

## Ärztliche Fortbildung mit neuen Zielen und Methoden

Hermann Kerger

### Zusammenfassung

Die ärztliche Fortbildung muß sich nach anderen Zielvorstellungen richten, als es herkömmlicherweise geschieht. Nicht nur Wissensvermittlung wird benötigt, sondern auch das Erlernen von Fertigkeiten und das jeweils zweckmäßige ärztliche Verhalten müssen Gegenstand der Fortbildung sein. Dazu bedarf es besonderer Methoden, die erst erarbeitet und erprobt werden müssen. Es handelt sich dabei um ein eigenes wissenschaftliches Forschungsgebiet, die Fortbildungsforschung, die die praktische Fortbildungsarbeit begleitet und berät. Sie ist in unserem Lande im Gegensatz zu den USA, noch fast unbekannt. Es wird von solchen Versuchen in der Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen berichtet, bei denen es sich herausgestellt hat, daß die Mitarbeit von professionellen Didaktikern unentbehrlich ist. Ein Schlüssel zum Erfolg ist die entsprechende Änderung des Lernverhaltens der Fortbildungsreferenten, die für ihre neue Aufgabe erst vorbereitet werden müssen.

### Summary

Continuing medical education (c.m.e.) has to be conform with objectives which are far other than those valid till now. The matters of c.m.e. are not only communicating knowledge but also teaching skills and the appropriate right performance. For this purpose new methods of teaching and learning are necessary and they must be found out, developed and proved. This is a new branch of knowledge i.e. research on c.m.e., nearly unknown in this country in opposition to the importance attributed to that new field of knowledge in the USA. The experts referring to this should accompany and deliberate the organizers and practitioners of c.m.e. In this article is briefly reported of some endeavours in this field made by the Academy of Continuing Medical Education of the Landesärztekammer Hessen at Bad Nauheim. It appeared as a result of those attempts that collaboration with persons experienced in didactics is essential. Changing the methods of teaching is absolutely necessary for success. Therefore the teachers of c.m.e. have primarily to be prepared for their new duties.

Wer auch immer sich mit der Organisation ärztlicher Fortbildung beschäftigt, wird, wenn er eine Zielvorstellung für seine Arbeit entwickelt hat, regelmäßig auf drei Problemkreise treffen, mit deren Lösung er sich auseinandersetzen muß.

Sie lauten:

1. Welche Programme soll man wemanbieten?
2. Wie soll man sie anbieten, damit eine möglichst große Zahl von Kollegen sie annimmt?
3. Wie muß eine Fortbildungsveranstaltung durchgeführt werden, damit sie die optimale Effektivität erreicht?

Als Voraussetzung einer Problemlösung wurde das Fortbildungsziel genannt, das in den letzten Jahren eine wesentliche Veränderung gegenüber früheren Vorstellungen erfahren hat. Die Gründe dafür liegen auf der Hand: das unvorhersehbar rasche Anwachsen wissenschaftlicher Erkenntnisse, die Verfeinerung und Komplizierung der medizinischen Technik, das Obsoletwerden bisher gewohnter diagnostischer und therapeutischer Verfahren, aber auch das Anschwellen und die übersteigerte Verbreitung von Veröffentlichungen praktischer Erfahrungen und statistisch gewonnener Schlußfolgerungen, die oft genug einander widersprechen und einer kritischen Klärung bedürfen. Doch sind damit die Beweggründe für ein Überdenken und eine daraus zu folgernde Umgestaltung der Fortbildungsziele nicht erschöpft. Es kommen der überall spürbare Wandel im Arzt-Patienten-Verhältnis hinzu, die Informa-

