

## **Schäfer, Robert D., Dr.med., Geneva, Switzerland**

Managerial Physician of the Medical Association Nordrhein, Dusseldorf, Germany, Head of the Standardization Commission for clinical trials of Medicinal Products; Co-Chairman of the K 810 in DIN and VDE (DKE); Chairman of Subcommittee 62D (Electromedical equipment) at the International Electrotechnical Commission (IEC), Geneva, Switzerland

*Geschäftsführender Arzt der Ärztekammer Nordrhein, Düsseldorf, Deutschland; Vorsitzender des Normungsausschusses klinische Prüfung von Medizinprodukten; stellvertretender Vorsitzender des K 810 - Deutsche Kommission Elektrotechnik Elektronik Informationstechnik im DIN und VDE (DKE); Vorsitzender des Komitees SC 62D (Electromedical equipment) der International Electrotechnical Commission (IEC) Genf, Schweiz*

---

### **Akkreditierte Weiterbildung für MedizinerInnen**

#### *Abstract:*

*Education is essential to the medical profession. Six years of medical school is followed by a further five to six years of specialist training. Working as a doctor means life-long education. In Germany, doctors are legally compelled to undertake advanced training which, strictly speaking, is an obligation to prove that such a requirement has been fulfilled.*

*Further training serves the medical profession by developing competence through the transfer of knowledge. Deficiencies in the supply of medical care should not be equated with a lack of skills among medical practitioners. In English-speaking countries, it was found that the practice of medicine was more accomplished after the introduction of compulsory further training. However, such training can only solve part of the problem because*

- *our idea of education has evolved over time;*
- *education pursues educational goals that are insufficiently discussed;*
- *the demand for and the willingness to undergo further education do not always converge;*
- *professional competence requires more than just knowledge;*
- *the quality of medical care is subject to a whole range of influences;*
- *the proof of having undertaken further training does not guarantee that the training itself is of a high or even adequate standard.*

*When discussing reform of the health care system, educational aspects have to be taken into consideration, not least because of the time required to undertake further training. In view of the often neglected "brain drain", the cost of education has to be an issue as well as the time and money required for complying with compulsory further training.*

*The complexity inherent in the topic of quality of medical care is underestimated. Without proof, inadequacies in the supply of medical care are attributed to a lack of medical competence. Consequently, the issue is simplified and compulsory training asserted to be the (only) solution. But compulsory training (alone) cannot eliminate the problem of unsatisfactory exercise of the profession.*

*State influence should be limited where it clearly discourages more than it optimises medical performance. Further training for medical doctors belongs in the hands of medical professionals*

Auf dem Deutschen Ärztetag 1990 fiel ein Antrag der Bundesärztekammer, ein „freiwilliges Fortbildungszertifikat“ einzuführen, mit Pauken und Trompeten durch. Der zum damaligen Zeitpunkt geplante Fortbildungsnachweis sollte die allgemeine Berufspflicht dahingehend vereinheitlichen, dass Fortbildung in dem Umfang stattfinden sollte, wie es zur Erhaltung und Entwicklung der zur Berufsausübung erforderlichen Fachkenntnisse als nötig erachtet wurde. 1997 empfahl der Deutsche Ärztetag, ein solches Zertifikat einzuführen. Seit Januar 2006 schließlich besteht eine gesetzliche Verpflichtung für alle FachärztInnen in Deutschland, einen Fortbildungsnachweis zu erbringen.

Bildung ist als zentraler Begriff für den ärztlichen Berufsstand konstitutiv. Gegenstand dieses Beitrages soll die ärztliche Fortbildung und dabei insbesondere der Aspekt des staatlich geforderten Fortbildungsnachweises sein. Wegen des teilweise differierenden Sprachgebrauchs werden die verwendeten Termini kurz erläutert.

### **Ausbildung:**

Die Bundesärzteordnung regelt in Deutschland die ärztliche Ausbildung. Nach erfolgreichem Studium wird auf Antrag die Approbation erteilt, die zur Ausübung der Heilkunde berechtigt. Kostenschätzungen für die medizinische Ausbildung in Deutschland gehen von ca. 200000 € bis 250000 € je Studium aus. Die aktuelle Diskussion über Studiengebühren betrifft rund 3 bis 3,5 % dieser vom Staat getragenen Summe.

### **Weiterbildung:**

Weiterbildung entspricht im internationalen Sprachgebrauch dem Begriff des „postgraduate training“. Unter Weiterbildung wird die von den Ärztekammern definierte, strukturierte und mit Prüfung abzuschließende Bildung verstanden. Bezogen auf die Weiterbildungsordnung ist damit der Erwerb von Facharztqualifikationen, Schwerpunkten und Zusatzweiterbildungen gemeint. Auch „Facharzt für Allgemeinmedizin“ wird entsprechend den Vorgaben der EU über die spezifische Ausbildung in der Allgemeinmedizin als eine von über 40 Facharztbezeichnungen geführt.

