Ärztliche Pflichtfortbildung und Fortbildungs nachweis – Beiträge zur Qualitätssicherung in der Medizin?*)

Günter Ollenschläger und Justina Engelbrecht
Bundesärztekammer, Köln

Zusammenfassung


Sachwörter: Ärztliche Fortbildung, Pflichtfortbildung, Fortbildungsnotwendig, Lehr- Curricula, Qualitätssicherung

*) Nach einem Vortrag auf dem 7. Internationalen Kongreß der Europäischen Akademie für ärztliche Fortbildung (EAMF), Köln – 4.–5. 3. 1994


Fortbildung und ärztliches Verhalten – Fortbildung und Qualität der Patientenversorgung


Ziele eines obligatorischen Fortbildungsplanes

Welche Gründe sprechen für die Einführung eines obligatorischen Fortbildungsplanes?

Hier stehen folgende Argumente im Vordergrund:

- Die Verantwortung des Arztes gegenüber dem Patienten und der Gesellschaft: „The medical profession has a responsibility to society to show that it is efficient, knowledgeable, and up to date." (2).

Das Vertrauen des einzelnen Patienten gegenüber seinem Arzt gründet sich wesentlich darauf, daß die medizinische Betreuung an aktuellem Fachwissen und Können orientiert ist (6). Da es bisher keinen Beleg dafür gibt, daß Wissen und Verhalten eines Arztes automatisch miteinander gekoppelt sind, ist die Frage nach dem Sinn eines obligatorischen Fortbildungsplanes der Heilberufe nicht wissenschaftlich sondern gesellschaftspolitisch („Vertrauen oder Mißtrauen der Gesellschaft gegenüber den Heilberufen“) zu beantworten.

- Die Qualitätssicherung der ärztlichen Leistung (1), da Fortbildung eines der wichtigsten Instrumente der medizinischen Qualitätssicherung ist.

Spezifische Qualifikationsnachweise, welche die Teilnahme an definierten Fortbildungsmaßnahmen zertifizieren, sind in Deutschland allgemein üblich. So werden in der ver-

Tabelle 1. Einfluß von Fortbildungsmaßnahmen auf ärztliches Verhalten und auf ärztliche Behandlungserfolge – Analyse von 50 randomisierten kontrollierten Studien (nach 12).

<table>
<thead>
<tr>
<th>Fortbildungsart</th>
<th>Anzahl der Studien mit/ohne Einfluß auf ärztliches Verhalten</th>
<th>Behandlungserfolg Einfluß</th>
<th>kein Einfluß</th>
<th>Einfluß</th>
<th>kein Einfluß</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ausschließliche Informationsübermittlung</td>
<td>7</td>
<td>4</td>
<td>1</td>
<td>5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Informationsübermittlung ergänzt durch Arbeitshilfen für die Berufspraxis</td>
<td>9</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>4</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Informationsübermittlung ergänzt durch verstärkende Maßnahmen</td>
<td>18</td>
<td>8</td>
<td>6</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kombination des Vor- stehenden oder einzelner multifaktorieller Maßnahmen</td>
<td>14</td>
<td>0</td>
<td>5</td>
<td>4</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

1) z. B. in Form von Vorlesungen, Lektüre, Konsultationen, Wissenstests, interaktiven Medien u. a.;
2) z. B. in Form von Betreuungsstandards und Handlungsempfehlungen, Schulungsmaterial für Patienten, Informationsmaterial für Patienten, Dokumentationsformulare u. a.;
3) z. B. Erinnerung, Feedback u. a.;
4) z. B. Fallbesprechung mit einem Experten, Vortrag oder Intervention eines „Opinion Leader“. 

Gustav Fischer Verlag Jena
tragsärztlichen Versorgung bestimmte Betreuungsmaßnahmen von den Kassenärztlichen Vereinigungen nur dann zugelassen und von den Kostenträgern honoriert, wenn eine spezielle Fortbildung nachgewiesen werden kann (Beispiele: Diabetiker-Schulung, Methadon-Substitution, Rettungsdienst, Ultraschall-Diagnostik). Bei allen diesen Qualifikationen handelt es sich überwiegend um Kenntnisse und Fertigkeiten, die eines Trainings bedürfen, welches während der Aus- und Weiterbildung häufig nicht oder nicht ausreichend vermittelt wurde.

Die speziellen Fortbildungsanweisungen sind ansengemessene Instrumente der Strukturqualität. Sie belegen eine definierte Weiterentwicklung der ärztlichen Kompetenz.