tionsflut, die sich über die wirklichen und die potentiellen Patienten ebenso reichlich ergießt wie über den Arzt, die skeptische Haltung eines stets zunehmenden Teils unserer Gesellschaft zu der Wissenschaft selber, die teils romantische, in gewisser Hinsicht aber auch rational begründbare Abneigung gegen die sogenannten künstlichen ("chemischen") Heilmittel, verbunden mit der kompensatorischen Hinwendung zu den "natürlichen" Heilweisen, die nicht ganz klaren und unterschiedlich definierten Ideen über eine Ganzheitsmedizin und auch die größeren Ansprüche des modernen Patienten an eine individualisierte Behandlung, die ihre wissenschaftliche Grundlage in der Psychosomatik findet. Die Situation, in die sich der Arzt hineingestellt sieht, ist ziemlich verworren, und jeder sucht sich seinen eigenen Standpunkt, dessen schließliche Festlegung - wenn sie überhaupt erfolgt - von der wissenschaftlichen Erziehung, von persönlichen Wünschen, von der Gewohnheit und sich formenden Modeerscheinungen im Kreise der Umgebung sowie von mancherlei äußeren Bedingungen, unter denen die gesetzlichen Vorschriften nicht den kleinsten Anteil haben, bestimmt wird. Nun kann man auf die freie Entfaltung der Kräfte vertrauen und sie auch hier ungehindert walten lassen. Das ist die liberale Ansicht, die man gerade in Ärztekreisen häufig antrifft. Der "Individualist Arzt" dürfe in der Entwicklung seiner Persönlichkeit, die durch seine natürlichen Anlagen, seine Erziehung, seine eigenen Erfahrungen und seine Vorstellungen von seinem Berufe sowie von nicht kalkulierbaren, mehr oder weniger zwingenden äußeren Umständen bedingt ist, nicht unnötigerweise gestört werden. Das Prinzip der ungehindert freien Entfaltung eines persönlich verantwortlichen, be-

ruflich ausgebildeten Menschen mag überall da angängig und richtig sein, wo persönlicher Erfolg oder Mißerfolg, materieller Gewinn oder Verlust auf dem Spiele stehen. Anders aber sehen die Dinge bei den Berufen aus, deren Handlungen unmittelbar den anderen Menschen angehen und - wie im höchsten Grade beim Arzt - dessen Integrität, ja dessen Existenz selbst betreffen. Wenn individuelle Freiheit überall da aufhören muß, wo sie mit der Freiheit des Nächsten in Konflikt gerät, weil anders eine Gesellschaft nicht leben kann, muß auch die Freiheit ärztlicher Berufsausübung dort ihre Grenzen finden, wo sie den berechtigten Ansprüchen der Patienten, die sich an den Möglichkeiten gegenwärtiger Medizin orientieren, nicht mehr genügt. Diese Ansprüche müssen nicht subjektiv vom Patienten erkannt und geäußert werden, er kann die Behandlung des Arztes durchaus akzeptieren. Dennoch kann diese Behandlung objektiv unzureichend oder gar falsch sein und demzufolge die objektiv vorhandenen Ansprüche oder Rechte des Patienten unerfüllt lassen. Der mögliche rechtliche Werdegang solcher nicht gar zu selten vorkommenden Situationen und Mißverständnisse ist bekannt und bedarf hier keiner Beispiele. Unsere Überlegungen sind bereits an einem Punkte angelangt, an dem es möglich ist, die Ziele ärztlicher Fortbildung zu formulieren. Zuvor soll noch eine weitere Voraussetzung für die Lösung der eingangs bezeichneten Probleme Erwähnung finden. Es ist die Freiwilligkeit der ärztlichen Fortbildung, zumindest in ihrem relativierten Sinne. Der Arzt ist zwar grundsätzlich zur Fortbildung verpflichtet, hat aber die freie Wahl der Fortbildungsmittel, der Zeit und des Ortes. Diese Freiheit steht gegenwärtig zur Diskussion. Für uns ist sie eine Voraussetzung für alle

