

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)



Deutsche Gesellschaft für
Allgemeinmedizin und Familienmedizin

Professionelles Lernen von Hausärzten – ein Leben lang

Stellungnahme zur ärztlichen Fortbildung

September 2009

Impressum:

Diese Stellungnahme wurde von Günther Egidi verfasst. Sie wurde in der DEGAM-Sektion Fortbildung diskutiert und letztlich konsentiert. Dabei handelt es sich namentlich um

Professor Norbert Donner-Banzhoff, Cornelia Schürer-Maly, Professor Thomas Lichte, PD Jean-Francois Chenot, Hans-Michael Mühlenfeld, Walter Dresch, Armin Mainz

Kontakt: Dr. med. Günther Egidi

**Arzt für Allgemeinmedizin
Huchtinger Heerstr. 41
28259 Bremen**

Tel.: 0421-5797675 Fax: 0421-5797689

[Email: familie-egidi@nord.com.net](mailto:familie-egidi@nord.com.net)

Wirksame Fortbildung beruht auf einem fundierten Verständnis der Motive und des Lernbedarfs von Ärzten, von Problemen, mit denen diese in der Praxis konfrontiert sind, Theorien und Prinzipien menschlichen Verhaltens, von Lernen, Bildung und bewußter Veränderung. Qualifizierte und unterhaltsame Redner sind nicht das Entscheidende!¹

A. Zusammenfassung

Die rasche Entwicklung des medizinischen Wissens, das Recht von Patienten auf kompetente ärztliche Betreuung haben die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) zur Verfassung eigener Grundsätze zur hausärztlichen Fortbildung veranlasst. Die mit der Einführung einer Hausarzt-zentrierten Versorgung nach §73b SGB V verbundenen wachsenden Anforderungen an die Qualifikation von Hausärzten¹ haben zur Überarbeitung der DEGAM-Stellungnahme zur Fortbildungs von 2001 geführt.

Aus Sicht von Allgemeinärzten ist die derzeitige Fortbildungssituation unbefriedigend: überholte didaktische Formate, zu geringe Berücksichtigung individueller Lernbedürfnisse, zur starke Orientierung an Spezialdisziplinen und den Interessen der pharmazeutischen Industrie und eine einseitige Ausrichtung an quantitativen Elementen (CME-Fortbildungs-Punkte).

Aus der Sicht der DEGAM muss eine allgemeinärztliche Fortbildung folgenden Kriterien genügen:

- **Lernerzentrierung:** Hausärztliche Fortbildung soll an den eigenen Vorerfahrungen der Lernenden anknüpfen. Hausärzte übernehmen selbst die Initiative zur Feststellung ihres Lernbedarfs, der Formulierung von Lernzielen sowie der Umsetzung und Evaluation persönlicher Lernvorhaben. Dem dienen neben individuellem Lernen und Veranstaltungen auch Methoden wie die Auswertung eigener Versorgungsdaten, Mentorenschaften, Lernvereinbarungen, Kleingruppen-Arbeit und Hospitationen. Wenn eine Fortbildung sich an individuellen Lernbedürfnissen und Lernstilen orientiert, werden Motivation, Freude und Lernbereitschaft als Teil ärztlicher Identität gefördert.
- **Kontextrelevanz:** Inhalte und Darstellung müssen die Gegebenheiten der allgemeinärztlichen Praxis berücksichtigen – insbesondere die von der Krankenhausversorgung deutlich abweichende epidemiologische und logistische Situation, aber auch die der Arbeit mit einem unausgelesenen Patientengut und der Beziehungs-Aspekte hausärztlicher Arbeit.
- **Evidenzbasierung:** Veranstalter bzw. Verfasser müssen Inhalte, Empfehlungen usw. transparent begründen. Dazu gehört die systematische Berücksichtigung der Ergebnisse wissenschaftlicher Studien, aber auch die Vermittlung von Techniken, sich solche Ergebnisse zu erschließen.
- **Patientenorientierung:** Da in der allgemeinärztlichen Praxis die Vorstellungen, Bedürfnisse, Emotionen und Erwartungen von Patienten eine besondere Rolle spielen, sollen bei Fortbildungsthemen gerade auch Strategien einer wirksamen und fundierten Patientenberatung erlernt werden können. Hinzu kommt, dass sich Patienten zunehmend selbst durch verschiedene Quellen (nicht nur das Internet) informieren und in medizinische Entscheidungen einbezogen werden wollen. Um zu einer gemeinsamen Entscheidung von Arzt und Patient gelangen zu können, ist eine gute Information der Patienten notwendige Bedingung. Zugleich erwarten Patienten Hausärzte, die in der Lage sind, wirksam zu kommunizieren.

¹ Wenn die männliche Form wie Arzt, Patient usw. benutzt wird, sind immer beide Geschlechter gemeint. Die Nutzung der männlichen Form dient nur der Vereinfachung und bedeutet keine inhaltliche Festlegung

- Bevorzugte Vermittlung von Werkzeugen, weniger von Inhalten: Wegen der großen Zahl der in der Allgemeinpraxis relevanten Themen und Fragestellungen, aber auch wegen der rasanten Zunahme allgemeinmedizinischen Wissens ist es für Hausärzte wichtiger, pragmatische, mit den Anforderungen der täglichen Praxis vereinbare Wege des Informations-Managements und der Recherche zu erlernen, statt sich ausschließlich - womöglich rasch veraltenden - Lern-Stoff anzueignen.
- **Ausgewogene und transparente Finanzierung:** Gute Fortbildung hat ihren Preis. Die Vorbereitung von Referenten sollte angemessen vergütet werden. Eine von Interessen unabhängige Finanzierung ist anzustreben, sei dies durch die Teilnehmer selbst, durch den Hausärzterverband, die DEGAM, Universitäten, Ärztekammern, KV oder im Rahmen der Honorierung der Hausarzt-zentrierten Versorgung. Wo sich dies nicht realisieren lässt, ist eine möglichst breite Streuung von Finanzierungsquellen der Fortbildung anzustreben. Veranstalter, Vortragende, Verfasser usw. müssen ihre Verbindungen zu materiellen Interessen (Industrie) vollständig offen legen, damit die Zielgruppe mögliche Interessenkonflikte abschätzen kann

In vielen Ländern müssen Ärzte regelmäßig Prüfungen ablegen, um Approbation bzw. Facharztanerkennung behalten zu können (Rezertifizierung). Wir halten eine systematische Erfassung ärztlicher Kompetenz und Leistung für einen essenziellen Teil guter Fortbildung und auch von hausärztlicher Qualität. Konkret sind schriftliche und PC-gestützte Befragungen, klinische Simulationen, gegenseitige Beobachtung, Video- und Tonbandaufnahmen von Patient-Arzt-Kontakten, Auswertungen von Praxisdokumentation und Medikamenten-Verordnungen usw. geeignet. Diese sollten aus unserer Sicht jedoch *auf freiwilliger Basis* gefördert und z.B. im Rahmen des Fortbildungszertifikates der Ärztekammern berücksichtigt werden. Der Prozess selbstkritischer und offener Selbstüberprüfung als Ausgangspunkt ärztlichen Lernens stellt eine wichtige Überschneidung zwischen der ärztlichen Fortbildung und einem modernen Qualitätsmanagement dar.

Prioritäten der DEGAM für ihre Aktivitäten im Bereich allgemeinärztlicher Fortbildung sind die Implementierung von Leitlinien, ein Praxis-bezogenes Informationsmanagement, die Entwicklung und Erprobung innovativer Lernformen und die Gestaltung von Aus- und Weiterbildung in einer Weise, dass die für ein lebenslanges Lernen nötigen Einstellungen- und Fertigkeiten frühzeitig gefördert werden. Dazu ist insbesondere die Zusammenarbeit mit dem Institut für hausärztliche Fortbildung (IhF) von Bedeutung. Die Zusammenarbeit mit Ärztekammern, anderen Fachgesellschaften und Fortbildungsveranstaltern muss davon abhängig gemacht werden, ob dabei die Berücksichtigung der Spezifika hausärztlicher Fortbildung gewährleistet ist.

B. Einführung

Für die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) und die mit ihr eng verbundenen allgemeinmedizinischen Lehrbeauftragten und Hochschullehrer war anfangs die ärztliche Fortbildung nicht prioritär: die Etablierung der allgemeinmedizinischen Ausbildung an den Universitäten, der Aufbau einer hausärztlichen Forschung, die Arbeit an der Entwicklung einer Weiterbildungsordnung sowie die Entwicklung von Leitlinien und anderen Instrumenten der Qualitätsförderung standen zunächst im Vordergrund.

Inzwischen wurde am 1. Juli 2004 eine gesetzliche Fortbildungspflicht für niedergelassene Ärzte eingeführt. Das daraus resultierende quantitativ ausgerichtete System der „kontinuierlichen medizinischen Erziehung“ (CME) hat jedoch gravierende Nachteile. Es führt zum Einsammeln von Fortbildungs-Punkten unabhängig vom eigentlichen, persönlichen Fortbildungs-Bedarf. Außerdem werden didaktisch eher weniger taugliche Großveranstaltungen vorgezogen, im Rahmen derer es besonders effektiv ist, genügend Punkte für das Fortbildungs-Zertifikat zusammen zu sammeln. CME-Systeme führen auch dazu, dass sich kommerzielle Anbieter von Fortbildungen einen Markt erschließen, die bezüglich der vorgestellten Inhalte wie auch der verwendeten Didaktik schlecht zu kontrollieren sind. Die riesige Zahl entsprechender Zertifizierungs-Anträge überfordert die Prüf-Kapazitäten der Ärztekammern – die Anfälligkeit der Beeinflussung durch kommerzielle Interessen ist diesem System immanent. Auch die Qualität der im Internet bei der Online-Lektüre von Zeitschriften einzulösenden Fortbildungs-Punkte ist Gegenstand erheblicher Kritik².