Im Gegensatz dazu ist der Beweis, daß ein unspezifischer obligatorischer Fortbildungsanweis die Qualität der ärztlichen Versorgung sichert oder verbessert, nach wissenschaftlichen Kriterien bisher nicht erbracht (siehe Tab. 1). Auch die Vorstellung, daß man die sogenannten „schwarzen Schafe“ über eine solche Fortbildungsregelung kontrollieren könne, ist unrealistisch (3).

- Die Motivation zur Fortbildung: der Fortbildungsanweis soll die Ärzte an die Einhaltung ihrer Fortbildungspeggel mahnen (1).

Das Argument, daß ein Fortbildungsanweis notwendig ist, um die Ärzte an die Einhaltung ihrer Fortbildungspegel zu mahnen, wird durch das über Jahrzehnte unveränderliche Antwortmuster der Ärzteschaft auf die Frage nach dem Fortbildungsverhalten widerlegt (26): Nahezu 100% aller Ärzte geben an, Fortbildung zu betreiben. Die Bedeutung der Fortbildung ist also allen Ärzten bewußt.

Eine administrativ verordnete, obli-
gatorische und routinemäßige externe Überprüfung der Fortbildung, und zwar ohne Berücksichtigung der individuellen Lernbedürfnisse, demotiviert den Lernenden eher und ist dadurch ineffizient (4).

Argumente gegen eine obligatorische Fortbildungsanweispflicht

Zusätzlich zu den eben genannten Argumenten sprechen weitere gegen eine undifferenzierte obligatorische Fortbildungsanweispflicht. Die Teilnahmedokumentation allein läßt keine Schlüfsfolgerung über den Wissenszuwachs zu, dies ist nur möglich durch eine gleichzeitige Lernkontrolle. Es sind aber gerade die einfach evaluierbaren Fortbildungsmaßnahmen – insbesondere die Frontalvorlesung – die einen besonders geringen Einfluß auf das ärztliche Verhalten haben (12, 17, 18).

Dementsprechend machte Manning (22) vor allem zwei Faktoren dafür verantwortlich, daß dem administrativ verordneten Fortbildungsanweis in den USA der Erfolg – die Verbesserung des ärztlichen Handelns – verwehrt blieb, nämlich

- den demotivierenden großen bürokratischen Aufwand für den Fortbildungsanweis, sowie
- die Formalisierung der Fortbildung zu Kontrollzwecken, das heißt ihre weitgehende Gleichsetzung mit Unterricht im Vorlesungstitel.

Somit besteht die Gefahr, daß bei einer obligatorischen externen Evaluation des Fortbildungserfolges so wohl das eigenständige, problemorientierte Lernen – die am häufigsten praktizierte Bildungsmethode des Arztes – als auch der inviduelle Fortbildungsbedarf nicht angemessen berücksichtigt werden. Indem staatliche Reglementierung wesentliche Standardkriterien für gute ärztliche Fortbildung (4, 14, 25) nicht berücksichtigen kann, beeinträchtigt sie die Fortbildungsauswahl.

Darüber hinaus hat nach Manning gerade die Fortbildungsanweispflicht in den USA einen boomenden kommerziellen Fortbildungsmarkt ausgelöst und unterhalten. Die Anbieter von Fortbildungsmaßnahmen künsterten sich primär um das Marketing. Die Entwicklung und Verbreitung weit effektiverer Fortbildungsmethoden als der Frontalvorlesung sind über Jahre behindert worden.

Zusammenfassend sind die Argumente gegen einen obligatorischen Fortbildungsanweis demotivation des Fortzubildenden, Ineffizienz der Maßnahme, Verhinderung effizienter Fortbildungsformen.

Die Alternative zum obligatorischen Fortbildungsanweis – Motivation zur Teilnahme an effizienten Fortbildungsmaßnahmen

Die aktive, motivierte Teilnahme an effektiven Fortbildungsmaßnahmen muß auf anderem Wege derartig sichergestellt werden als durch administrative Reglementierung.

In den letzten zwei Jahren wurden die Bildungsangebote der ärztlichen Selbstverwaltung in Deutschland im Sinne der von Bloch (3) vorgeschlagenen vier Schritte konsequent weiterentwickelt.

- Festlegung von Normen für gute ärztliche Fortbildung

- Bereitstellung von Fortbildungenstagebüchern für Ärzte
- Erarbeitung von Hilfsmitteln zur Selbstbewertung
Dokumentationshilfen für Ärzte im Sinne von Fortbildungsgebühren sind allgemein üblich. Instrumente zur Selbstbewertung – aber auch zur Bewertung der Fortbildungsdozenten werden bereits vielerorts verwendet.