weiteren Überlegungen zur Lösung der in der Fortbildung anstehenden Probleme. Wir sind davon überzeugt, daß diese Form einer "bedingten Freiwilligkeit" die für das Erreichen des Fortbildungszieles zweckmäßigste und für den Arzt annehmbarste Grundlage darstellt. Wenn es das herkömmliche Ziel ärztlicher Fortbildung war, den Arzt über die Entwicklung seiner Wissenschaft, die Heilkunde, laufend zu informieren und es ihm zu überlassen, was er mit diesen Informationen beginnt, so weisen Gesetz und Berufsordnung bereits in eine andere Richtung. Der Kassenarzt ist verpflichtet, den Patienten nach den "Regeln der ärztlichen Kunst" zu versorgen, und dieser hat einen Anspruch darauf, daß die gegebenen Möglichkeiten der Heilkunde, seine Krankheit zu heilen oder sein Leiden zu lindern, auch für ihn genützt werden. Kompliziert werden die Verhältnisse durch das Gebot der Wirtschaftlichkeit der Behandlung, das den Arzt in ernste Konflikte bringen kann, obwohl das Gesetz voraussetzt, daß das Wirtschaftlichkeitsgebot die Qualität der Therapie nicht mindert. Das Dilemma, der Zwang zur Entscheidung zwischen zwei Pflichten, ist damit dennoch vorprogrammiert. Die Berufsordnung schreibt die allgemeine Pflicht zur permanenten Fortbildung vor, die nur insoweit präzisiert wird, als sie den Arzt anweist, "in dem Umfange von den...Fortbildungsmöglichkeiten Gebrauch zu machen, wie es zur Erhaltung und Entwicklung der zur Ausübung seines Berufes erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist." Der gleiche Paragraph der Berufsordnung bestimmt in Absatz 4, daß der Arzt die entsprechende Fortbildung seiner Kammer nachweisen können muß. Was mit dieser Formulierung konkret gemeint ist, scheint strittig geworden zu sein. Während die

einen daraus eine Verpflichtung der Kammer ableiten, den Fortbildungsnachweis von allen Ärzten zu fordern, können andere darin keine solche Verpflichtung erkennen und meinen, daß die Kammer nur in besonderen Fällen einen solchen Nachweis verlangen soll, etwa wenn sich der Arzt eines Kunstfehlers schuldig gemacht habe. Dann würde der Nachweis getätigter Fortbildung eine Entlastung für ihn bedeuten. Die Divergenz dieser beiden Ansichten spielt sich vor dem Hintergrund der Erörterungen über eine nach Art und Umfang obligatorisch festzulegende ärztliche Fortbildung ab. Die Theorie der Fortbildung ist zunächst davon nicht betroffen, denn sie muß Strukturen und Methoden der Fortbildung unabhängig von Zwang oder Freiwilligkeit festlegen. Es muß also das Fortbildungsziel sein, dem Arzt die Mittel anzubieten, mit deren Hilfe er in der Lage ist, jederzeit moderne Medizin zu betreiben. Das bedeutet aber, nicht nur zu wissen, was es Neues in der Medizin im allgemeinen und in seinem Fach im besonderen gibt, sondern auch kompetent zu sein, das Fachzugehörige zu praktizieren und bei seinen Patienten anzuwenden. Das Ziel der Fortbildung bezieht sich also auf Wissen, Können und Verhalten, auf knowledge, skill and performance, wie es seit Jahren gefordert, aber bis jetzt nur recht unvollständig gehandhabt wird.

Nachdem die Voraussetzungen für den Versuch, die drei Problemkreise einer organisierten Fortbildung zur Lösung zu bringen, durch Definition eines neuen Fortbildungszieles erfüllt sind, können wir uns nun mit den genannten immer wieder auftauchenden Problemen selbst befassen.

