

# Weniger, dafür umsetzungsorientiert

Fortbildung bringt die Qualität ärztlichen Handelns nur voran, wenn sie nicht zu stark wissensbasiert erfolgt. Das ist eines der Ergebnisse einer Enquete anlässlich des Zehn-Jahres-Jubiläums der Österreichischen Akademie der Ärzte, die das Diplomfortbildungsprogramm umsetzt.

Von Dr. Susanne Schneider-Voss



**Grant:** „Es ist nicht sinnvoll, starre Curricula vorzugeben.“



**Routil:** „Wir werden unsere Inselfpolitik verfeinern und verbessern!“



**Kadmon:** „Kann man uns eigentlich helfen?“

„Lectures don't deliver“, stellte Dr. Wolfgang Routil, Präsident der Österreichischen Akademie der Ärzte und der Ärztekammer Steiermark, in seinem Eingangsstatement klar. Eine ernüchternde Bemerkung angesichts der stolz präsentierten und beachtlichen mehr als 600.000 Fortbildungspunkte, die allein 2009 von österreichischen Ärzten gesammelt wurden. Ernüchternd deshalb, weil diese Punkte vermutlich aus Fortbildungsmodulen stammen, die überwiegend nach konventionellem, rein wissensvermittelndem Muster konsumiert wurden.

## Frontaldidaktik

Dr. Martina Kadmon, Koordinatorin der Lehre im operativen Stoffgebiet, Universität Heidelberg, fragt aus diesem Anlass: „Kann man uns eigentlich helfen?“ Die Fachärztin für Chirurgie ist überzeugt: „In erster Linie gilt es, Interesse für eine gemeinsame Weiterentwicklung im Austausch mit Arztkollegen zu wecken und so Relevanz für ärztliches Handeln aufzuzeigen – um das zu stimulieren, brauchen wir eine Plattform!“ Im Rahmen einer Fortbildungsveranstaltung sollten Module zur Wissensvermittlung generell auf maximal 25 Minuten begrenzt bleiben. Die dadurch frei werdende Zeit könne dann für lange Verarbeitungsphasen zur Übertragung der präsentierten Inhalte in den beruflichen Kontext genutzt werden. „Weniger – tiefer – umsetzungsorientierter“, sind Kadmons Leitgedanken. Erfolgsfaktor für eine effiziente Wissensvermittlung sei mit Sicherheit nicht eine detailorientierte Frontaldidaktik, sondern vielmehr eine variantenreiche Arbeitsweise anhand zielorientierter Leitaufgaben. Wichtig seien weiters die kognitive Auseinandersetzung mit fachbezogenen Problemen, die Integration klinischer Fertigkeiten sowie interaktive Prozesse und Diskussionen zu relevanten und kontroversen Inhalten.

Auch Prof. Dr. Janet Grant, Centre for Education in Medicine an der Open University in Milton Keynes, GB, sprach sich dafür aus, den Prozess als solchen zu unterstützen. Ärzte seien darin zu unterstützen, das besser zu tun, was sie bereits gut machten. Grant betonte, dass der Nutzen von Fortbildung schwer messbar sei und jeder Arzt individuell lerne und profitiere. Daher sei es nicht sinnvoll, starre Curricula vorzugeben.

Effiziente Fortbildung leite sich aus der ärztlichen Praxis ab. Dementsprechend erfolge optimalerweise eine Bedarfserhebung vorab sowie ein Follow-up zur Verstärkung des Lernerfolgs. Und einen weiteren Punkt sprach Grant an: die Freiwilligkeit der Fortbildung. Grant beschreibt Ärzte pointiert und überspitzt formuliert als

höchst intelligente, gebildete und eigenverantwortliche Menschen, was jegliche Notwendigkeit für eine Regulierung obsolet mache.

