



New Medical Schools

erklärt von Beat Sottas

Der Arbeitsbegriff „New Medical Schools“ stammt aus der Gesundheitsbildungspolitik und führt mehrere Konzepte und Ansätze mit dem Ziel zusammen, eine Versorgungspraxis zu erreichen, die insbesondere der Zunahme der chronischen Krankheiten gerecht wird. „New Medical Schools“ und „Health Universities“ werden meist synonym verwendet – Letztere sind aber schon länger etabliert.

Konventionelle Medical Schools folgen dem Konzept zur medizinischen Lehre, das der Pädagoge Abraham Flexner 1910 entwickelt und weltweit durchgesetzt hat¹: Einer prä-klinischen Phase des Erwerbs von naturwissenschaftlichen Grundlagen folgt eine klinische Phase als „Lernlaboratorium“ mit fach-, fall-, organ- oder pathologiebezogenem Unterricht in Universitätskliniken. Im Zentrum stehen die Formung der Arztpersönlichkeit sowie Techniken der Diagnosestellung und Intervention in einem see one-treat one-Schema (nach Flexner: Interaktion mit Intervention, bei der ein Arzt von einem Kranken zum nächsten geht (Visite) und dank seines therapeutischen Wissens Heilung bringt). Aus- und Weiterbildung verlaufen typischerweise strikt monoproduktionsorientiert, in der Regel entlang von Fachgebieten und Subspezialisierungen.

Der *Lancet*-Report von 2010 bilanzierte, dass damit eine Haltung geformt werde, um „von immer weniger immer mehr zu wissen“ und aufgrund „des Stammesdenkens im Alleingang oder in Konkurrenz zueinander zu handeln“².

Vernetzte Versorgung erfordert vernetzte Ausbildungen

„New Medical Schools“ gehen von der Feststellung aus, dass bei komplexen Krankheitsverläufen das konventionelle Interventionsschema in der Regel nicht ausreicht und meist auch keine Heilung möglich ist. Der Umstand, dass hinter (chronischen) Erkrankungen bio-psycho-soziale Faktoren stehen, erfordert eine Ausbildung, die deutlich breiter angelegt werden muss, als in den konventionellen Bildungsstrategien.

Die Bildungsinhalte umfassen drei Lernfelder:

a) Die Bekämpfung bekannter Pathologien mit erprobten und neuen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten sowie Rehabilitationsverfahren bildet gemäß state of the art die Basis.

b) Die nicht-übertragbaren Krankheiten, den Umgang mit chronischen Verläufen als Folge ver-

änderter Lebensstile oder therapeutischer Erfolge sowie die Mitgestaltung und Lebensqualität, inklusive Aspekten wie Zugang, Teilhabe, Prävention, und die gesellschaftlichen Verhältnisse.

c) Neu werden Themen aufgearbeitet, die intersektoral angegangen werden müssen und therapeutische Interventionen beziehungsweise Nutzen und Wirksamkeit erst ermöglichen: Recht, Politik und Finanzierung, Gesundheits- und Unternehmensstrategien, Steuerung und Management, Kosten und Nutzenanalysen, Koproduktion und Organisationsentwicklung, Technologie und Big Data, Evaluierung und Versorgungsforschung, Gesundheitskompetenz und Patientenzentrierung sowie andere mehr.

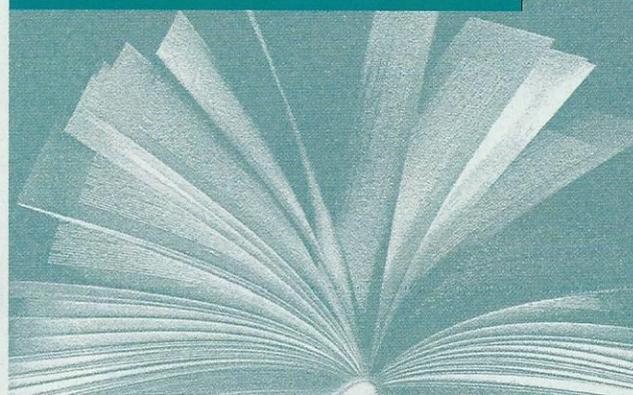
Kooperationskompetenz und Gesamtblick

Neben der patientenbezogenen Funktion sollen künftige Fachpersonen ein Verständnis für die Komplexität des Handlungsfeldes entwickeln. Organisations- und populationsbezogene sowie Erkenntnis vermehrende Funktionen gehören gleichermaßen in das Aufmerksamkeitsspektrum. Als Ergebnis wird neben der Befähigung zur therapeutischen Interaktion eine neue professionelle Haltung entwickelt: kooperierend, Funktionen übergreifend, koproduktiv, effektiv, bedarfsgerecht und auch wirtschaftlich handelnd.