1. Welche Programme soll man anbieten und wie soll die jeweilige Zielgruppe beschaffen sein?

Der Arzt soll das für seine Berufsausübung nötige neue Wissen nicht nur kennenlernen, sondern beherrschen, die damit verbundenen neuen Fertigkeiten sich aneignen und ihre praktische Anwendung am Patienten sichern. Gewiß ist das eine hohe, ungewohnte Auffassung von den Aufgaben der offiziellen ärztlichen Fortbildung, die nicht unwidersprochen bleibt. Aufgabe der Fortbildung sei es nach wie vor, so hört man, neues Wissen zu vermitteln, allenfalls obsolet gewordenes als solches herauszustellen und seine Entfernung aus den Behandlungsstrategien zu empfehlen oder auch zu fordern. Was der Arzt mit seinen neu erworbenen Kenntnissen macht, sei seine Sache. Die Ereignisse haben solchen Diskussionen ein rasches Ende gesetzt: Die kassenärztlichen Vereinigungen begannen damit, für neue Verfahren, besonders solche technischer Art, Kompetenznachweise zu verlangen, ohne die die neuen Leistungen nicht abrechnungsfähig werden. Das Gleiche geschah bei der Zulassung zu ärztlichen Gemeinschaftsaufgaben, wie dem allgemeinen Notdienst. Kompetenz bedeutet nun wirklich etwas anderes als informiert zu sein über neue wissenschaftliche Erkenntnisse oder über die Leistungsfähigkeit und die Indikationen zur Anwendung eines neuen diagnostischen oder therapeutischen Gerätes. Die Frage stellt sich sofort, ob unsere üblichen Fortbildungsmethoden, Vortragsveranstaltungen über bestimmte Themen abzuhalten, oder es dem Arzt zu überlassen, sich das Nötige in seinen Zeitschriften zusammenzulesen, genügen können, Kompetenz zu erlangen. Der Wert der sog. frontalen Unterrichtung, bei der einer spricht und alle anderen zuhören, wird

schon lange in Zweifel gezogen. Ob mit Recht oder Unrecht, ist noch nicht sicher erwiesen, die Frage nach der Zweckmäßigkeit des Verfahrens im Hinblick auf die verlangte Effektivität bleibt aber bestehen.

Die Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen, aus der ich im wesentlichen berichte, sah sich kurzfristig vor die Aufgabe gestellt, für eine noch unabsehbar große Zahl von Ärzten aller Fachgebiete Fortbildungsveranstaltungen über den ärztlichen Notdienst zu organisieren, die dem einzelnen Teilnehmer das für die Ausübung des Notdienstes erforderliche theoretische und praktische aktuelle Wissen und Können vermitteln sollten. Trotz der nicht gerade geringen Erfahrung derer, die bisher die Veranstaltungen der Akademie ausrichteten, fühlten sie sich in diesem Falle überfordert, zumindest aber unsicher darüber, ob nicht die Zusammenarbeit mit anderen, die etwas von Erwachsenenbildung verstehen, ein besseres Resultat erbringen könnte als es die eigene Mannschaft allein vermöchte. Sie suchten also nach Expertenhilfe. Am ehesten war sie von einem Medizindidaktiker zu erwarten, wo sie dann auch ohne Umschweife gefunden wurde. In unserem Falle war es Prof. Hans Renschler, der Direktor des Instituts für Didaktik der Medizin der Universität Bonn. Es begann eine allseitig engagierte, interessante und fruchtbare Planungsarbeit, die von Anfang an mit kleinen experimentellen Schritten verbunden war. Es sollte also nicht nur zugehört, sondern aktiv gelernt werden. Es kam damit einer der ersten didaktischen Grundsätze zur Geltung, daß der Lernerfolg umso größer ist, je aktiver der Lernende am Prozeß der Wissensübertragung teil-