## Fremdeinschätzung

Manche Standesvertreter aber lassen durchaus Pragmatismus und Selbstkritik erkennen: „Wie machen wir das Beste aus dem politischen Muss?“, fragte etwa Dr. Max Giger, Präsident des Schweizer Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF; siehe nebenstehendes Interview). Der Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie findet politische Forderungen nach einer Regulierung nicht gut, verweist aber darauf, wie unzuverlässig die Selbsteinschätzung sei und dass Fremdeinschätzung daher eine Notwendigkeit darstelle. „Uns fehlt die Kultur des Beurteilt-werden-Müssens – das müssen wir noch lernen.“

## Fortbildungsformate

Welche Formate sind für eine effiziente Fortbildung nun besonders geeignet? Grundsätzlich lässt sich vielen Veranstaltungstypen etwas abgewinnen – abhängig von individuellen Vorlieben, Zeit und Geld. „Für mich haben Veranstaltungen, die eine persönliche Anwesenheit erfordern, sehr an Bedeutung verloren“, skizziert Dr. Reinhold Glehr, Qualitätssicherungsbeauftragter für die Steiermark, einen Trend. „Simulationstrainings sind künftig nicht verzichtbar“, meint Kadmon. „Der Markt wird es bestimmen!“, zeigt sich Giger auch in diesen Punkt offen. Dabei sei jedenfalls auf Unabhängigkeit zu achten und in diesem Sinne durchaus „vom Arzt auch mal selbst etwas zu zahlen.“ Routil sieht sich durch die Enquete bestätigt, er will die österreichische „Inselfpolitik“ in Sachen Fortbildung weiterhin verfeinern und verbessern und sich auf Diskussionen mit den Vertragspartnern einlassen.

„Kompetenz im Mittelpunkt – Die Wirkung ärztlicher Fortbildung“, Enquete der Österreichischen Akademie der Ärzte, Wien, 7.4.10  
<http://www.arztakademie.at/diplom-fortbildungs-programm/>

## Buchtipps

**Peter Birner:** „Ärzte aus bildung – Grundlagen, Probleme Verbesserungsmöglichkeiten“, Sigmund Freud Privat Universitäts Verlag, Wien 2010  
ISBN: 978-3-902594-00-6



# „Problem Freiwilligkeit“

Dr. Max Giger, Präsident des Schweizer Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) und Leiter des Ressorts Medical Education in der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH, Winterthur, ist Vorreiter im Bereich ärztlicher Fortbildung im deutschsprachigen Raum. Im Gespräch mit CliniCum erläutert er die Vorzüge des Schweizer Systems.

Das Gespräch führte Dr. Susanne Schneider-Voss

## **Clinicum: Zum Stand der ärztlichen Fortbildung in der Schweiz, Österreich und Deutschland – wo liegen die Gemeinsamkeiten und wo gibt es Unterschiede?**

**Giger:** Historisch gesehen war die Schweiz das erste Land, in dem die Fortbildung durch die Ärzteschaft selbst als obligatorisch eingeführt wurde. In Deutschland war es der Staat, und in Österreich wurde eine Zwischenlösung gefunden – hier überlässt der Staat die Regulierung der Ärzteschaft. In der Schweiz gehört die Fortbildung nach dem Medizinalberufegesetz seit 2007 zu den Berufspflichtigen. Wie, das ist der Ärzteschaft selbst überlassen.

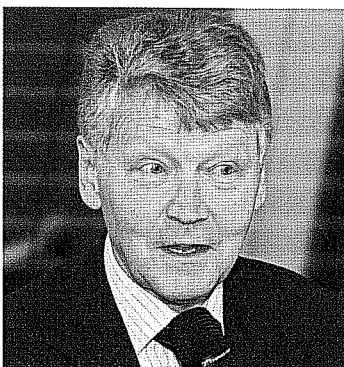
Am einfachsten ist das deutsche Fortbildungssystem – Vorgabe ist der Erwerb von 50 Credits pro Jahr im Rahmen anerkannter Fortbildungsveranstaltungen. In Österreich müssen 150 Punkte in drei Jahren erreicht werden – zum Teil mit inhaltlichen Vorgaben. Unser System in der Schweiz ist etwas ausgeklügelter: Ein Facharzt muss bei uns die Hälfte seiner Credits auf seinem Hauptgebiet erwerben. Dies ist die sogenannte Kernfortbildung, deren Umfang und Ausgestaltung von den entsprechenden Fachgesellschaften bestimmt wird. Die andere Hälfte ist individuell entsprechend der aktuellen Haupttätigkeit bzw. weiterer ärztlicher Interessen frei wählbar. Nach Absolvierung von 150 Credits innerhalb von drei Jahren wird gemeinsam von der FMH und den entsprechenden Fachgesellschaften ein Fortbildungsdiplom ausgestellt. Persönlich stehe ich sehr hinter diesem Modell.