### **Fortbildung:**

Die Fortbildung dient dem Erhalt und der Weiterentwicklung der Kompetenz, die mit der Approbation und einem Facharztstitel erworben wird. Bereits in der Ausbildung soll die lebenslange Verpflichtung zur Fortbildung vermittelt werden.

### **Politische Aspekte:**

Auch im Gesundheitswesen gerät der Begriff Bildung (verdientermaßen) in das Zentrum der Aufmerksamkeit der hiervon betroffenen Personengruppen. Bei Diskussionen über Reformen des Gesundheitswesens darf man insbesondere wegen der Zeiterfordernisse Bildungsaspekte nicht aussparen. So hat die Diskussion über einen Ärztemangel in Deutschland zu einer Analyse der Gründe für Studien- und Berufsausstieg geführt, und die Ausbildungssituation wurde intensiver beleuchtet. Erstmals wurde thematisiert, ob der Staat es sich leisten kann, eine Ausbildung zu

finanzieren, ohne dass die AbsolventInnen tatsächlich für das Gemeinwesen tätig werden.

Der deutsche Gesetzgeber hat seit 2006 eine Fortbildungsnachweispflicht eingeführt. VertragsärztInnen und FachärztInnen an Krankenhäusern sind gesetzlich verpflichtet, den so genannten Fortbildungsnachweis zu erwerben. Dabei wurde mit 250 Punkten in fünf Jahren – wobei ein Punkt jeweils einer Vorlesungsstunde von 45 Minuten entspricht – ein Soll vorgegeben, das in etwa dem entspricht, was wir seit Beginn der 80er Jahre als den „Physicians Recognition Award“ aus den USA kennen. Pro Jahr sind also ca. 50 Stunden zu absolvieren, um einen ausreichenden Nachweis für die geforderte Fortbildung zu erbringen.

Grundsätzlich ist Fortbildung eine dem Kompetenzerhalt dienliche Form der Vermittlung von Wissen. Sie allein aber kann das dahinterliegende Problem des Kompetenzdefizits nicht befriedigend lösen. Dies haben Arbeiten ergeben, die schon relativ bald nach Einführung der Fortbildungspflicht im englischsprachigen Raum durchgeführt wurden<sup>i,ii,iii</sup>. Warum kann Fortbildung nur einen Teil des Problems lösen? Sucht man nach Ursachen, so bieten sich verschiedene Erklärungen an:

### **1. Unsere Vorstellung von Bildung ist historisch gewachsen**

Das Bewusstsein für Bildung wächst, indem wir lernen – zunächst unbewusst, dann durch das Elternhaus. Dominierend aber sind unsere Erfahrungen aus der Schule. Das Medizinstudium galt zumindest bis vor Kurzem als hochgradig verschult. Nicht zuletzt deshalb korrelieren die Erfolgsquoten der AbsolventInnen in hohem Maße mit dem Numerus Clausus (NC). Während die Kritik an der mangelnden Praxisrelevanz nach langem Ringen zu einer Änderung der Approbationsordnung führte, wurde die Auswahl nach NC nie ernsthaft diskutiert. Aus der Pilotenausbildung wissen wir, dass die gezielte Auswahl der BewerberInnen eine Reduktion der Personen mit mangelndem Leistungspotential von 60 % auf 8 % bewirkt. Doch Fähigkeiten wie die so genannten Soft Skills, und die im ärztlichen Beruf erforderliche Selbstreflexion/-kritik, werden bei der Studienplatzvergabe nicht überprüft.

### **2. Bildung verfolgt Bildungsziele**

Die Bundesärzteordnung, die Approbationsordnung, die Weiterbildungsordnung und auch entsprechende Gesetze und Verordnungen anderer Länder definieren Bildungsziele. Die gesetzliche Fixierung von Bildungszielen in der Medizin gestattet es nicht anzunehmen, dass bei den Beteiligten Einigkeit über die Verfolgung dieser Ziele besteht. Es ist anzunehmen, dass eine gründliche Diskussion über die Ziele eine Vielzahl von Fragen aufwirft, so z. B.:

- Für wen gelten welche Bildungsziele?
- Was bzw. wie viel einer bestimmten Materie wäre je nach Bildungsziel zu erlernen?
- Sind die eingesetzten Bildungsverfahren geeignet, um die Bildungsziele zu erreichen?