Die ärztliche Fortbildung ist zu einem Bereich kontroverser Diskussionen und dynamischer Entwicklungen geworden; die Definitionen von Professionalität, Ansprüche an die Qualität der Versorgung, Dokumentation von Kompetenzerwerb und -erhalt treffen hier zusammen. Auch die Vermehrung des Wissens, zunehmende Spezialisierung und Differenzierung in der Medizin sowie die Entwicklung von Informationstechnologien haben die Fortbildung in den Vordergrund gerückt, ebenso wie das gewachsene Verständnis ärztlichen Lernens und Entscheidens. Die Ärzteschaft hat sich zunehmend der kritischen Frage der Öffentlichkeit zu stellen, ob ihre Mitglieder tatsächlich in Bezug auf Wissen, Fertigkeiten und Einstellungen auf einem Stand sind, der eine angemessene Patientenbetreuung ermöglicht. Diese Entwicklungen verlangen es, dass die DEGAM eine definierte und abgestimmte Position zur ärztlichen Fortbildung entwickelt.

C. Zielsetzung

Diese Stellungnahme will:

- neue Grundsätze und Formen der Fortbildung vorstellen, die unser Repertoire wirksamer Maßnahmen erweitern können,
- Allgemeinärzte, deren Organisationen sowie allgemeinmedizinische Hochschulabteilungen bzw. Lehrbeauftragten dazu motivieren, eigene Fortbildungsaktivitäten zu entwickeln, umzusetzen und zu evaluieren,
- damit Allgemeinärzten helfen, die Souveränität über ihre Fortbildung (zurück-) zu erhalten,
- die flächen deckende Implementierung unabhängiger „Tage der Allgemeinmedizin“ vorantreiben,
- in der kritischen wie kollegialen Zusammenarbeit mit dem Institut für hausärztliche Fortbildung (IhF) dafür sorgen, dass Industrie-Unabhängigkeit und Evidenzbasierung der IhF-Fortbildungen sowie interaktive Didaktik gewährleistet sind,
- die Vorstellungen der DEGAM zur Zertifizierung der Fortbildung präzisieren und für eine Ablösung des Punkte-basierten Zertifikats der Ärztekammern durch eine an mehr an Bedarf und Interessen der Lernenden orientierte Form hausärztlicher Fortbildung eintreten,
- die Verbindungen zwischen Fortbildung und Qualitätsförderung verdeutlichen,
- Schwerpunkte für eine Fortbildungs-Politik der DEGAM vorgeben.

Die erste DEGAM-Stellungnahme zur Fortbildung (Langener Beschlüsse³) von 2001⁴, wurde 2004 bei der Einführung des CME-Fortbildungssystems 2004 weiter entwickelt. Diese Stellungnahme wendet sich an Entscheidungsträger und in der Fortbildung Engagierte innerhalb und außerhalb der deutschen Allgemeinmedizin.

Wegen der rechtlichen und politischen Rahmenbedingungen sind in Deutschland die Möglichkeiten einer wissenschaftlichen Fachgesellschaft, die Fortbildung in der gewünschten Autonomie zu gestalten, eingeschränkt. Schon bei dem zu diesem Dokument führenden Konsultationsprozess ist deshalb auf die Einbeziehung des Hausärzterverbandes, der Ärztekammern, des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) und anderer externer Fachleute geachtet worden. In den Ärztekammern sind Hausärzte meist in der Minderheit. Ob geeignete hausärztliche Fortbildung innerhalb des von den Ärztekammern vorgegeben Rahmens möglich ist oder ob ein eigener Rahmen außerhalb der Kammern gesucht werden muss, hängt daher von den regionalen Begebenheiten ab.

Im englischen Sprachraum wird zunehmend der Ausdruck '*continuing professional development*' verwendet, dessen Bedeutung über den bekannten Term '*continuing medical education*' hinausgeht; dahinter steht ein erweitertes Verständnis von Lernprozessen, interprofessioneller Kooperation und Integration des Lernens in ein Qualitätsmanagement⁵. Wir halten den deutschen Ausdruck 'Fortbildung' für geeignet, diese breite - im Folgenden näher erläuterte - Perspektive mit einzuschließen.

D. Gesellschaftliches und politisches Umfeld

Die deutsche Allgemeinmedizin wird immer selbstbewusster. Innerhalb von 33 Jahren wurden seit der Einrichtung der ersten allgemeinmedizinischen Universitäts-Abteilung in Hannover im Jahr 1976 bundesweit 16 weitere Lehrstühle eingerichtet. Ein für alle Studierenden obligatorisches allgemeinmedizinisches Block-Praktikum und die Möglichkeit des Praktischen Jahres in der Allgemeinmedizin wurden eingeführt. Der Hausärzteverband hat ein eigenes Institut für hausärztliche Fortbildung (IhF) gegründet. Vom Gesetzgeber wurde den Krankenkassen die Pflicht auferlegt, Verträge zur Hausarzt-zentrierten Versorgung abzuschließen. In Baden-Württemberg und in Bayern sind erste solche Verträge außerhalb des Systems der Kassenärztlichen Vereinigungen in Kraft getreten.

Diese – nach Jahren zunehmender Diversifizierung des Angebotes ambulanter medizinischer Leistungen – Rückbesinnung auf den zentralen Stellenwert hausärztlicher Medizin erfordert natürlich eine seitens der Patienten und Kostenträger einzufordernde Qualität der Hausarzt-Medizin und eine klare Definition von Schnittstellen, soll die zunehmende primärmedizinische Orientierung nicht zu Lasten der Qualität der ambulanten Versorgung gehen.

Von Allgemeinärzten wird nicht nur verlangt, dass sie über Kenntnisse und Fertigkeiten ihres spezifischen Versorgungsbereiches verfügen. Vielmehr sind sie auf Grund ihrer Koordinationsfunktion potenziell mit Problemen aus sämtlichen Bereichen eines modernen Gesundheitswesens konfrontiert. Die rasche Entwicklung unseres Wissens über Krankheitsursachen, Diagnose, Prognose, Therapie und Prävention in allen medizinischen Fächern stellt eine gewaltige Herausforderung an den Allgemeinarzt dar. Dies gilt sowohl für die Ausbildung zum Allgemeinmediziner wie für die laufende berufliche Fortbildung fertig ausgebildeter Hausärzte.

Seitdem nachgewiesen worden ist, dass ärztliches Handeln in einem Ausmaß variiert, das durch unterschiedliche Patientenprobleme nicht gerechtfertigt werden kann⁶, steht die Ärzteschaft zunehmend unter Druck, die Qualität der von ihr erbrachten Versorgung gegenüber Patienten, Kostenträgern, Gesundheitsverwaltung und Öffentlichkeit weiter zu entwickeln und zu dokumentieren. Dazu gehört auch ärztliche Kompetenz, die auf dem Stand des aktuellen Wissens ist. Durch Leitlinien, Maßnahmen der Qualitätsförderung und kritische Reflexion auf die Validität des Wissens (Evidenzbasierte Medizin) hat die Ärzteschaft weltweit begonnen, sich dieser Verantwortung zu stellen, wenn auch in nach Region, Fach und Systemkontext unterschiedlichem Maße.

Neben Vorträgen und Diskussionen, Zeitschriften und Büchern sind elektronische Medien zunehmend in den Vordergrund getreten. Dem individuellen Nachfrager steht dadurch eine immer größere Informationsmenge zur Verfügung. Die technische Entwicklung ermöglicht bei den elektronischen Medien zunehmend eine interaktive und damit auch individualisierte Präsentation und Verarbeitung medizinischer Informationen (Diskussionsgruppen, Fernkurse, Master-Studiengänge).

E. Aktuelle Entwicklungen in der Fortbildung

1. Kritik an überlieferter Fortbildung

An der herkömmlichen Fortbildung wird - gerade auch von Seiten der Allgemeinärzte - zunehmend Kritik geübt⁷. Sie sei Anbieter- statt Lerner-orientiert, bediene sich unwirksamer didaktischer Formate (z.B. Frontalvortrag)⁸, sei Wissens-, aber zu wenig Handlungs-bezogen, werde von Spezialisten dominiert, die mit der Realität der primärärztlichen Praxis nicht genügend vertraut sind und werde zu stark von wirtschaftlichen Interessen geprägt, z.B. von den Marketing-Interessen der pharmazeutischen Industrie.

2. Professionelles Lernen: wissenschaftliche Befunde

Das Lernen außerhalb des schulischen oder universitären Kontextes hat in den letzten Jahren besondere Aufmerksamkeit gefunden. Die Konzeption des **Lernens Erwachsener** (Adult learning)⁹ stellt die Bedeutung eigener Vorerfahrungen der Lerner, ihre Berufs-bezogene Motivation sowie die Selbst-Planung und -Gestaltung ins Zentrum eines Anwendungs-relevanten Lernprozesses. Die im Medizinstudium an der Mehrheit deutscher Fakultäten noch vorherrschende Stoffvermittlung muss, um diesem Prinzip zu entsprechen, durch eine Unterstützung (engl. facilitation) zum Selbst-Lernen ersetzt werden.

Im Konzept des **"Erfahrungs-Lernens"** (experiential learning)¹⁰ wird ein Zirkel beschrieben aus konkreter Erfahrung -> Beobachtung und Reflexion -> Begriffsbildung und Verallgemeinerung -> Erprobung dieser Überlegungen. Die anschließenden Beobachtungen dienen wiederum dazu, die zuvor formulierten Erkenntnisse an der Realität zu messen.

Die Konfrontation mit alltäglichen Situationen erfordert Fertigkeiten, die an Universitäten mit ihrer Tendenz zur Problem-Filterung (nicht nur in der Medizin!) nur unzureichend gelehrt werden. "Praktiker" in verschiedenen Professionen (dazu gehören etwa auch Architekten, Musiker usw.) erwerben durch **Reflexion** ihres Handelns ein angemessenes Spektrum von Fertigkeiten und Wissen, das durch spezifische Lerntechniken und -situationen weiter vermittelt werden kann¹¹. Anlass einer solchen Reflexion können ungewohnte Vorkommnisse, Überraschungen oder unbefriedigende Verläufe sein. Diese führen zu neuen Überlegungen und Veränderungen im Verhalten, die in Spontanexperimenten auf ihre Tauglichkeit untersucht werden. Von anderen Arten der Reflexion unterscheidet sich diese "Reflexion-im-Handeln" vor allem durch ihren konsequenten Praxisbezug. Eine besondere Herausforderung für ärztliche Fortbildung besteht darin, diesen Prozess einschließlich seiner Resultate explizit zu machen.⁹ Empirische Forschungen belegen, dass Menschen auf sehr unterschiedliche Weise lernen. Theoretisch werden **verschiedene Lernstile unterschieden**, so ist beispielsweise zwischen Aktivisten, Reflektierern Theoretikern und Pragmatikern unterschieden worden¹². In einer wirksamen ärztlichen Fortbildung sollte es möglich sein, auf diese verschiedenen Herangehensweisen einzugehen.