nimmt. Der Schlüssel zum Erfolg lag demnach eindeutig bei der Bereitschaft und der Fähigkeit der Vortragenden, eine aktive Mitarbeit der Veranstaltungsteilnehmer zu erreichen. Von seiten der Organisatoren mußten also sowohl die Bereitschaft der herkömmlichen Referenten zur Änderung ihres Vortragsstils gewonnen als auch ihre Fähigkeit dazu getestet und gegebenenfalls verbessert werden. Eine Änderung von Verhaltensgewohnheiten, zumal wenn sie nicht ernsthaft kritisch in Zweifel gezogen werden, kann man nicht über Nacht vollbringen. Es gehört dazu ein genau definiertes Ziel, dem man sich mit behutsamen Schritten zu nähern versucht. Zuerst kam es darauf an, dem konventionellen Vortrag eine didaktisch wirksamere Struktur zu geben. Lernziele sind zu Beginn bekanntzumachen, die es den Zuhörern ermöglichen, ihre Aufmerksamkeit darauf zu konzentrieren. Diese Lernziele, also das, was auf jeden Fall behalten werden soll, müssen im Vortrag möglichst oft in Erscheinung treten, und in der nicht dem Zufall überlassenen, sondern gelenkten Diskussion, für die eine angemessen lange Zeit anzusetzen ist, noch einmal deutlich angesprochen werden. Der wissenschaftlich einwandfreie Inhalt des Vortrags, auf den es bisher im wesentlichen ankam, muß nunmehr in einer didaktisch effizienten Form dargeboten werden, was etwas anderes ist als die den Zuhörer begeisternde Brillanz des Redners. Letztere ist - keineswegs immer zu Recht - bisher für die Bewertung der Güte des Vortrags bestimmend gewesen. Sie ist natürlich auch heute nicht bedeutungslos geworden, bedarf aber auch der didaktischen Relevanz. Der didaktisch so aufbereitete Vortrag muß den Zuhörer ansprechen, zum Mitdenken, auch zum kritischen Erfassen und zur Teilnahme an der

Diskussion motivieren und dadurch eine zuverlässigere Haftung des Gehörten im Gedächtnis bewirken, so daß das rationale Verständnis emotional mitgetragen wird. Unsere Vortragenden sind keine Lehrer, sie haben Pädagogik und Didaktik nicht gelernt, und sie haben auch, volle Hörsäle gewohnt, keinerlei Veranlassung, ihr bisheriges Vortragsverhalten zugunsten von "Spinnereien Neuerungs-süchtiger" zu ändern. Hier liegt das größte Problem, eine genügend große Zahl von Referenten zu gewinnen, die sich zum Neuen, auch zum Experiment mit ungewissem Erfolg bereit finden. Dazu kommt noch, daß ein bekannt sicherer Anreiz, sich mühsam mit neuen Dingen zu befassen, nämlich ein damit verbundener materieller Gewinn, für den Referenten in der ärztlichen Fortbildung völlig fehlt, da die Eigenmittel der Veranstalter - der Akademien zum Beispiel - unzureichend sind und Mittel von anderer Seite nicht für ein System vergeben werden, das der Geldgeber nicht selber aufstellt, beeinflußt und aus dem er nicht eigenen Nutzen zu ziehen vermag.

Das ist das zweite noch ungelöste Problem. Trotzdem gingen die Arbeiten ungehindert weiter. Die zum Mitmachen bereiten Referenten haben das nobile officium für die Kollegen, das sich aus ihrer wissenschaftlichen Kompetenz ergibt, großzügig übernommen und nicht nach materiellem Vorteil gefragt. Die Didaktiker fuhren ihr gesamtes Arsenal auf. Die Vorträge wurden mit der Videokamera aufgenommen, der Vortragende wurde anhand eines Formblattes sowohl von einer Expertengruppe - eben den Didaktikern - als auch von dem Gros der Teilnehmer beurteilt. Die Teilnehmer selbst unterzogen sich freiwillig am Schlusse der Tagung einer schriftlichen

Prüfung über das Dargebotene mittels eines eigens hergestellten Fragebogens. Die Resultate wurden nach mehreren Gesichtspunkten mit Computerhilfe aufbereitet und ergaben mannigfache Hinweise für Neuerungen und Verbesserungen. Die Akzeptanz solcher ungewohnter und im einzelnen auch belästigender Maßnahmen durch alle Beteiligten war überraschend groß. Von den Referenten hat nur einer unter etwa 50 brüsk das Team verlassen. Die meisten anderen ließen sich ihre Attitüden und persönlichen Eigenheiten beim Vortrag vorspielen und besprachen mit den Didaktikern unter vier Augen etwaige Fehler und mögliche Verbesserungen. Die Begeisterung war nicht gleichmäßig verteilt, aber das konnte wohl niemand erwarten.