Weil die Patientenpfade zunehmend über die Setting- und Sektorengrenzen hinweg verlaufen beziehungsweise gerade Menschen mit chronischen Krankheiten zwischen dem eigenen Haushalt, Versorgern im ambulanten Bereich, Krankenhäusern und Institutionen der Rehabilitation und Langzeitversorgung hin- und herpendeln, müssen auch Bildungswege Sektoren übergreifend angelegt werden. Angesagt ist also ein Übergang, der von den akademischen „Lernlaboratorien“ aus den Menschen in ihren Alltag folgt. Dies beinhaltet auch eine deutlichere Unterscheidung zwischen generalistischer und spezialisierter Versorgung, Interprofessionelle Lernarrangements und Lernorte in der gemeindenahen Versorgung sind wichtige Eckpfeiler der Ausbildung; viel Spezialisiertes kann und muss im lebenslangen Lernen erworben werden.^{3,4,5}

Ursprünge: Health = Wealth

Die einsetzende Hochkonjunktur hatte für die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und



Entwicklung (OECD) Ende der 1960er Jahre unerwartete Kehrseiten: Der moderne Lebensstil der Menschen führte zu neuen Krankheiten und die AbsolventInnen der Hochschulen wurden diesem Versorgungsbedarf nur bedingt gerecht. Kurz: Der Wohlstand war gefährdet, wenn die Bevölkerung nicht gesund blieb. 1975 trafen sich Bildungs- und Gesundheitspolitiker in Paris, um Aufgaben und Rollen der Bildungsinstitutionen im Gesundheitswesen zu diskutieren und – in der heutigen Begrifflichkeit – eine Strategie für eine angemessene „Gesundheitsbildungspolitik“ zu entwerfen. Inspiriert durch Pionierbeispiele wie die McMaster University in Kanada, die Universitäten von New Mexico in Albuquerque, Case Western in Cleveland, Tromsø in Norwegen oder auch Be'er Sheva in Israel wurde die „Regional Health Universities“-Strategie als Lösungsweg proklamiert. Eine Health University als neuer Bildungstypus sollte folgende konstitutive Elemente aufweisen:

- Ausrichtung auf den Bedarf einer regionalen (Grund-)Versorgung,
- Zusammenführung aller Fachrichtungen, die zu gesundheitsrelevanten Fragen arbeiten,
- interprofessionelle Organisation von Lehre und Forschung,
- problembasiertes Lernen in der Praxis,
- regionale Verantwortung trotz Streben nach wissenschaftlicher Reputation,
- Leadership bei der Vernetzung von Bildung, Versorgung und Politik,
- Engagement für Gesundheitsförderung und Prävention.

Aktuelle Umsetzung

„New Medical Schools“ oder je nach Land „Health Universities“ sind interprofessionell und Sektoren übergreifend angelegt. Es reicht nicht aus, Studiengänge organisatorisch unter dem gleichen Dach anzusiedeln und den Lehr- und Forschungsbetrieb in parallelen Silos weiterzuführen. Dafür wird eine integrierende Vision mit klarer Mission und Strategie ebenso gebraucht wie eine institutionelle Festigung und Ressourcenallokation. Berufsgruppen

und Fachrichtungen sollen als gleichberechtigte Partner mit gemeinsamen Aufgaben zusammengeführt werden, um etwa Personal und neues Wissen bereitzustellen, das angemessene Antworten auf die drängendsten Gesundheitsfragen geben kann.⁶

Umsetzungen finden sich insbesondere in Lincöping und Stockholm (Karolinska Institutet), London (Kings College), Leicester oder im kanadischen British Columbia. Am Health University-Framework orientieren sich viele skandinavische Universitäten und solche in Entwicklungsländern, die im Netzwerk „Towards Unity for Health“ mitarbeiten, aber auch Maastricht, Southampton, Halle-Wittenberg, Witten-Herdecke und andere mehr.

Im deutschen Sprachraum hat das Konzept durch die Empfehlung des Deutschen Wissenschaftsrats zur Schaffung von integrierten Gesundheitscampi Aufmerksamkeit erhalten.⁷ Es wird hier besonders im Kooperationsverbund der „Hochschulen für Gesundheit“⁸ und in den Drei-Länder-Tagungen der Fachhochschulen für Gesundheit intensiv diskutiert. Bei Neugründungen wie in Brandenburg ist die Umsetzung zusammen mit der Medizin einfacher als in bestehenden Strukturen in (ausgehandelt oder angedachten) Verbänden zum Beispiel um Göttingen, Bochum, Berlin oder Winterthur/Zürich. ■

Dr. Beat Sottas

geb. 1955, arbeitet als selbstständiger Bildungsexperte für öffentliche Verwaltungen, Hochschulen und Unternehmen – unter anderem in der Leitung der Careum-Stiftung in Zürich.
sottas@formative-works.ch

Literatur

- 1 Flexner A. (1910): Medical Education in the United States and Canada. Washington, DC sowie Flexner A. (1912): Medical Education in Europe, New York.
- 2 Frenk, J./Chen, L. et al. (2010): Health professions for a new century. *The Lancet*, Nov 29, 2010. Deutsche Übersetzung. Online: www.careum.ch/lancet-report
- 3 Sottas, B./Höppner, H./Kickbusch, I./Pelikan, J./Probst, J. (2013): Umriss einer neuen Gesundheitsbildungspolitik. Careum Working Paper 7. Careum, Zürich.
- 4 Pundt, J./Kälble, K. (Hg.) (2015): Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte. Bremen.
- 5 Robert Bosch Stiftung (2014): Gesundheitsberufe neu denken. Stuttgart.
- 6 Sottas, B./Brügger, S./Meyer, P. (2013): Health Universities – Konzept, Relevanz und Best Practice. ZHAW, Winterthur.
- 7 Wissenschaftsrat (2012): Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Berlin.
- 8 <http://hochges.de/index.php/44-tagung-der-hochschulen-fuer-gesundheit-e-v-am-27-und-28-november-2016-new-medical-school-eine-chance-fuer-die-gesundheitsberufe>