Sowohl bei Studenten als auch Ärzten hat sich Kompetenz als ausgesprochen Fall- bzw. **Kontext-abhängig** erwiesen. Praktisch bedeutet dies, dass sich in einer

spezifischen Situation erworbene Kompetenz nicht zwangsläufig auf andere Situationen erstreckt¹³; der Lernende erinnert Inhalte um so eher, je ähnlicher der Anwendungskontext dem des Lernens ist¹⁴. Lernen ist effektiver, wenn es an Vorwissen und -erfahrungen anknüpft, wenn die Lernenden den Stoff aktiv verarbeiten (Diskussion, eigene Aufzeichnungen, praktische Übungen usw.) und wenn unmittelbar Feedback gegeben wird. Diese Resultate untermauern die Forderung nach Problem-orientiertem Lernen in kleinen Gruppen¹⁵, das an die Erfahrungen der Teilnehmenden anknüpft.

Die Untersuchung von ärztlichem Lernen mit Hilfe ausführlicher Befragungen hat zum Postulat von abgegrenzten **Lernepisoden** geführt¹⁶. Ausgangspunkt sind entweder "spezifische" oder "allgemeine" Probleme. Erstere beziehen sich auf konkrete Fragen, die sich aus der Betreuung eines einzelnen Patienten ergeben (etwa: Dosierung eines Medikaments, Wahrscheinlichkeit einer Nebenwirkung). Die Antwort muss aus praktischen Gründen rasch gefunden werden; ein dauernder Kompetenzzuwachs steht nicht im Vordergrund, ergibt sich aber akkumulativ und als Nebeneffekt aus einer großen Zahl solcher Episoden. "Allgemeine Probleme" beziehen sich auf eine zu erwerbende Kompetenz, die in zahlreichen Situationen anwendbar ist (etwa: bessere Betreuung depressiver Patienten, verbesserte Injektionstechnik). Diese Probleme gehen Ärzte häufiger mit expliziten Fortbildungsveranstaltungen oder -medien an.

Die Wirkung von Fortbildungsaktivitäten lässt sich auf vier Ebenen bestimmen

1. Teilnahme und Akzeptanz,
2. Können (competence),
3. Verhalten (performance) und
4. Ergebnis (health outcomes)¹⁷.

- Die Teilnahme kann quantitativ erfasst werden, die Akzeptanz durch quantitative wie qualitative Evaluation.
- Ein Zuwachs an Kompetenz kann ebenfalls durch schriftliche Befragung, aber auch durch klinische Simulationen (OSCE) abgeprüft werden.
- Kompetenz setzt sich jedoch nicht unbedingt in einem entsprechenden Versorgungsverhalten (Performance) um; tatsächlich ist die Verbindung zwischen beiden erstaunlich locker^{18,19}. Wegen der zahlreichen das ärztliche Verhalten beeinflussenden Faktoren ist es schwierig, auf dieser Ebene Auswirkungen von Fortbildungs-Maßnahmen nachzuweisen²⁰. Schließlich sind, wenn auch selten, Fortbildungsmaßnahmen daraufhin untersucht worden, ob bei Patienten Gesundheits- bzw. Krankheitsindikatoren positiv beeinflusst werden; dieser Nachweis gelang in einer systematischen Übersichtsarbeit bei der Hälfte der eingeschlossenen Studien²¹.

3. Lernen und Veränderung sind Realität

Das unten vorgestellte Prinzip des selbst bestimmten Lernens ist nicht nur eine abstrakte Zielvorstellung, es ist bereits Teil ärztlicher Realität. Eine mit qualitativen Methoden an einer repräsentativen Stichprobe von Ärzten verschiedener Fachrichtungen erhobene Untersuchung⁽¹⁾ kam zu dem Ergebnis, dass Ärzte permanent ihr Verhalten änderten und dass diese Veränderungen mit Lernen im weiteren Sinne verbunden waren. Das Spektrum reichte von kleinen, praktisch unbewusst vollzogenen Veränderungen bis hin zu substantiellen Änderungen im Vorgehen. Als Triebkräfte spielten dabei persönliche (Neugier, Selbstverwirklichung)

und soziale Erfordernisse (Verordnungen, materielle Anreize, kollegiale Kontakte) eine Rolle; die meisten Veränderungen waren jedoch durch den Wunsch motiviert, die eigene Patientenbetreuung zu verbessern.

Konkret haben die Allgemeinärzte in Deutschland in den letzten Jahren mehrere dramatische Veränderungen bewältigen müssen: die Kommunikation mit Patienten als explizit zu erlernende Kompetenz (formaler Ausdruck: psychosomatische Grundversorgung) und die Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeits-Gebotes bei Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln²² sind charakteristische Beispiele. Hinzu kommt mit den 4 hausärztlichen Disease Management Programmen Diabetes mellitus, KHK, Asthma bronchiale und COPD eine der hausärztlichen Tätigkeit bis dahin eher fremde proaktive und strukturierte Versorgung chronisch Kranker in den Hausarzt-Praxen. Mit diesen Programmen geht eine Fortbildungs-Verpflichtung der teilnehmenden Hausärzte in Hinblick auf die jeweiligen Erkrankungen einher. Eine wirksame Fortbildung der Allgemeinärzte muss diese Prozesse reflektieren und daran anknüpfen. Nur so wird professionelles Lernen intensiver, Praxis-bezogener und effektiver werden können.

Wenn Neuerungen an sie herangetragen werden, wägen Ärzte zunächst kritisch ab, ob deren Vorteile tatsächlich die Nachteile überwiegen²³. Inwiefern eine Innovation übernommen wird, hängt ab vom subjektiv erwarteten Nutzen, der Vereinbarkeit mit aktuellen Praxisabläufen, der Komplexität der Neuerung, der Möglichkeit der Erprobung vor der definitiven Einführung und schließlich der Gelegenheit, andere Ärzte bei der Anwendung zu beobachten. Schließlich reflektiert eine eher zögerliche Adaption von Neuerungen die reale Erfahrung vieler Hausärzte, dass medizinisches Wissen immer im Fluss ist und dass viele heftig vermarktete Innovationen später wieder entzaubert worden sind. Konkret hat es sich insbesondere bei neuen Medikamenten häufig erst nach der Markteinführung herausgestellt, dass Nebenwirkungen unakzeptabel häufig bzw. gravierend gewesen sind. Hier ist ein gewisser Konservatismus durchaus angebracht. Auf der anderen Seite prägt natürlich der soziale und legislative Kontext (Praxisstruktur und -Organisation, administrative Regelungen usw.) die Bereitschaft, sich Innovationen zu öffnen – oder eben nicht²⁴.

Analog zu den Überlegungen im so genannten **Transtheoretischen Modell** von Prochaska und di Clemente²⁵ gibt es edukative Ansätze, wie Ärzten - je nach dem Stadium ihrer Veränderungsbereitschaft - Verhaltensänderungen nahe gebracht werden können wie beispielsweise den Verzicht auf die intramuskuläre Gabe nichtsteroidaler Antirheumatika^{26,27,28}.

Allgemeinärzte ändern ihre Verschreibungsgewohnheiten

Ausführliche, halbstrukturierte Interviews mit britischen Allgemeinärzten²⁹ ergaben insgesamt eine hohe Stabilität des Verschreibungsverhaltens. Wenn Veränderungen stattfanden, erfolgten diese auf drei verschiedene Weisen:

- **akkumulativ:** vor allem das Lesen über längere Zeit und aus verschiedenen

Quellen führte schließlich zur Umstellung (Verschreibung eines neuen Medikaments);

- **aus akutem Anlass:** Missbrauch eines Antidepressivums für einen Suizidversuch, vom Apotheker rechtzeitig bemerkte mögliche Interaktionen, Feststellung neuer Verschreibungsgewohnheiten bei Kollegen führten zur Umstellung;
- **aus Kontinuität:** manche Umstellung erfolgte, weil sie in ein bereits vorhandenes "Weltbild" passte, z.B. ein Medikament, das Kosten spart oder weil ein therapeutisches Prinzip mit pathophysiologischen Vorstellungen gut übereinstimmt.

Insgesamt zeigten die ausführlichen Interviews komplexe, individuell stark variierende Entwicklungsmuster. Eine einmal erfolgte Umstellung war zunächst labil und benötigte weitere Verstärkung; hier spielte das Feedback von Seiten der Patienten eine große Rolle.

Im Rahmen verschiedener Verträge zur Hausarzt-zentrierten Versorgung sind hausärztliche Zirkel zur Pharmakotherapie in einigen Bundesländern Flächen deckend implementiert worden. Feedback-Berichte zum individuellen Verordnungs-Verhalten werden in Form eines Benchmarkings in die Gruppen hinein gegeben und im kollegialen Vergleich diskutiert.