- Bereitstellung eines vielfältigen Angebots an Lernhilfsmitteln


Eine administrative Überprüfung des Fortbildungserfolges durch Dritte ist abzulehnen. Qualitätssicherung ist nur dann effektiv, wenn sie auf freiwilliger Basis erfolgt.

### Schlüssefolgerungen

Die vorliegenden Analysen lassen den Schluß zu, daß zwar die Fortbildungspflicht, nicht aber der administrative, verordnete Fortbildungsweis die Patientenbetreuung verbessern kann. Die Motivation zur effektiven Fortbildung wird durch einen obligatorischen Nachweis beeinträchtigt. Als Alternative werden folgende Maßnahmen vorgeschlagen, um die Teilnahme an effektiven Fortbildungsmassnahmen sicherzustellen: Festlegung von Normen für gute Fortbildung, verstärkte Berücksichtigung des individuellen ärztlichen Lernbedürfnisses, Bereitstellung von Hilfsmitteln zur Dokumentation der Fortbildung und zur Selbstbewertung des Fortbildungs-erfolges.

### Abstract

**Compulsory CME and proof of continuing education – contributions to the quality assurance in medicine**

Continuing education is seen as one of the most important instruments of medical quality assurance. Therefore, the duty of continuing medical education was put down in the professional rules of German physicians in 1976. It has been demonstrated many times that most of the physicians keep this professional duty. However, it has been repeatedly discussed whether the physician’s motivation for continuing education is sufficient or whether it is necessary to introduce a compulsory proof of CME. It is analyzed in this article how the efficacy of compulsory and compulsory proof of is verified scientifically. Further, different tools are introduced which may help to admit a greater obligation. The discussion is based on data from Medline search using the keywords 'Continuing medical education' and 'Quality assurance' for the years 1984–1993. Studies reporting with compulsory CME and considerations of standards were chosen. Further, presentations of the 'European Academy of Medical Education' (EAME), Cologne March 4–March 5, 1994 as well as the publications of the German Medical Association regarding quality assurance of CME from the years 1993 to 1995 have been taken into account.

**Key words:** continuing medical education, compulsory continuing education, proof of continuing education, teaching curriculum, quality assurance

### Literatur

1. Ärztekammer Hamburg (1993) Antrag des Fortbildungsausschusses an die Kammerversammlung zur Einführung eines Fortbildungsweises, unveröffentlichtes Manuskript
7. Bundesärztekammer, Deutscher Ärzte- tag (1994) Gesundheitspolitisches Pro-
§ 135 Abs. 3 SGB V. Dr. Ärztebl 90: A, 1611–1614
23. Odenbach P (1979) Ärztliche Fortbildung. Dr Ärztebl 76: 1643–1658

Korrespondenzadresse: PD Dr. Dr. G. Ollenschläger, Bundesärztekammer, Dezernat Fortbildung, Herbert-Lewin-Str. 1, 50931 Köln.

2. Fachsymposium der Bundesärztekammer für ärztliche Dozenten „Qualität und Qualitätssicherung der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung“

22.–23. September 1995 in Würzburg

Tagungsablauf:

- **Plenarveranstaltung** (Freitag 22.9., 9.00–13.00 Uhr)
  - „Qualität und Qualitätssicherung im ärztlichen Bildungssystem – können Aus-, Weiter- und Fortbildung voneinander lernen?“ (Moderation: K. Knopp, Gießen)
  - Einführungsstatements und Podiumsdiskussion: J. Koebke, Köln (Vorklinische Ausbildung)
  - R. Wiedersheim, Witten-Herdecke (Klinische Ausbildung), N. Schäfer, Köln (Studierende), H. Heinemeyer (Weiterbildung), R. Bloch, Bern (Fortbildung), D. Davis, Toronto (Aus-, Weiter-, Fortbildung in Kanada)

- **Workshops in Kleingruppen** (Freitag 22.9., 14.30–18.30 Uhr und Samstag 23.9., 8.30–12.00 Uhr)

- **Resümee im Plenum** (Samstag 23.9., 12.15–13.30 Uhr)
  - „Qualitätssicherung in der Aus-, Weiter- und Fortbildung durch Kleingruppenarbeit“ (Moderation: H. Koch, Nürnberg – angefragt –)