

Docendo discimus



Professor Dr. Martin Fischer

Foto: Klinikum der Universität München/S. Hartmann

Seit August 2011 hat Professor Dr. Martin Fischer, Facharzt für Innere Medizin und Vorsitzender der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA – E-Mail: www.gesellschaft-medizinische-ausbildung.org), den Lehrstuhl für Didaktik und Ausbildungsforschung in der Medizin am Klinikum der Universität München inne. Ginge es nach ihm, soll das Medizinstudium individueller und flexibler und der Übergang von Aus- und Weiterbildung nahtloser werden. Aktuelle Bildungsforschungsergebnisse sollten schneller den Weg zu den Studierenden finden. Ein Gespräch auf Senecas Spuren: „Docendo discimus“.

Professor für Ausbildungsforschung und Didaktik in der Medizin – was kann man sich konkret darunter vorstellen?

Fischer: Der Lehrstuhl ist momentan der einzige dieser Art an einer Medizinischen Fakultät einer staatlichen Universität in Deutschland. Unsere Aufgaben sind Service und Forschung. Wir liefern der Fakultät und dem Klinikum Dienstleistungen für Qualitätsfragen von Prüfungen, Evaluationsverfahren, didaktische Qualifikation von Dozenten und computerunterstützte Lehr- und Lernkonzepte. Außerdem wollen wir mit quantitativen und qualitativen Methoden der Sozialwissenschaften Erkenntnisse gewinnen, um die Lehre und dadurch auch die Patientenversorgung zu verbessern.

Es geht um Versorgungsforschung und Patientenversorgung im weiteren Sinn?

Fischer: Ja, eigentlich geht es darum, nicht nur die Klausur- und Examensnoten der Studenten zu verbessern, sondern den Lernprozess besser zu verstehen und letztendlich die Versorgung der Patienten zu optimieren. Das ist der theo-

retische Unterbau, den wir mit der medizinischen Fachdidaktik verbinden.

Klingt sehr abstrakt. Mal ganz konkret gefragt: Haben Sie auch Einfluss auf die Lehrinhalte?

Fischer: Nein, wir sind beratend tätig. Über Inhalte entscheiden die verantwortlichen Lehrstühle.

Werden im Medizinstudium heute auch die Fähigkeiten Kommunikation, Teamplay, Management usw. vermittelt?

Fischer: Genau das haben wir mit einem Lernzielkatalog erfasst. Über das Wissen hinaus, das natürlich Grundvoraussetzung ist, muss heute kommuniziert, interdisziplinär und interprofessionell zusammengearbeitet und gemanagt werden. Hier wollen wir ansetzen und die Handlungskompetenz der Studenten unterstützen und sie auf die Weiterbildung und ihre zukünftigen Arztrollen vorbereiten. Heute gibt es an fast allen Universitäten Trainingszentren, an denen man Fertigkeiten, wie Blasenkatheter legen oder Blut abnehmen, lernen kann und auch prüft. Mit Schauspielerstudenten werden Kommunikationstrainings durchgeführt und seit einem Jahr haben wir eine Simulationsklinik am Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München eingerichtet.

Dozenten an den Medizinischen Fakultäten haben Aufgaben in Kuration, Forschung und Lehre – zu gleichen Teilen? Ist diese Trias noch zeitgemäß?

Fischer: Das ist ein Problem des Professionalisierungsgrades. Gerade in den vorklinischen Fächern lehren heute kaum noch ärztliche Kollegen. Diese betreiben Forschung und lehren. Möglicherweise steuern wir auf Karrieremodelle mit einer Schwerpunktbildung auf zwei von drei Bereichen auch in den Kliniken hin. Die Feierabendforschung ist, denke ich, passé.

Werden auch Aspekte wie Empathie, Verantwortungsbewusstsein oder ethische Inhalte im Studium vermittelt?

Fischer: Die Grundlagen dafür müssen im Studium angelegt sein, aber dann in der Weiter- und Fortbildung gelebt und konkretisiert werden. Vielleicht müssen wir wegkommen von Formaten wie Kursen oder Symposien und hin zu mehr Entscheidungshilfen im konkreten Einzelfall. Die Themen sind vielleicht noch nicht gut genug integriert im Studium. Wissen müssen wir mit Anwendung kombinieren und mehr Versorgungspraxis wie hausärztliche Lehrpraxen ins Studium bringen.

Schnittstelle Ausbildung/Weiterbildung? Studium/Assistenzzeit?

Fischer: Es gibt einen gewissen Praxisschock, wobei das Praktische Jahr sicher ein Erfolgsmodell ist. Die Konzeption der Arztrollen ist gut, nur müssen wir mehr Rückkopplung geben, wo die jungen Kollegen stehen, was sie können und wobei sie noch Hilfe benötigen. Das würde uns aber wegbringen vom bisherigen Modell der Weiterbildung, in dem wir maßgeblich „Zeiten und Zahlen“ abbilden und abfordern. Konzepte, wie etwa „Entrustable Professional Activities“, in dem wir professionelle Meilensteine und Bereiche definieren, die beherrscht werden müssen, könnten da hilfreich sein. Auch die Weiterbilder müssten dafür anders qualifiziert und überprüft werden.

Genau hier setzt ja das Projekt „Evaluation der Weiterbildung (EVA)“, das die Bundesärztekammer mit den Landesärztekammern seit 2008 initiiert hat, an.

Fischer: Das Projekt EVA ist sicherlich verdienstvoll. Vielleicht müsste man den Spieß auch umdrehen und sich mehr an den engagiertesten Weiterbildern orientieren. Unsere Fragen lauten beispielsweise: Wo werden die Studenten – nach einem hochstrukturierten Studium – in der Weiterbildung abgeholt? Gibt es verbindliche Weiterbildungs-Curricula, können wir trotzdem mehr Individualität und Flexibilität ermöglichen? Eine separate Finanzierung für die Ressource Weiterbildung, wie in anderen Ländern – bei uns bisher nur in der Allgemeinmedizin – wäre entscheidend.

Kernaufgaben der Ärztekammern sind unter anderem Weiterbildung und Fortbildung. Haben Sie Ideen für eine verstärkte Kooperation?

Fischer: Der Dialog mit der Kammer existiert ja bereits. Interessant wäre natürlich die verstärkte Erörterung von Qualitätsfragen in der Weiter- und Fortbildung, beispielsweise die Festlegung von Qualitätskatalogen für die Weiterbilder und die Curricula. Genauso würde dies für die Anforderungen an die Fortbilder gelten. Was gibt es – über bestehende CME-Formate hinaus – noch an anspruchsvollen und vernetzten Fortbildungsmethoden? Hier könnten wir mit den Kammern forschen und erproben. Das wäre ein spannendes Feld!

Vielen Dank für das Gespräch. Die Fragen stellte Dagmar Nedbal (BLÄK).