4. Dissemination

In den letzten Jahren sind zahlreiche Untersuchungen publiziert worden, welche die Wirksamkeit verschiedener Maßnahmen untersuchen, Innovationen in der medizinischen Versorgung wirksam zu verbreiten (=Dissemination). Diese beziehen sich auf Leitlinien^{30,31}, Forschungsergebnisse³², Fortbildung^{33,34} oder allgemein Interventionen zur Verbesserung der Versorgungsqualität³⁵

Medium	Definition	Wirksamkeit
Gedruckte Materialien	gedruckte oder elektronische Praxis-Empfehlungen, als persönliche Anschreiben oder Massensendung	Beitrag zur Versorgung bestenfalls geringfügig ³⁶ , allerdings wichtig als Teil einer komplexen Strategie
Örtliche Multiplikatoren (local opinion leaders)	Durch systematische Befragung von Ärzten werden einflussreiche Individuen herausgefunden; diese wiederum treten nach Schulung an ihre Kollegen vor Ort heran	Studienlage nicht eindeutig ³⁷ , aber einige Positivbeispiele publiziert
Interaktive Seminare und Kleingruppen	kurze Konferenzen (maximal ein Tag)	ohne Umsetzungshilfen u.ä. kaum wirksam. Je eher die Teilnehmer einbezogen werden, umso effektiver erscheint die Intervention ^{38,39} .
Frontalvortrag		Nicht nur weitgehend wirkungslos ⁴⁰ , sondern ohne Interaktivität auch kontraproduktiv ⁴¹ .
Praxisbesuche (academic detailing, outreach visits)	Entspricht dem Pharmareferenten	Effekte vor allem im Bereich der rationalen Medikamentenverschreibung dokumentiert ^{42,43}
Audit und Feedback	systematische Erfassung der Versorgungsqualität in einer definierten Einheit (Praxis, Klinik, Region usw.), meist fokussiert auf ein spezifisches Thema (bestimmte Krankheit, bestimmte Prozesse z.B. Verschreibung); Rückmeldung der Ergebnisse an Betroffene (Feedback).	wirksam, wo entsprechendes Wissen und Handlungsbereitschaft vorhanden ^{44,45}
Erinnerungshilfen (reminder)	idealerweise mit Software zur Praxisdokumentation gekoppelt	Computergestützte Erinnerungshilfen können v.a. die lückenlose Berücksichtigung von Früherkennungsmaßnahmen fördern ⁴⁶
Massenmedien	auf Laien gerichtetes Fernsehen, Radio, Zeitungen usw.	vermutlich wirksam zur Steuerung der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen (Reduzierung überholter wie auch Verbreitung neuer) ⁴⁷

Auch wenn materielle Anreize im Kontext von Fortbildung kaum untersucht sind⁴⁸, ist die Bedeutung ökonomischer Rahmenbedingungen für ärztliches Verhalten und die Bereitschaft zu Innovationen kaum zu leugnen; explizite Fortbildung ist - zumindest im subjektiven Empfinden - nur für eine Minderheit von Änderungen professionellen Verhaltens Ausschlag gebend⁴⁹. Wenn Anreize als Methode gezielt eingesetzt werden, besteht jedoch immer die Gefahr der Abkoppelung vom Gesichtspunkt optimaler Versorgungsqualität (z.B. nicht gerechtfertigte Mengenausweitung oder Zurückhaltung teurer Maßnahmen).

Bei allen sicher noch angebrachten methodischen Einschränkungen ist unser Wissen um die Wirksamkeit von Maßnahmen zur Beeinflussung professionellen Verhaltens in den letzten Jahren gewachsen. Sinnvoll erscheint uns die Unterscheidung von prädisponierenden Elementen, Umsetzungshilfen und Verstärkern⁽²¹⁾.

Prädisponierende Maßnahmen sorgen für Wissensvermittlung und eine Bereitschaft der Beteiligten, eine Innovation anzuwenden (gedruckte Materialien, Vorträge, Multiplikatoren); **Umsetzungshilfen** ("enabling measures") fördern die konkrete Umsetzung in den Versorgungsalltag (Einüben von Verhaltensweisen, speziell entwickelte Kurzprotokolle, Informationsblätter für Patienten); **Verstärker** schließlich verschaffen Informationen über unerwünschte Abweichungen vom Standard (=>Audit/Feedback) oder geben **Erinnerungshilfen** zu einem Zeitpunkt, zu dem die erwünschte Leistung noch erbracht werden kann. Diese Klassifizierung macht es möglich, einzelne Maßnahmen in einer konkreten Situation zu einer wirksamen **Strategie** zu kombinieren. So macht Feedback kaum Sinn, wenn die betroffenen Ärzte vom Nutzen einer Neuerung primär nicht überzeugt sind. Ein Vortrag wird dadurch wirksam, dass konkrete Praxishilfen zur Verfügung gestellt werden. Ein solches Vorgehen wird unterstützt durch mehrere der oben erwähnten Übersichten; demnach sind kombinierte Strategien effektiver in der Beeinflussung professionellen Verhaltens als einzelne Maßnahmen. Diese müssen in Abhängigkeit von der geplanten Neuerung, der Zielgruppe, den vorhandenen Ressourcen und anderen Einflüssen (fachlich, organisatorisch, ökonomisch) ausgewählt werden; gerade auch das Verständnis von Hindernissen und Barrieren muss in eine Veränderungsstrategie einfließen⁵⁰⁵¹. Außerdem legen die publizierten Daten die Schlussfolgerung nahe, dass Verbreitungsstrategien gerade dann erfolgreich sind, wenn die Zielgruppe nicht als "Tabula Rasa" begriffen wird, sondern aktiv am Innovations-Prozess teilnimmt (*siehe E.1 Selbstbestimmtes Lernen*). Diese Sicht wird unterstützt durch Untersuchungen zur Umsetzung von Leitlinien; eine Zielgruppe scheint Leitlinien um so eher zu nutzen, je aktiver sie im Prozess der Erstellung beteiligt gewesen ist⁵².

Auf den ersten Blick scheinen sich die Logik der Dissemination (Verbreitung von der Zentrale [KV, Universität, Verband usw.] in die Peripherie hinein) und der unten näher ausgeführten Lernerzentrierung (Ärzte lernen nach ihren Bedürfnissen) zu widersprechen; die oben referierten Befunde unterstreichen jedoch den Zusammenhang zwischen beiden: eine Neuerung wird um so eher zu verbreiten sein, je mehr sie bei der ärztlichen Zielgruppe als eine Hilfe zur Problemlösung willkommen ist und diese einen relevanten Input geben kann. Wegen ihres wissenschaftlichen und versorgungspolitischen Anspruchs müssen die DEGAM als Fachgesellschaft und andere ärztlichen Organisationen wirksame Methoden der Dissemination nutzen, um die Verbreitung allgemeinmedizinisch relevanter Forschungsergebnisse in der Praxis sicherzustellen.

5. Erweiterung des Lernsubjektes

Die herkömmliche Sicht eines lernenden Individuums erscheint heute unzureichend. Mit wachsender Komplexität in den Aufgaben und Abläufen moderner medizinischer Versorgung ist zunehmend das "Team" die eigentliche Leistungserbringende Einheit. Dies gilt schon für die traditionelle Einzelpraxis mit einer oder mehreren Medizinischen Fachangestellten. Darüber hinaus ist die Einzelpraxis für eine optimale Versorgung einzelner Patienten auf das Zusammenwirken verschiedener Professionen (Physiotherapeuten, Apotheker, Krankenschwestern, -pfleger, spezialisierte Fachärzte) und Einrichtungen angewiesen. Die zunehmende Zahl von Gruppenpraxen und Versorgungs-Netzen im ambulanten Bereich dokumentiert die weit entwickelte Realität intra- und interprofessioneller Kooperation.

Die Konsequenz für die Fortbildung besteht darin, die gesamte Praxis oder gar ein noch weiteres Umfeld als die eigentliche lernende Einheit aufzufassen⁵³ und damit Wissen auch als kollektives zu verstehen⁵⁴. Um tatsächlich Verhaltensänderungen auf dieser Ebene zu erreichen, müssen die Interessen und Gegebenheiten aller beteiligter Berufsgruppen berücksichtigt werden. Dabei sind durchaus Barrieren zu überwinden, wie unterschiedliche Fachsprachen, professionelle Kulturen, unterschiedliche zeitliche und organisatorische Abläufe wie auch Vergütungssysteme, Statusunterschiede, Fachkonkurrenz usw. Wenn es allerdings gelingt, diese zu überwinden, kann mit Lern- und Entwicklungsplänen für eine ganze Praxis ein neues Niveau von Wirksamkeit erreicht werden⁵⁵.

Die Strukturen von Organisationen und deren Lernfähigkeit sind in den letzten Jahren in den Mittelpunkt des Interesses gerückt⁵⁶; Einrichtungen des Gesundheitswesens können sich hier an bereits weit entwickelten theoretischen und praktischen Ansätzen aus Sozialwissenschaften und Betriebswirtschaft orientieren⁵⁷. Auch die effektivsten Fortbildungsaktivitäten müssen verpuffen, wenn die durch sie erworbenen Kompetenzen in der Versorgungspraxis nicht umgesetzt werden können. Strukturelle Barrieren wie falsche Akzente eines Vergütungssystems, patriarchalische Praxisstrukturen, Segmentalisierung verschiedener Professionen, Konkurrenz benachbarter Praxen, Omnipotenz-Phantasien und mangelnde Fähigkeit zur Selbstkritik müssen bedacht werden, wenn Fortbildung tatsächlich in ein verändertes Versorgungsverhalten münden soll. Hier wird deutlich, dass wirksame Fortbildung mit einem strukturellen Qualitätsmanagement verknüpft werden muss⁵⁸.

6. Lebenslanges Lernen

Fortbildung ist nur ein Ausschnitt des großen Kontinuums von Lernen, das sich von der Sozialisation vor dem Studium, über die studentische Ausbildung, die Weiterbildung in Spezialfächern und Allgemeinpraxis und schließlich die Fortbildung selbst erstreckt. In diesem Verlauf - meist unbewusst - übernommene Vorstellungen und Verhaltensweisen können eine effektive Fortbildung sowohl behindern als auch fördern. Die unten ausgeführten Prinzipien und Vorschläge werden sinnvollerweise auch im Bereich der allgemeinärztlichen Weiterbildung angewandt.

7. Politische und ökonomische Interessen

Die Finanzierung von Fortbildungsveranstaltungen durch Unternehmen der Medizin-Industrie beeinflusst den Inhalt und führt zu Veränderungen in den Verschreibungsgewohnheiten zugunsten des Sponsors⁵⁹⁶⁰, oft ohne dass Ärzte sich dieser Wirkung bewusst sind⁶¹⁶²⁶³. Am Beispiel der Debatte über die Sicherheit von Calcium-Antagonisten⁶⁴ oder über die Wirksamkeit von Gabapentin⁶⁵ und von

Antidepressiva⁶⁶ konnte eine enge Assoziation zwischen der inhaltlichen Position von Autoren und deren materieller Unterstützung durch die pharmazeutische Industrie demonstriert werden. Die meisten der oben aufgeführten Methoden der Dissemination sind Teil des Beeinflussungsrepertoires der Medizin-Industrie (Pharmaka, Geräte, Praxisausrüstung usw.). Die von dieser Seite für die Beeinflussung professionellen Verhaltens eingesetzten Mittel sorgen im gesamten Bereich ärztlicher Fortbildung für eine problematische Akzentuierung. Hierbei besteht zudem immer die Gefahr einer Verletzung ärztlicher Standesregeln, da die Annahme unangemessener Vorteile einen Verstoß gegen die ärztlichen Berufsordnungen darstellt⁶⁷⁶⁸⁶⁹.

