Identität positioniert. Durch unser Handeln überzeugen wir andere, unsere neu entstehende Identität anzuerkennen. Dabei bildet es gut ab, dass wir niemals Mitglied nur eines Teams in einer klar umrissenen Rolle sind. Wir beteiligen uns mehr oder weniger durch stilles Mit-Wissen und unsichtbare kognitive Strukturen an unserer Praxis, „unserem“ Sozialraum, an Verbänden und Gesellschaften. Metaphorisch sind wir in diesem Modell Teile eines Rhizoms (Engeström 2008), das symbiotische Beziehungen zu anderen Systemen pflegt, ohne Zentrum, das alles zusammenhält. Jeder Akteur entspricht einem Knoten, der spezifische Tätigkeiten ausführt. Ändern sich die Tätigkeiten, entstehen neue Verbindungen. Unterbleiben Tätigkeiten, werden alte Verbindungen abgebaut.

Dr. Folkert Fehr
Kinder und Jugendarzt
74899 Sinsheim
folkert.fehr@t-online.de