## **Welche Besonderheiten weist das österreichische System von außen gesehen auf?**

Die Österreichische Akademie der Ärzte hat eine Doppelrolle, weil sie selbst sowohl reguliert als auch Fortbildungsveranstaltungen anbietet. Das tun weder Deutschland noch die Schweiz. Da bin ich der Meinung, das mache ich lieber nicht, sondern ich bin lieber tätig als Regulator, der die Rahmenbedingungen vorgibt – und lasse dann den Markt entscheiden, was er anbietet.

## **Die Teilnahmequote an Fortbildungsprogrammen ist noch nicht zufrieden stellend – wie kann man die Ärzte ins Boot holen?**

Viele Ärzte glauben, sie müssen kein Diplom erwerben. Das ist übrigens dasselbe in den USA, wie eine neue Publikation von JM Drazen & DF Weinstein im „NEJM“ zeigt. Das heißt aber nicht, dass diese



„Das Wichtigste ist, dass wir Beinahefehler im Team besprechen.“

Ärzte schlecht sind oder sich nicht fortbilden. Das Problem ist dort die Motivation, sich einer Wissensprüfung zu unterziehen. In Österreich ist das Problem die Freiwilligkeit der Fortbildung. So erwerben nur wenige Ärzte ein Diplom. Wäre Fortbildung verpflichtend, würden es alle machen.

## **Soll Fortbildung also in reiner Selbstverantwortung erfolgen, oder braucht es doch eine Kontrolle?**

Eine gewisse Verbindlichkeit zur Fortbildung muss es geben. Ärzte sollten stärker unterstützt werden, bei der Arbeit vermehrt zu reflektieren. So zeigt etwa eine Publikation von DJ Brenner im „NEJM“, dass man bis fast die Hälfte aller compu-

tertomographischen Untersuchungen auf Intensivpflegestationen nach Schädel-Hirn-Trauma einsparen könnte. Das würde nicht passieren, wenn vermehrt Guidelines angewandt würden. Es gibt also Verbesserungsbedarf. Ob man Leute in Fortbildungsveranstaltungen zwingt oder Qualitätszirkel anregt, das ist nicht die Frage. Aber nur durch edukative Maßnahmen können wir die Medizin nicht ändern.

## **Was soll im Fokus der Qualitätssicherung stehen?**

Der Arzt sollte seine Tätigkeit immer hinterfragen: Bringt die verordnete Untersuchung den Patienten weiter? Wir sollten unsere Schritte immer begründen können und automatisch erfassen, was wir tun. Qualitätssicherung sollte so beschaffen sein, dass wir die Gefahr einer Falle erkennen. Beinahefehler sollten wir dann auch von außen beurteilen. Das Wichtigste dabei ist, dass wir nicht allein in der Praxis arbeiten, sondern das miteinander im Team besprechen. Das heißt nicht, dass wir immer alles lernen müssen, sondern wir müssen festlegen, wohin wir als Team mit dem Patienten wollen.

## **Wie stellen Sie sich die nächsten Schritte in der ärztlichen Fortbildung vor?**

Meines Erachtens sollte man die Ärzte dazu bringen, dass sie gemeinsam verstärkt Guidelines erarbeiten und diese dann auch befolgen. Die Ärzte sollten sich auch bequemen, sich in dem, was sie im Alltag bereits tun, vermehrt nach Guidelines zu richten. Das andere ist, dass Ärzte denken und reflektieren lernen. Dabei muss man sie unterstützen; so bilden sie sich wirkungsvoll fort.

**Vielen Dank für das Gespräch!**