Auf der anderen Seite versuchen z.B. auch Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen(22) auf das Verschreibungsverhalten Einfluss zu nehmen, indem Ärzten ein individuelles Feedback über ihre Verschreibung gegeben wird, Qualitätszirkel mit entsprechender Zielsetzung angeboten oder kostenlos kritische Informationsmaterialien über Medikamente versandt werden.

F. Prinzipien einer allgemeinärztlichen Fortbildung

Bezugspunkt ist die allgemeinärztliche Praxis, wie sie in der Definition des Fachs der DEGAM⁷⁰ zum Ausdruck kommt: "Allgemeinmedizin beinhaltet die Grundversorgung aller Patienten mit körperlichen und seelischen Gesundheitsstörungen in der Notfall-, Akut- und Langzeitversorgung sowie wesentliche Bereiche der Prävention und Rehabilitation. Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte sind darauf spezialisiert, als erste ärztliche Ansprechpartner bei allen Gesundheitsproblemen zu helfen." Dazu haben Allgemeinärzte spezifische Methoden der Diagnose und Betreuung entwickelt, welche bei der konkreten Gestaltung allgemeinärztlicher Fortbildung berücksichtigt werden müssen⁷¹⁷²⁷³⁷⁴.

1. Selbstbestimmtes Lernen

In einer modernen Fortbildung tritt die Perspektive der Wissensvermittlung und des Unterrichts in den Hintergrund; stattdessen wird die Förderung selbständiger Lernprozesse betont⁷⁵. Die Forderung nach "Lerner-zentrierter" Fortbildung ist inzwischen zum internationalen Konsens geworden, bis zur Realisierung in der Praxis ist allerdings noch ein weiter Weg zurückzulegen.

"Selbstbestimmtes Lernen" ist dadurch gekennzeichnet, dass Ärzte selbst "die Initiative übernehmen: in der Feststellung eines Lernbedarfs⁷⁶, in der Formulierung von Zielen, im Auffinden von Ressourcen, in der entsprechenden Umsetzung und in der Evaluation des Ergebnisses"⁷⁷⁷⁸. Entscheidend ist, dass Lerner hier eine aktive Rolle nicht nur in einem begrenzten Bereich (etwa: Diskussionsrunde nach einem Frontalvortrag) übernehmen, sondern in der Strukturierung der Aktivität insgesamt. Damit haben sie die Möglichkeit, selbst gesteckte Ziele zu verfolgen und Lernmittel wie auch Geschwindigkeit selbst zu bestimmen. Vom Lerneffekt her besonders bedeutsam ist, dass ein Anknüpfen an eigene Erfahrungen⁷⁹ und eine Abstimmung auf den Kontext der eigenen Praxis stattfinden kann. Wenn so die individuelle Motivation und eigene Bedürfnisse zum gestaltenden Prinzip werden, können sich Ärzte mit mehr Begeisterung und Ausdauer diesem wichtigen Aspekt ihrer beruflichen Tätigkeit widmen. Resultat ist ein Lernen, das in die Tiefe des Verständnisses von Zusammenhängen geht und sich nicht mit dem oberflächlichen Wiederholen von Wissen begnügt; außerdem wird eine Unabhängigkeit gegenüber externen Interessen gefördert.

Überraschende Ergebnisse⁽¹¹⁾, Stress durch Nicht-Wissen oder kognitive Dissonanz, d.h. eine wahrgenommene Diskrepanz zwischen der eigenen derzeitigen Praxis (Ist-Zustand) und dem, was realisiert werden sollte (Soll-Zustand)⁽¹¹²⁾, bilden den Ausgangspunkt und ein motivierendes Element professioneller Lernprozesse⁸⁰. Ist dieser Abstand zwischen "Ist" und "Soll" groß genug, wird ein autonom agierender Lerner nach Wegen suchen, ihn wieder zu verkleinern und damit dem Selbstbild eines kompetenten und seine Patienten optimal versorgenden Arztes zu entsprechen.

Zu beachten ist, dass die Selbsteinschätzung der Lernenden nicht immer ein korrektes Abbild ihrer Fähigkeiten widerspiegeln⁸¹. Entsprechende Eingangsevaluationen vor Beginn von Fortbildungs-Maßnahmen sind in Erwägung zu ziehen. Demselben Ziel dient die Auswertung von Daten über das eigene Verhalten (z.B. Verschreibungsdaten für Qualitätszirkel).

Den Anspruch einer selbst bestimmten Fortbildung zu realisieren, erfordert allerdings eine deutliche Änderung der Gewohnheiten von Allgemeinärzten selbst wie auch den Anbietern von Fortbildung. Von ersteren wird vor allem eine aktive Strukturierung

ihres Lernen verlangt, was nach der Sozialisation des Medizinstudiums eine ungewohnte Anforderung ist. Lernziele selbst zu formulieren und Evaluationskriterien zu definieren, ist deshalb eine elementare Aufgabe einer innovativen Fortbildung⁸². Dabei müssen die nötigen zeitlichen und/oder finanziellen Ressourcen bedacht werden⁸³. Es muss dabei generell ein Bewusstsein dafür hergestellt werden, dass für Fortbildung fast immer gezahlt werden muss – wenn nicht direkt beim Absolvieren von Veranstaltungen oder durch Kostenübernahme durch berufliche Organisationen der Hausärzte, dann indirekt in Form veränderter Verordnungsgewohnheiten zu Lasten der Krankenkassen oder des Verordnungs-Budgets der Hausärzte. Es ist nicht zu erwarten, dass Vortragende dauerhaft ihre Vorbereitungsarbeit vollständig ehrenamtlich leisten. Eine entsprechende Erwartung führt leicht zur Versuchung, sich Vortrags-Honorare im Korruptions-anfälligen Kontext industrieller Sponsoren zu generieren.

Veranstalter wiederum müssen die herkömmlichen Formate (z.B. Frontalvorlesung) ihrer Angebote überdenken, da selbst bestimmtes Lernen eine ganz andere strukturelle Unterstützung benötigt⁸⁴.

Entscheidend ist der selbst bestimmte, zielgerichtete Plan einzelner Ärzte; bei dessen Realisierung haben sämtliche oben erwähnten Methoden und konventionelle didaktische Formate (Vorträge, Lektüre usw.) entsprechend persönlichen Neigungen ihren Platz. Letztere können mit Lerner-zentrierenden Elementen verbessert werden⁸⁵. Auch der direkte persönliche Kontakt mit Kollegen bzw. Experten ist ein wichtiges Mittel zum Kompetenzerwerb(127). Interaktive elektronische Medien können mehrere der oben genannten Lernmethoden erleichtern oder besser zugänglich machen (z.B. Portfolios auf elektronischem Datenträger, E-mail-Verteiler für Klein- und Großgruppen [Listserver]).

Zu einer lernerzentrierten Fortbildung gehören aber auch das (selbst-) kritische Einschätzen der eigenen Kompetenz und des Verhaltens in der Praxis. Der so identifizierte Lernbedarf kann, neben dem spontan sich ergebenden Lernbedürfnis, ein wichtiger Zielgeber für eine effektive Fortbildung sein (*zu spezifischen Methoden siehe G. Lernbedarf und Evaluation*). Allerdings setzt dies ein gereiftes professionelles Selbstverständnis und eine gewisse Souveränität voraus, da eine Rückmeldung über Fehler und Schwächen sonst nicht sinnvoll verarbeitet werden kann.

Individuelles Lernen in der Allgemeinmedizin – ein Beispiel⁸⁶

Um eine Alternative zu den üblichen von der pharmazeutischen Industrie veranstalteten Vorträgen zu erproben (die in Großbritannien zertifiziert wurden), entwarfen britische Allgemeinärzte (Wessex Faculty des Royal College of General Practitioners) individuelle Lernpläne. Dies erfolgte jeweils in Zusammenarbeit mit einem Tutor, den die Beteiligten sich selbst suchten. Der individuelle Lernbedarf wurde durch Praxis-Tagebücher, Audits, eine CD-gestützte Selbstprüfung⁸⁷, persönliche Bedürfnisse usw. ermittelt. Lernziele und -fortschritte wurden in einem Portfolio festgehalten, das schließlich zur Zertifizierung eingereicht wurde (ein Fortbildungszertifikat führt in GB zu höherem Jahreseinkommen für Allgemeinärzte).

2. Kontextrelevanz

Allgemeinärzte achten besonders kritisch darauf, ob Empfehlungen in ihrem spezifischen Arbeitsbereich anwendbar sind. So ist zwar das faktische Wissen, dass Antibiotika bei viralen Erkrankungen des Respirationstraktes keine positiven Auswirkungen haben, allgemein verbreitet. Tatsächlich machen es das Eingebundensein in die Beziehung mit den Patienten, deren Erwartungen, Zeitdruck usw. oft schwierig, das faktische Wissen umzusetzen⁸⁸⁸⁹. Auch müssen Praxisorganisation und -ausstattung wie auch vertragsärztliche Vorschriften (Wirtschaftlichkeitsgebot!) bedacht werden. Empfehlungen oder Informationen müssen diese Hintergründe berücksichtigen, um wirksam und akzeptabel für die Zielgruppe zu sein; dies verlangt in der Regel zumindest die *Beteiligung* erfahrener Allgemeinärzte bei der Konzeption und Umsetzung von Fortbildungsaktivitäten.

3. Evidenzbasierung

In keinem Fachgebiet kann heute eine Versorgung akzeptiert werden, die die Ergebnisse aus systematischen wissenschaftlichen Studien außer Acht lässt. Dies gilt wegen des Multiplikatoreffektes in noch höherem Maße für jede Veranstaltung oder sonstige Präsentation im Rahmen ärztlicher Fortbildung. Die für den Inhalt Verantwortlichen müssen deshalb sicherstellen, dass alle relevanten Publikationen/Quellen berücksichtigt und transparent für die Zielgruppe sind. Diese Anforderung entspricht der an eine systematische Übersichtsarbeit⁹⁰⁹¹.