Eine zweite Serie von Veranstaltungen mit ständiger Begleitung von Didaktikern wurde mit dem Thema "Pharmakotherapie" gestartet. Es handelte sich um eine Auftragsleistung mit dem Ziel, zur Kostenminderung in der Arzneimittelverschreibung beizutragen. Es wurde ein Zugang zu einer Verhaltensübersicht in der ärztlichen Praxis gesucht und in annehmbarer Form in Fallseminaren gefunden, die einem Seminar über Pharmakotherapie im Abstand von 1-2 Wochen folgten. Solche Veranstaltungen sind ganz praxisnah, geben den Kollegen laufend Gelegenheit zu Analogieschlüssen zu eigenen Erfahrungen und sind daher von großem didaktischem Wert. Unerwartet hat sich erwiesen, daß es den Referenten sehr schwer fällt, gute Fallbeispiele zu simulieren oder entsprechende echte Fälle praxisrelevant darzustellen. Dementsprechend liegt hier noch ein weites Feld vor, auf dem Aufbauarbeit geleistet werden muß. Fallsemi-

naren dürfte aber, mit großen Hoffungen verbunden, die Zukunft der ärztlichen Fortbildungsbemühungen gehören. Ihre Bewährungsprobe haben sie bereits bestanden, so daß sich der Ausbau der Methode gewiß lohnen wird. Die Abhaltung von Fallseminaren ist deshalb auch in die Empfehlungen für die Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen der Arbeitsgemeinschaft der Akademien aufgenommen worden.

Es lassen sich nun auch die Antworten auf die eingangs gestellten drei Fragen ableiten: 1. Welche Programme soll man wem anbieten? Hierbei hat man gelernt, zwischen den subjektiven Bedürfnissen der Ärzte nach Fortbildung und dem objektiv festzustellenden Bedarf zu unterscheiden. Über die subjektiven Bedürfnisse der Kollegen kann man sich damit einen Überblick verschaffen, daß man am Schlusse von Veranstaltungen nach den weiteren Wünschen der Teilnehmer fragt. Die Fragestellung muß den Kollegen bekannt sein und sie müssen daran gewöhnt werden, denn unerwartetes Fragen bringt erfahrungsgemäß nichts Brauchbares. Schon diese einfache Maßnahme setzt das Vorhandensein einer zentralen Stelle voraus, in der die Ergebnisse gesammelt und verarbeitet werden. Dazu reicht die Organisation unserer Akademien, die von den Kammern eingerichtet sind oder mitgetragen werden, aus. Schwieriger wird es mit der Feststellung des Bedarfs. Soll er aufgrund besonderer Merkmale ärztlichen Verhaltens ermittelt werden, ist eine Stelle vonnöten, die laufend wissenschaftlich einwandfreie Recherchen zur Aufdeckung des Bedarfs vornimmt. Dazu aber sind die Mittel und Kräfte der Akademien, wie diese gegenwärtig dotiert sind,

