

# CME: Welches Fleisch an welchem Knochen?

Klaus Neftel

Seit der Einführung der gesetzlichen Fortbildungspflicht ist das Kürzel «CME» in aller Munde und wird inzwischen sogar schon ohne Kenntnis seiner Herkunft verwendet. Die neue Fortbildungsverpflichtung hat ausserhalb der Ärzteschaft bei einigen den falschen Eindruck erweckt, Fortbildungsprogramme hätten zuvor nur sporadisch oder überhaupt nicht existiert und seien quasi erst jetzt entdeckt worden. Das Angebot hat allerdings tatsächlich gewaltig zugenommen und ist zum unübersichtlichen Markt geworden. Es ist bunter gemischt als früher und zum Glück nach wie vor «multikulturell». Ein durchorganisierter Plan für alle wäre jedenfalls nicht zu begrüssen.

Immer noch ziemlich neu sind zahlreiche Formate und Medien, mit denen die Fortbildungsinhalte «transportiert» werden, sowie die Tatsache, dass der Fortbildungskonsum kontrolliert wird. Die Konsumenten interessiert aber vor allem das inhaltliche Fleisch. Die Verpflichtung zur Fortbildung liess jedoch auch den administrativen und regulativen Knochen wachsen, der einigen weniger schmeckt. Über viele Aspekte der CME scheint weitgehender Konsens zu bestehen: CME soll nicht nur Wissen, sondern auch Können vermitteln, sie soll praxisrelevant und problemorientiert sein, die Wünsche und Bedürfnisse ihrer Kunden berücksichtigen, nicht ex cathedra, sondern interaktiv stattfinden und auf sinnvolle Art eine Verhaltensänderung bewirken, wenn eine solche nötig ist.

Vielleicht altersbedingt habe ich als ehemaliger generalistischer Spitalinternist zwei etwas altmodische und thematisch eher zufällig gestreute Fortbildungsformen als die nachhaltigsten erlebt, von denen eine übrigens gar nicht als Fortbildung geplant war: Am stärksten wirken bei mir immer noch die vielen Konsilien nach, die oft erleuchtend waren und starke Engramme schufen. Sie erfüllten in idealer Weise viele modern anmutende Anforderungen an gute CME: Man ist mit eigener Frage und Verantwortung, das heisst mit grossem Interesse beteiligt, es gibt ein Problem zu lösen, das Teaching ist oftmals höchst interaktiv und die Anzahl Fortzubildender sehr klein, häufig gleich eins. Die «Verhaltensänderung» ist bei dieser Fortbildungsvariante in den meisten Fällen sowieso das Ziel. Ähnlich optimal habe ich die unzähligen Fälle des Tages an der Medizinischen Klinik in Zürich in Erinnerung. Täglich stellte eine Abteilung einen Fall vor, der Oberarzt kommentierte, gefolgt von einer intensiven Diskussion. Die Spezialisten erschienen regelmässig. Dauer: 25 bis 30 Minuten. Rund hundert selbstkommentierte Fälle haben mir noch einige Jahre gute Dienste geleistet.

Eine gewisse Nostalgie mag hier mitspielen. Immerhin hat aber kürzlich eine grosse Ärzteumfrage in der Schweiz ergeben, dass der persönliche Austausch mit Fachkollegen mit einem Anteil von 40% von

allen Informationsquellen mit Abstand die wichtigste ist und es vorerst auch bleiben dürfte [1].

Heute gibt es eine bis vor kurzem nicht gekannte Vielfalt an Fortbildungsvarianten. Welche Modalitäten sind hierbei wirksam? Die Wirksamkeit liegt sicher nicht primär an der Modalität. Ein gutes Qualitätsniveau der Substanz vorausgesetzt, sind die motivierenden und Nachhaltigkeit garantierenden Ingredienzen wie Interesse, Relevanz und persönlicher Einbezug entscheidend; wie übrigens schon immer. Unter diesem Gesichtspunkt kann auch die in die historische Ecke gedrängte Frontalpräsentation höchst wirksam sein.

Wie soll man sich in der wachsenden Koexistenz der Möglichkeiten bewegen, und – für das SMF am wichtigsten – welche Rolle kann Gedrucktes neben der elektronischen Informationsflut (noch) spielen?

Zum ersten Punkt: Es braucht einen guten Mix. Das ist zwar noch völlig trivial. Weniger trivial ist es für den einzelnen, diesen Mix individuell im vielfältigen und zunehmend inflationären Angebot zu finden. Einen Hinweis, wie entscheidend das sein könnte, gibt ein Review von Choudhry et al. [2]. Der unangenehme Befund: Ältere Ärzte mit mehr Erfahrung behandeln ihre Patienten mit schlechteren Resultaten. Es könnte durchaus sein, dass der Grund hierfür nicht nur in zu wenig Fortbildung besteht, sondern auch in zu ungeeigneter.

Zum zweiten Punkt: Gutes Gedrucktes bildet ein Gegengewicht zu den elektronischen Informationsquellen. Die Information wird hier nicht durch die übergrosse Menge verdünnt. Ausserdem fällt es vielen schwer, am Bildschirm einen Text im Zusammenhang zu lesen und zu erfassen. Sogar wenn vom Löwenanteil der «Curriculum»-Artikel im SMF nur die Quintessenz gelesen wird, bleiben die Vorzüge eines guten Digest erhalten. Semper aliquid haeret – und oft animiert die Quintessenz zum Lesen des Artikels oder wenigstens eines Teils davon. Das SMF mit seiner flächendeckenden Verbreitung in der Schweiz hat ferner die Möglichkeit und Verpflichtung zu aussergewöhnlicher thematischer Breite. Zu diesem Zweck wollen wir nicht nur mit gelegentlichen neuen Rubriken neues Interesse generieren; ein zentrales Anliegen ist auch die Möglichkeit, das Online-Tool SMF-CME ([www.smf-cme.ch](http://www.smf-cme.ch)), das bereits von der SGIM akkreditiert ist und von der SGAM empfohlen wird, durch weitere Fachgesellschaften zur Anerkennung als anrechenbare Form der Fortbildung prüfen zu lassen.

Damit ist noch immer nicht gesagt, was gute CME ist. Um es einfach zu machen: CME ist gut, wenn sie dazu beiträgt, dass die wachsende Erfahrung die Qualität der medizinischen Dienstleistung tatsächlich verbessert und nicht zum «self-confirming memory» verkommt.

## Literatur

1 van Lier M. Das Informationsverhalten niedergelassener Ärzte in der Schweiz. Teil 1: Die Bezugsquellen. *PrimaryCare* 2005;5:893–6 und Ders. Wie informieren sich Hausärzte in der Schweiz? Teil 2: Beziehungsumfeld und Informationsbezug. *PrimaryCare* 2005;5:910–5.

2 Choudhry NK, Fletcher RH, Soumerai SB. Systematic review: the relationship between clinical experience and quality of health care. *Ann Intern Med* 2005;142:260–73.