Mit zunehmender Verankerung eines kritischen Bewusstseins für die Begründung von diagnostischen, therapeutischen und präventiven Maßnahmen wird der Bezug auf publizierte Evidenz ein wichtiges Qualitäts- und Glaubwürdigkeitskriterium von Fortbildungsmaßnahmen werden. Dabei sollen die Ergebnisse systematischer Studien - ob aus der Primärversorgung oder Spezialfächern - nicht unkritisch auf die Situation einzelner Patienten extrapoliert werden. Vielmehr wird durch das zunehmende Vertrautwerden mit den Prinzipien Evidenzbasierter Medizin auch das Bewusstsein für deren Grenzen wachsen⁹²⁹³⁹⁴.

4. Orientierung am Patienten

Die Vorstellungen, Erwartungen und Wünsche der Patienten spielen in der allgemeinärztlichen Konsultation eine große Rolle. Das diagnostische und therapeutische Vorgehen sollte auf einem gemeinsamen Grundverständnis und einer individualisierten Information beruhen⁹⁵ ("Gespräch zwischen Experten" als Ideal). Fortbildungsinhalte und -präsentationen sollten deshalb möglichst mit Umsetzungshilfen versehen sein, die eine valide und verständliche Patienteninformation möglich machen⁹⁶. Die bisher verbreiteten Materialien sind vielfach untauglich⁹⁷.

Wenn Allgemeinärzte sich des Instrumentariums Evidenzbasierter Medizin bedienen, sollte deshalb ein Aspekt besonders betont werden: die Ergebnisse aus wissenschaftlichen Studien müssen unseren Patienten auf verständliche und der individuellen Situation gerecht werdende Weise dargestellt werden, so dass diese eine informierte Entscheidung treffen können; dies hat weitreichende Implikationen in Bezug auf kommunikative und Informations-Kompetenzen von Ärzten⁹⁸. Eine Erleichterung wird sich ergeben, wenn die Autoren systematischer Übersichtsarbeiten ihre Ergebnisse über die Wirksamkeit z.B. von Therapiemaßnahmen in standardisierter Patienten-orientierter Weise darstellen⁹⁹¹⁰⁰, wie dies bereits bei den Patienten-Informationen der DEGAM-Leitlinien sowie bei

den DEGAM-Patientenratgebern zur kardiovaskulären Prävention umgesetzt wurde¹⁰¹.

5. Werkzeuge an Stelle von Inhalten

Eine direkte Befragung von Allgemeinärzten in ihren Praxen hat ergeben, dass sich aus zehn Patientenkontakten im Durchschnitt drei Fragen fachlicher Art ergeben; von diesen werden allerdings zwei Drittel nicht weiterverfolgt¹⁰². Neben der hohen Zahl sind die Vielfalt der Themenbereiche, der individuelle Bezug und die Praxissituation (Zeitdruck!) für die allgemeinärztliche Praxis typisch. Permanentes Speichern der zur Beantwortung nötigen Informationen im Gedächtnis ist oft keine realistische Option; stattdessen müssen Allgemeinärzte Strategien eines **Praxis-bezogenen Informationsmanagements** erlernen, um flexibel und schnell im Individualfall eine Antwort auf alltägliche Probleme zu erhalten. Damit besteht hier eine Parallele zur Etablierung => Problem-orientierter Lernformen in der studentischen Ausbildung: auch hier kommt es darauf an, weniger die Inhalte als die Fertigkeiten zum Auffinden und Verwerten von Informationen zu vermitteln.

Das klassische Instrumentarium Evidenzbasierter Medizin wird wegen des zeitlichen und logistischen Aufwandes sowie der erforderlichen Kompetenz wohl nur von einer besonders qualifizierten Minderheit innerhalb der Ärzteschaft bei einer begrenzten Zahl von Problemen angewendet werden¹⁰³. Alle Allgemeinärzte benötigen aber benutzerfreundlich angelegte und valide Informationsquellen, die selber nach den Prinzipien der Evidenz-basierten Medizin gestaltet sind wie beispielsweise das PERLEN-Projekt (Anmerkung unten)¹⁰⁴¹⁰⁵¹⁰⁶¹⁰⁷.

6. Ausgewogene und transparente Finanzierung

Gelegentlich scheint es mancherorts nicht möglich zu sein, die Kosten für hausärztliche Fortbildungen ganz ohne Sponsoring zu bestreiten. Gerade bei größeren Veranstaltungen wie Tagen der Allgemeinmedizin belasten allein die Raumkosten die Veranstaltungs-Budgets erheblich. Problematisch wird es allerdings, wenn dieses Engagement nicht offen dargelegt wird. So fordert die DEGAM, dass jede Unterstützung einer Veranstaltung, eines gedruckt oder elektronisch publizierten Werkes oder einer anderen Fortbildungsmaßnahme durch interessierte Einrichtungen (z.B. Industrie) offen gelegt wird. Dies bezieht sich auf Art und Ausmaß der materiellen und inhaltlichen Unterstützung. Wie bei guten medizinischen Zeitschriften müssen für den Inhalt Verantwortliche (Autoren, Referenten, Moderatoren) ihre Verbindungen zu materiellen Interessen (denkbare Interessenskonflikte) offen legen; dies entspricht den ethischen Codes ausländischer Selbstverwaltungsorgane¹⁰⁸. Zu den mit einem Label juristisch geschützten „Tagen der Allgemeinmedizin“ hat die Sektion Fortbildung der DEGAM eindeutig Stellung bezogen: Tage der Allgemeinmedizin werden durch die Teilnehmer selbst, durch Berufsverbände und/oder durch Institutionen ohne kommerzielles Interesse finanziert. Tage der Allgemeinmedizin sind industrieunabhängig. Produktwerbung und Sponsoring durch Industrieunternehmen sind nicht erlaubt.

G. Beispiele hausärztlicher Fortbildung

Hausärztliche Qualitätszirkel breiten sich aus

Heute sind Qualitätszirkel (QZ)¹⁰⁹ ein fester Bestandteil der Versorgung und professionellen Entwicklung in Deutschland. Dabei hat diese Bewegung erst Ende der 80er, Anfang der 90er Jahre nach ersten Anfängen ärztlicher Peer Review-Gruppen 1979 in den Niederlanden ihren Ausgang im Umfeld allgemeinmedizinischer Universitätsabteilungen genommen. Hausärzte waren und sind führend in der Entwicklung dieser Arbeitsform gewesen. Inzwischen werden regelmäßig Moderatoren-Trainings durchgeführt. Es wird geschätzt, dass derzeit in Deutschland zirka 5.400 Qualitätszirkel im Bereich der ambulanten Versorgung existieren; etwa die Hälfte der niedergelassenen Ärzteschaft ist an einem Qualitätszirkel beteiligt¹¹⁰. In einigen Bundesländern wurde die regelmäßige Teilnahme an Qualitätszirkeln fester Bestandteile von Verträgen zur Hausarzt-zentrierten Versorgung. An den Pharmakotherapiekreisen des AQUA-Institutes nehmen mehr als 7000 Hausärzte teil¹¹¹.

Von großer Bedeutung ist, ob mit einer solchen Innovation konfrontierte Ärzte diese als relevant, hilfreich und praktikabel für ihren Arbeitsbereich ansehen¹¹²; Hier bestehen besonders gegen von außen eingebrachte Anforderungen vielfach Vorbehalte, die z.T. nur verdeckt geäußert werden können. Gerade aus der Perspektive der Allgemeinmedizin wird damit manches Scheitern von Innovationen verständlich. Für in eigener Praxis tätige Hausärzte lässt der permanente Zwang zur Umsetzung administrativer Erfordernisse (Gebührenordnungen, Wirtschaftlichkeitsgebot, Kodierung von Diagnosen usw.) oft kaum noch Spielraum für Lernen und Neuerungen im eigentlich medizinischen oder auch kommunikativen Bereich. Hier besteht eine Hierarchie von Anforderungen und Bedürfnissen, die eine Fortbildung realistischere berücksichtigen muss.

Balintgruppen

Diese von Michael Balint¹¹³ initiierten und heute in vielen Ländern vorhandenen interkollegialen Gruppen demonstrieren mehrere zentrale Züge einer modernen, lernerzentrierten Fortbildung in der Allgemeinmedizin:

- unmittelbarer Praxisbezug - da Patientenprobleme einzelner Ärzte der Ausgangspunkt der Diskussion sind,
- im Mittelpunkt steht die Patient-Arzt-Beziehung als Kern der Allgemeinmedizin,
- die wichtigste Ressource bilden die gleichrangigen Gruppenmitglieder (Peers),
- die eigene Praxis einschließlich des emotionalen Hintergrundes wird reflektiert, "Wissen" im technischen Sinne ist nachrangig,
- bei regelmäßigen Treffen werden früher diskutierte Fälle nachbesprochen, womit eine Evaluation des Erarbeiteten möglich wird.

Allgemeinärztliche Fortbildungskongresse in Deutschland

Seit 30 Jahren findet in Bad Orb die *practica* als größte Fortbildungsveranstaltung für Hausärzte im deutschsprachigen Raum statt. Durchschnittlich 1400 Teilnehmer nehmen an interaktiven Seminaren, Übungen und Workshops teil. Dabei steht der unmittelbare Bezug zur Praxis im Vordergrund. Durch kombinierte oder separate Veranstaltungen für Medizinische Fachangestellte wird das "Lernsubjekt Praxis" (siehe D.5) besonders berücksichtigt.

Bereits zum 10. Mal fand im Mai 2009 in Heidelberg ein Tag der Allgemeinmedizin statt¹¹⁴. Mittlerweile gibt es bundesweit solche Industrie-unabhängigen Fortbildungstage für Hausärzte und ihre Praxisteams an mindestens 15 Standorten auch außerhalb von Universitäten. Die Teilnehmer-Zahlen sind beeindruckend, die Evaluationen hervorragend. Die DEGAM-Sektion Fortbildung definierte ein Schutzlabel für Tage der Allgemeinmedizin: <http://degam.de/fortbildung/dokumente/ZfA-Artikel%20Tag%20der%20Allgemeinmedizin.pdf>

Die Sektion Fortbildung der DEGAM hat ein geschütztes Konzept für die Durchführung von Tagen der Allgemeinmedizin entwickelt¹¹⁵.