### **3. Fortbildungsbedarf und Fortbildungsbedürfnis**

Es ist zu vermuten, dass sich viele ÄrztInnen ihrer Kompetenzdefizite nicht bewusst sind. Sie folgen mehr dem Fortbildungsbedürfnis, das sich durch persönliches Interesse an bestimmten Themen auszeichnet, als einem (objektivierbaren) Fortbildungsbedarf. ÄrztInnen sind gemeinhin in der Lage, selbstständig Defizite auszugleichen. Es bedarf aber eines auftauchenden Problems, für das keine Lösung bereitsteht, oder einer Rückmeldung von Außen, um Wissenslücken aufzudecken.

Ebenso können nur dann benötigte Fortbildungsmaßnahmen konzipiert und angeboten werden, wenn auch den Bildungsanbietern ein solcher Bedarf bekannt ist. Es erscheint jedenfalls sinnvoll, davon auszugehen, dass ÄrztInnen, die für die persönliche Bildung und deren Anwendung Verantwortung tragen, dazu bereit wären, die für sie erkennbaren Defizite zu beheben, wüssten sie, wo diese liegen und mit welchen geeigneten Maßnahmen sie zu beseitigen sind.

#### **4. Professionelle Kompetenz erfordert mehr als Wissen**

Daher verfolgt man verschiedene Ansätze, die das Konzept der „Continuous Medical Education“ (CME) als Synonym für Fortbildung durch das „Continuous Professional Development“ (CPD) ersetzen, um weg vom Schulunterricht früherer Prägung zu kommen und zur Eigeninitiative und der systematischen Weiterentwicklung beruflicher Fähigkeiten beizutragen.<sup>iv</sup> So befinden sich derzeit anders geartete Konzepte in Diskussion, die als geeignet angesehen werden, die medizinische Versorgung zu optimieren. Zu nennen wären hier die Konzepte zur Reduzierung kritischer Zwischenfälle („Critical Incidents Reporting Systems“) oder Verfahren des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung, die als Instrumente der praxisnahen Versorgungsforschung Problembereiche der Versorgung analysieren helfen, um die Erarbeitung geeigneter Verbesserungen zu ermöglichen. Für die Zukunft dürfte schon aus versicherungstechnischen Gründen zu erwarten sein, dass medizinische Einrichtungen umfangreiche Qualitätsmanagementsysteme zur Risikominderung einsetzen werden.

#### **5. Versorgungsqualität**

Eine unzureichende medizinische Versorgung ist ein multifaktorielles Problem und nicht allein auf eine (unterstellte) mangelnde Kompetenz der Ärzteschaft zurückzuführen. Auch bestens aus-, weiter- und fortgebildete ÄrztInnen sind nicht allein die Gewähr für die wünschenswerte Versorgungsqualität. Hier spielen ferner auch in erheblichem Maße Faktoren der Struktur- und Prozessqualität eine Rolle, die nicht von den einzelnen ÄrztInnen zu verantworten oder zu beheben sind. Die Qualität der Ausbildung und der darauf aufbauenden Weiter- und Fortbildung sind von großer Bedeutung. Die Bildung von ÄrztInnen als „einzelne Komponenten des Systems“ ist jedoch allein nicht ausreichend.

#### **6. Garantiert Akkreditierung gute Fortbildung?**

Unter Akkreditierung wird in Deutschland ein Verfahren verstanden, das Fortbildungsangebote auf ihre Anerkennungsfähigkeit für das Fortbildungsnachweisverfahren prüft. Konkret wird dabei die Zahl zu vergebender Punkte festgelegt, die auf den Fortbildungsnachweis angerechnet werden. Dazu sind bestimmte Kriterien zu beachten, denen das Fortbildungsangebot genügen muss, um als anrechnungsfähig angesehen zu werden. Auch die Frage der Fachzugehörigkeit wurde als Kriterium geprüft und nicht akzeptiert. Man nimmt an, dass die Fachzugehörigkeit kein valides Kriterium für die Anerkennungsfähigkeit darstellt. Wichtiger erscheinen in diesem Zusammenhang Kriterien wie z. B. Unabhängigkeit des Informationsangebotes von kommerziellen Interessen oder didaktische Kriterien wie eine Lernerfolgskontrolle und Kleingruppenunterricht.

#### **Effizienz der Fortbildung:**

Ein wichtiger Grund, der gegen Pflichtfortbildung spricht, ist die Erkenntnis aus der Erwachsenenbildung, dass die Pflicht, die sich als allgemeine Schulpflicht für Kinder

und Heranwachsende bewährt hat, für den Erwachsenen nur bedingt ein Konzept erfolgreichen Vermittelns von Bildung darstellt.