keinesfalls genügend. Die Fortbildungsprogramme müssen aber vorwiegend nach dem Bedarf aufgestellt werden, der gewöhnlich nach neuen Erkenntnissen, wie sie in der Fachpresse zur Veröffentlichung gelangen, ermittelt wird. Das ist aber nicht der ganze Bedarf, wie wir bereits gesehen haben. Der Senat für ärztliche Fortbildung der Bundesärztekammer setzt jährlich Schwerpunkte der Fortbildung fest, die aber nur einen Teil des Bedarfs abdecken. Die Akademien erarbeiten ihrerseits Schwerpunkte für ihre Programmierungen, wodurch eine recht annehmbare Systematik der Fortbildung ermöglicht wird, die aber durch eine ständige wissenschaftliche Begleitung der Fortbildungsarbeit erheblich zu verbessern wäre. Die Zielgruppen, denen ein bestimmtes Programm zugeordnet ist, decken sich nicht immer mit einem einzelnen Fachgebiet. Es kommen interdisziplinäre Themen zur Auswahl und Themen, die alle Ärzte angehen, vor allem solche über die Grundlagen der Medizin, die sogenannten theoretischen Fächer, deren Pflege in der Fortbildung der ihnen gebührende Platz allzu häufig vorenthalten wird.

Die zweite Frage, wie man Fortbildungsveranstaltungen am zweckmäßigsten anbieten sollte, damit der Arzt sie als attraktiv, für ihn wichtig und nützlich ansieht, berührt zunächst einmal das Problem der Freiwilligkeit der Fortbildung. Ist eine Veranstaltung geeignet, dem Arzt eine bestimmte Kompetenz zu verschaffen, oder - bescheidener ausgedrückt - ihm durch den Besuch der Veranstaltung eine besondere Berechtigung zu verleihen, wie etwa die Abrechnung einer entsprechenden Position der Gebührenordnung, so genügt es, bei der Ankündigung darauf hinzuweisen. Bei allen anderen Veranstaltungen,

und das ist die große Mehrheit, sollte ihre Ankündigung eine kurze und prägnante Inhaltsangabe, evtl. auch mit Formulierung der Lernziele, enthalten. Auch solche ganz einfach und anspruchslos erscheinende Maßnahmen erfordern eine ständige zentrale Einrichtung mit ausreichender Personalstärke.

Die dritte Frage nach der optimalen Effektivität einer Fortbildungsunternehmung zielt auf ein großes offenes Problem. Die Erfahrungen, die bisher in der Erwachsenenbildung gemacht wurden und deren Beachtung den Organisatoren ärztlicher Fortbildung so eindringlich empfohlen wird, reichen für die spezifischen Probleme des Arztes nicht aus. Viel wäre erreicht, wenn man die auf dem ärztlichen Sektor schon vorliegenden Erfahrungen auch zur praktischen Nutzung brächte, wie zum Beispiel durch Referentenschulung, durch Erstellung von Begleitmaterial bei den Veranstaltungen und durch systematische Ermittlung des Fortbildungsbedarfs sowie Ankündigung der daraus abgeleiteten Programme in gefälliger und ansprechender Art und Weise.

Eine systematische kontinuierliche ärztliche Fortbildung benötigt ein definiertes Ziel und geeignete Methoden, die von der herkömmlichen Art der Fortbildung abweichen. Organisation, Programmgestaltung und die Art der Durchführung haben nach wissenschaftlichen Gesichtspunkten zu erfolgen, was nur gelingt, wenn hierzu eine Einrichtung geschaffen wird, in der Praktiker, Didaktiker und Fachwissenschaftler in einer eigenen Forschungsrichtung, der Fortbildungsforschung, zusammenarbeiten. Die nötigen Mittel, um ein solches zentrales Institut ins Leben zu rufen und zu erhalten, können zur Zeit von

der Ärzteschaft nicht aufgebracht werden. Um öffentliche Mittel zu bekommen, reicht die Durchschlagskraft der Argumente anscheinend noch nicht aus oder ist die entsprechende politische Situation noch nicht gegeben. Dem Ziel in kleinen Schritten näher zu kommen, ist aber auch heute möglich, sofern man es zu tun beabsichtigt.

Dr. med. Hermann Kerger  
Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen  
Carl-Oelemamm-Weg 7  
6350 Bad Nauheim