Im Rahmen der DEGAM-Kongresse werden regelmäßig auch Fortbildungsangebote für die Region, in der die Kongresse stattfinden, bereit gehalten.

Seit 1953 findet auf der Nordseeinsel Langeoog die Woche der Praktischen Medizin statt. Vertreter der DEGAM und des IhF gestalten einen wachsenden Teil dieser Fortbildungs-Woche mit evidenzbasierten und interaktiven Angeboten von Hausärzten für Hausärzte.

Kontinuierliche hausärztliche Fortbildungs-Angebote

In Hamburg wird von der Hausärztlichen Fortbildung Hamburg (HFH) seit 2005 in Kooperation von allgemeinmedizinischer Universitätsabteilung, DEGAM-Vertretern, Hausärzterverband, hausärztlichen Internisten und Ärztekammer eine curriculare Fortbildung¹¹⁶ veranstaltet, die innerhalb von 5 Jahren alle wesentlichen Themen hausärztlicher Tätigkeit abhandelt.

In Bremen bildete sich 2006 nach negativen Erfahrungen mit der von Spezialisten dominierten Fortbildungs-Kommission der Ärztekammer eine eigene Akademie für hausärztliche Fortbildung¹¹⁷. In Anlehnung an das oben skizzierte Prinzip der Lerner-zentrierten Fortbildung wird hier weniger eine Strategie eines Gesamt-Curriculums verfolgt, sondern die Themen werden aus Befragungen der Hausärzte generiert. Der Akademie gehören nicht nur Hausärzte an, sondern auch Medizinische Fachangestellte. Dementsprechend richtet sich das Fortbildungs-Angebot auch an diese Berufsgruppe, aber auch an Altenpfleger und Patienten.

DEGAM-Regional-Treffen

Im nordwestdeutschen Raum hat sich seit 2007 eine Seminar-Tradition entwickelt – Hausärzte aus Niedersachsen und Bremen erarbeiten hier Positionen zu Themen wie hausärztlicher Diagnostik, hausärztlichen Basis-Qualifikationen, Qualitäts-

Indikatoren u.a.

Institut für hausärztliche Fortbildung (IhF)

Das Institut für hausärztliche Fortbildung (IhF) wurde 2004 als Tochterorganisation des Deutschen Hausärzterverbandes gegründet¹¹⁸. Seit 2006 werden so genannte Minimodule zur Verbreitung in örtlichen Hausärztergruppen und Qualitätszirkeln hergestellt. Dabei sind viele DEGAM-Mitglieder involviert, und es wird regelmäßig auf die Leitlinien der DEGAM zurückgegriffen. Das IhF unterstützt die DEGAM finanziell im Gegenzug für die Verwendung der verschiedenen DEGAM-Leitlinien für die IhF-Module. Die Finanzierung erfolgt teils aus Mitgliedsbeiträgen des Hausärzterverbandes, teils aus Geldern aus der Medizin-nahen Industrie, was gelegentlich Anlass zur Kritik gab. Das IhF hat seit 2007 mehrere bundesweite hausärztlich Fortbildungs-Kongresse organisiert, seit 2009 auch ganztägige Fortbildungs-Veranstaltungen. Während die DEGAM sich schwerpunktmäßig mit der strukturellen, inhaltlichen und theoretischen Unterstützung einbringt, liegt beim IhF der Schwerpunkt eher auf der Organisation und Umsetzung von Fortbildungsveranstaltungen.

Die Ausbildung zur VERAH-Assistentin

Besonders mit der Erarbeitung eines Ausbildungs-Curriculums für besonders qualifizierte und selbständig arbeitende Medizinische Fachangestellte¹¹⁹ überschritt auch das IhF die Grenzen einer lediglich auf Ärzte fokussierten Fortbildung. Der hier verfolgte Ansatz ist insbesondere deshalb beachtenswert, als er den Schwerpunkt auf eine Erweiterung der Team-Zusammenarbeit in den Hausarzt-Praxen legt.

Angebote zum Training in evidenzbasierter Medizin

Das IhF hat ein Minimodul zum Thema erarbeitet. U.a. in Bremen¹²⁰, Frankfurt¹²¹ und Lübeck¹²² finden Kurse zum EbM-Training statt. Speziell für Hausärzte wurde in Salzburg ein Recherchedienst evidenzbasierte Medizin (REM)¹²³ geschaffen. In Marburg wurde mit dem PERLEN-Projekt¹²⁴ ein Ansatz entwickelt, mit dessen Hilfe einzelne Hausärzte und hausärztliche Qualitätszirkel trainieren können, wie sie in der täglichen Praxis generierte Fragen möglichst rasch und ohne viel Aufwand mit Hilfe von evidenzbasierten Informationen aus dem Netz beantwortet bekommen können.

Neben den DEGAM-Leitlinien¹²⁵ bietet die Homepage des ARRIBA-Projektes¹²⁶ Hausärzten die Chance, gemeinsam mit ihren Patienten deren kardiovaskuläres Risiko zu kalkulieren und bietet zugleich Hilfen für die Gestaltung des entsprechenden gemeinsamen Entscheidungs-Prozesses.

Selbstbestimmtes Lernen kann mit verschiedenen Strategien bzw. Methoden realisiert werden(77) (*Definitionen jeweils im Glossar[=>]*):

Portfolio-Lernen verbindet das Anknüpfen an Praxiserfahrungen mit hoher Flexibilität und gleichzeitig einer Strukturierung auf präzise formulierte Lernziele hin; es dokumentiert nicht nur formelles sondern auch Erfahrungs- und reflexives Lernen. Um ein gleichmäßiges Engagement zu fördern, ist die Zusammenarbeit mit einem

Mentor	sinnvoll. Das Mentoren-Verhältnis muss gerade in der Fortbildung keinen hierarchischen und/oder Erfahrungsunterschied beinhalten, sondern kann auch als gleichberechtigtes Verhältnis verstanden werden. Eine
=>Lernvereinbarung	ist vor allem bei einer persönlichen Beziehung zwischen zwei bzw. wenigen Lernenden/Mentoren sinnvoll (Lernvertrag); sie ist längerfristig angelegt und zielt meist auf den Erwerb komplexer Kompetenzen.
Kleingruppen	Neben Kleingruppen als Teil einer größeren Veranstaltung (Workshop) sind vor allem kontinuierlich bestehende Gruppen von Bedeutung, die im weiteren Sinne =>problem-orientiertes Lernen praktizieren (z.B. Qualitätszirkel); eine besondere Form sind Balintgruppen.
Lesen	Bei Ärztebefragungen ist dies regelmäßig das wichtigste Fortbildungsmedium ¹²⁷¹²⁸¹²⁹ . Auch wenn empirische Untersuchungen gegen einen größeren isolierten Effekt des Lesens sprechen ¹³⁰ , ist dieses unverzichtbarer Bestandteil einer Lern- oder Disseminations-Strategie. Der Erfolg kann durch freiwillige Befragungen mit Feedback ¹³¹¹³² gesteigert werden. Problematisch ist es allerdings, wenn überwiegend =>Streuzeitschriften als Quelle benutzt werden.
Hospitationen	können auch in spezialärztlichen Einrichtungen wegen der höheren Dichte entsprechender Erkrankungen/Probleme sinnvoll sein.
Lehrtätigkeit	in Aus-, Weiter- und Fortbildung hilft auch Dozenten und Moderatoren, Kompetenz zu erhalten und zu vertiefen.
Visitationen und Zertifizierungen	Mit der gesetzlichen Verpflichtung zur Einführung von Systemen zum Qualitätsmanagement haben Elemente vom Lernen im Team in den Arztpraxen Einzug gehalten. Damit einher gehen Praxis-Besuche durch Visitoren sowie das Aufstellen von Fortbildungs-Plänen für das gesamte Praxis-Team.

H. Lernbedarf und Evaluation

Die Wünsche, Erwartungen und Vorstellungen von praktizierenden Ärzten selbst bilden den Angelpunkt einer modernen Fortbildung. Allerdings gibt es empirische Hinweise dafür, dass Ärzte den Stand ihrer Kompetenzen oft ungenügend einschätzen und häufig Schwerpunkte für ihr Lernen gerade in den Bereichen setzen, in denen sie bereits (fast) optimal arbeiten¹³³. Das subjektive Element genügt also nicht als Gestaltungskriterium; es muss vielmehr ergänzt werden durch eine Erfassung von ärztlicher Kompetenz und ärztlichem Versorgungsverhalten, die den Beteiligten auch einen zuvor nicht bewussten Lernbedarf als Ausgangspunkt neuer Lernbemühungen deutlich macht.

Gegen solche "Prüfungen" im weiteren Sinne bestehen verständliche Vorbehalte unter Ärzten. Im Laufe der ärztlichen Ausbildung haben sie irrelevante und praxisferne Prüfungs-Methoden kennen gelernt, die mit den Erfordernissen ärztlicher Tätigkeit in keinem sinnvollen Zusammenhang stehen und dazu noch falsche Lern-Akzente setzen. Im Gegensatz dazu können "Prüfungen" einen formativen Charakter (=> formatives Assessment) haben, d.h. innerhalb eines reifen Verständnisses von professionellem Lernen machen sie Kompetenzlücken und damit Lernbedarf deutlich. Dazu ist allerdings zwingend notwendig, dass an die konkreten Ergebnisse keine negativen Konsequenzen geknüpft werden.

Folgende Methoden des so verstandenen "formativen Feedback" stehen zur Verfügung:

Schriftliche Befragungen¹³⁴ in der Form von Multiple-choice-Fragen haben den Vorteil eines vergleichsweise geringen Aufwandes und damit hoher Effizienz. Sie können jedoch nur ein enges Segment von Fakten-Wissen überprüfen, ohne dass höhere Fertigkeiten, Zusammenhänge oder der Kontext von Problemen berücksichtigt werden. Diese Einschränkungen haben zu Weiterentwicklungen geführt, in denen klinische Szenarien mit mehreren Verzweigungsmöglichkeiten gelöst werden müssen (sog. patient management problems). Eine Abfrage kann sich u.U. auf wenige kritische Elemente eines Entscheidungsbaumes beschränken (sog. key-features approach¹³⁵). Auch in Form eines freien Essays zu beantwortende Fragen werden verwendet. Eine Aufbereitung solcher Befragungen in **elektronischer Form** erlaubt die Berücksichtigung komplexerer Probleme, direktes individuelles Feedback und - durch die Möglichkeit des individuellen Abarbeitens - größere Diskretion.