Erwägungen zur Effizienz rechtfertigen die Analyse des nötigen Aufwands, um die Fortbildung ordnungsgemäß abzuleisten.

50 Stunden Fortbildung pro Jahr erfordern ca. 80 bis 100 Stunden Zeitaufwand, d. h. gut zwei Wochen, die einem praktizierenden Arzt abgefordert werden. Eine nicht unerhebliche Zahl an Stunden, die aber formal nicht als Fortbildung registriert werden (z. B. konsiliarische Dialoge, Lektüre von Zeitschriften) von mehr als zehn Stunden pro Jahr kommen hinzu. Allein der letztgenannte Punkt dürfte deswegen relevant sein, weil nach Schätzungen ca. 70 % des für Fortbildungszwecke erworbenen Wissens durch Lesen erworben wird.

Steckt man also die Grenzen der betrachteten Sphäre so weit, dann gerät in den Blick, dass Aspekte der Verhältnismäßigkeit und des angemessenen Aufwandes in das Zentrum der Beobachtung gerückt werden sollten, denn „viel hilft eben nicht immer viel“. Insoweit ist es Aufgabe der für die Bildung verantwortlichen Institutionen in der Medizin (in Deutschland die Kammern für die ärztliche Profession), darauf hinzuweisen, dass die monistische Fixierung auf Fortbildung als Erfolg versprechendes Allheilmittel des Gesundheitswesens keinen realistischen Ansatz darstellt.

#### **Fazit:**

Unabhängig davon, welche Maßnahmen ergriffen werden, können die Auswirkungen im besten Fall mittelfristig spürbar werden. Bildung wirkt mit einer gewissen Verzögerung. So wird die neue deutsche Approbationsordnung, die 2003 in Kraft trat, frühestens nach sechs Jahren erstmalig ÄrztInnen hervorbringen, die nach neuen Konzepten gelernt haben; erst dann kann man überprüfen, ob die neue Lernkultur eine Verbesserung zum bisherigen Bildungskonzept darstellt.

Versorgungsmängel sind nicht allein auf mangelnde ärztliche Kompetenz zurückzuführen. Ebenso wenig löst (allein) eine Fortbildungspflicht die Probleme mangelhafter Berufsausübung; vielmehr kann diese sogar dem eigentlichen Ziel entgegenwirken, indem ausschließlich die Punktzahl über die Auswahl der Fortbildung entscheidet und nicht mehr die Relevanz für die individuelle Berufsausübung.

Die Diskussion über den Reformbedarf des Gesundheitswesens lässt in vielen Ländern die Frage offen, ob denn überhaupt die Einheitlichkeit eines Bildungssystems die Rechtfertigung dafür gibt, so detailliert, wie es von vielen Bildungsapologeten vertreten wird, mit Forderungen an die praktizierenden ÄrztInnen heranzutreten. Heinrich Reiner mann thematisiert dies im Buch „Das Dilemma der modernen Medizin - Die Gratwanderung zwischen Machbarkeit, Sinnhaftigkeit und Bezahlbarkeit“<sup>v</sup>.

Die Erfahrungen der Ärztekammer Nordrhein aus der Qualitätssicherung haben gezeigt, dass die Dokumentation einzelner ausgesuchter Krankheitsbilder und eine anschließende Analyse in den betroffenen Fachkreisen allein durch das gewonnene Feedback zu einer Verbesserung der Versorgung führen kann. Es ist zu fordern, dass die staatliche Einflussnahme da aufhört, wo sie mehr demotiviert als verordnet. Die Ausgestaltung der ärztlichen Fortbildung gehört in die Hand der ärztlichen Selbstverwaltung.

---

Literaturliste:

<sup>i</sup> Reducing error. Improving safety. Schwerpunktheft Br. Med. J. 320 (2000) 7237.

---

ii Parboosingh JT: Tools to assist physicians to manage their information needs. In: Bruce C and Candy P (eds.): Occasional Publications No. 1, Centre for Information Studies, Charles Sturt University, Wagga Wagga New South Wales 2000.

iii Grewin D: Policy statement on continuing medical education (CME) and continuing professional development (CPD). CP 2001 / 082 Final EN/fr, UEMS, Brussels, Belgium 2002.

iv Weidringer JW, Koch HH, Schäfer R et. al.: Ärztinnen und Ärzte – fachlich fit für ihre Patienten?!, Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 03/2003, 32. Jahrgang, 282-290.

<sup>v</sup> Reinermann H: Das Dilemma der modernen Medizin - Gratwanderung zwischen Machbarkeit, Sinnhaftigkeit und Bezahlbarkeit; Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2006.