Während bei den bisher genannten Formen die Erfassung von Wissen im Vordergrund steht, geht es bei den **klinischen => Simulationen** (objective structured clinical examination - OSCE) um Fertigkeiten. Dabei werden Kandidaten mit echten oder =>**standardisierten Patienten** konfrontiert.

Schriftliche und mündliche Befragungen wie auch Simulationen in Form von OSCEs bzw. standardisierten Patienten bilden die *Kompetenz* von Ärzten ab; diese Methoden können jedoch keine sicheren Aussagen über das *Verhalten* in realen Versorgungssituationen (performance) machen. Um letzteres zu erfassen, kann z.B. mit Hilfe der Praxis-Dokumentation das Verhalten von Ärzten zu bestimmten Problemen analysiert und in Bezug auf einen zuvor definierten Standard bewertet werden (sog. Audit). Dies bildet dann den Ausgangspunkt für Verbesserungen, die sich auch auf die Kompetenz beziehen können (also Lernen im engeren Sinne).

Demselben Zweck dienen die gegenseitige **Beobachtung** bzw. der **Praxisbesuch** von Allgemeinärzten¹³⁶¹³⁷, Video- und Tonband-**Aufnahmen von Konsultationen**¹³⁸, => standardisierte Patienten¹³⁹, themen-spezifische Dokumentationsbögen, zusätzliche Gruppendiskussion, die systematische Befragung von Patienten usw¹⁴⁰. Von unklarer Validität für die Allgemeinmedizin ist die Einschätzung durch Kollegen (peer assessment)¹⁴¹¹⁴²¹⁴³

Die bisher genannten Maßnahmen stellen formale und explizite Arten des Assessment (dieser Ausdruck vermeidet den belasteten Begriff "Prüfung") dar. Trotz ihrer Bedeutung für ein reifes Selbstverständnis sollten sie nicht das unmittelbar **aus der Praxis hervorgehende Reflektieren** vergessen lassen⁽¹¹⁾ (*siehe D.2*). Verschiedene Techniken sind vorgeschlagen worden, um die Reflexion in und aus der eigenen Praxis explizit zu machen, die auf direkter Beobachtung, retrospektiver Diskussion von Problemsituationen (=>critical incident technique) oder strukturierten Interviews beruhen¹⁴⁴. Sie können wiederum in einen Lern- oder Entwicklungsplan für den einzelnen Arzt oder das ganze Praxisteam münden⁽⁵⁵⁾.

Die hier dargelegte Palette von Methoden des Assessments kann für verschiedene Ziele genutzt werden: bei der Identifizierung von *individuellem* Lern- oder Veränderungsbedarf als Ausgangspunkt einer lernerzentrierten Fortbildung wie auch bei Abschätzung eines *allgemeinen* Fortbildungsbedarfs¹⁴⁵. Die genannten Methoden sind auch typische Elemente eines umfassenden Qualitätsmanagements; was die enge Verbindung zwischen ärztlicher Qualitätsförderung und Fortbildung unterstreicht.

Entscheidend ist, dass solche Überprüfungen im Geist selbstkritischer Neugier und konstruktiver Kollegialität für den Kontext der Allgemeinmedizin angepasst werden. "Vielleicht werden in Zukunft Kompetenz-Prüfungen als unverzichtbares Arbeitsmittel im Leben praktizierender Ärzte angesehen werden. Dies wird allerdings nur geschehen, wenn die betroffenen Ärzte sicher sein können, dass die erforderlichen Messungen valide, verlässlich und die Ergebnisse sicher aufgehoben in den Händen vertrauenswürdiger 'Prüfer' sind. Dann werden Ärzte solche Prüfungen nicht als ein Zwangsmittel ansehen, sondern diese werden ein natürlicher Bestandteil lebenslangen Lernens sein, das von allen Angehörigen einer Profession zur Beibehaltung optimaler Kompetenz und Praxis erwartet wird"¹⁴⁶.

I. Die Zertifizierung der Fortbildung

Individuelle Patienten haben ein berechtigtes Interesse daran, dass die an der Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte mit ihrem Wissen und ihren Kompetenzen auf dem aktuellen Stand der Medizin sind, und dass ihr tatsächliches Verhalten einem hohen Qualitätsstandard entspricht. In dieselbe Richtung gehen die Erwartungen der allgemeinen Öffentlichkeit, von staatlicher Gesundheitsverwaltung und Kostenträgern. Bei letzteren ist sicher auch ein direktes Interesse am wirtschaftlichen Umgang mit knappen Ressourcen von besonderer Bedeutung. Schließlich müssen Ärzte selbst daran interessiert sein, dass ihr eigener professioneller Status nicht durch die

mangelhafte Versorgungsqualität von einzelnen Angehörigen ihrer Gruppe gefährdet wird. Möglicherweise ist es auch so, dass Ärzte sich nicht ganz ohne Druck von außen dahin bewegen, sich fortzubilden und damit im Zusammenhang eingefahrene Verhaltensweisen zu verändern.

1. Das Fortbildungszertifikat der Ärztekammern

Als Konsequenz hatten die Bundesärztekammer und mehrere Landesärztekammern in Deutschland das Angebot eines freiwilligen Fortbildungs-Zertifikates entwickelt, das den Mitgliedern helfen soll, "regelmäßige qualifizierte Fortbildung als Bestandteil einer Qualitätssicherungsmaßnahme ... zu dokumentieren"^{147,148}. Diese freiwillig zu erbringenden Zertifikate sind inzwischen von einer gesetzlichen Pflicht hierzu abgelöst worden. Auf die niedergelassenen Ärzte wird Druck ausgeübt, indem die Honorierung vom Vorliegen eines Fortbildungs-Zertifikates abhängig gemacht wird. Die Ärztekammern bewerten Fortbildungsangebote nach definierten Kriterien ("Anerkennung"). Die entsprechenden Punkte werden nach Dauer (Stunden), didaktischem Format und Evaluation des Lernerfolgs vergeben.

Die Dokumentation beruht ausschließlich auf der *Teilnahme* an Fortbildungsveranstaltungen, die allerdings ein breites Spektrum bis hin zu Hospitationen und Fall-/Klinikkonferenzen umfassen¹⁴⁹.

Auch die mit den strukturierten Programmen (DMP Diabetes, KHK, Asthma und COPD) einhergehende Verpflichtung für die teilnehmenden Ärzte, jährlich zu diesen Themen Fortbildungen zu absolvieren, wird der Komplexität hausärztlicher Tätigkeit, die schließlich die verschiedensten anderen Themen abbilden muss, nicht gerecht. Ein möglicher rationaler Umgang damit kann – neben immer wieder erforderlichem Update des aktuellen Wissens zu Asthma, Diabetes, COPD und KHK - darin bestehen, übergreifende, allgemein gültige Themen wie Kommunikation, gemeinsames Aushandeln von Behandlungszielen mit den Patienten, Qualitätsindikatoren etc. bevorzugt neben der allfälligen Besprechung von Aktualisierung der Therapieempfehlungen im Zusammenhang mit der DMP-Fortbildung zu realisieren.

2. Obligatorische Kompetenzerhaltungs-Programme

Diskussionen um Fortbildungs- oder ähnliche Zertifikate sind nie ganz frei vom Bezug auf tatsächlichen, vermuteten oder in der Zukunft erwarteten Zwang. Dies droht, die Motivation einzelner Ärzte zu untergraben, und verführt leicht zum rein äußerlichen Erfüllen von Vorschriften oder Erfordernissen, ohne dass ein Lernen im tieferen Sinne stattgefunden hätte. Die DEGAM zieht es weiterhin vor, Maßnahmen zu einer wirksameren Fortbildung im Kontext eines intrinsisch motivierten Professionalismus zu diskutieren.

In mehreren Ländern sind verpflichtende Maßnahmen eingeführt worden, die die Versorgungsqualität insgesamt erhöhen sollen und/oder der Identifikation "schwarzer Schafe" in der Ärzteschaft dienen. So sind in den USA Facharzt-Anerkennungen grundsätzlich zeitlich befristet; jeweils nach sieben bis zehn Jahren muss eine Prüfung abgelegt werden, um die Anerkennung zu erneuern. Es handelt sich überwiegend um Multiple-Choice-Prüfungen, die zur Entwicklung einer ganzen Industrie zur Prüfungsvorbereitung geführt haben; diese unbefriedigende Situation hat Kompetenzerhaltungs-Programmen gefördert, die sich auch anderer Überprüfungs- und Dokumentationsmethoden bedienen¹⁵⁰. Verpflichtende Kompetenzerhaltungs-Programme sind auch in Kanada, Neuseeland und Australien eingeführt worden.

In Großbritannien wurde nahezu zeitgleich mit der Einführung des CME-Systems in Deutschland ein solches System wegen Ineffektivität zu Gunsten eines Systems individueller Lernpläne wieder abgeschafft¹⁵¹¹⁵². Europäische Organisationen allgemeinmedizinischer Wissenschaftler haben sich für ähnliche Schritte ausgesprochen – mit Umsetzung auch in Israel und Skandinavien¹⁵³.

In Kanada führte die Federation of Medical Regulatory Authorities ein Revalidations-System¹⁵⁴ ein, das einerseits absolut verbindlich ist, jedoch innerhalb der erreichten Bewertungen durch Patienten, Arzt-Kollegen und nicht-ärztliches Personal keinerlei Sanktionen enthält, die als rein extrinsische Anreize die intrinsische Motivation zur Lern- und Veränderungs-Bereitschaft gefährden würden.

Die DEGAM hielt in ihrer Stellungnahme zur am 1. Juli 2004 umgesetzten Einführung des CME-Fortbildungs-Systems eine Zertifizierung auf einer solchen Basis, seit 2009 teilweise Grundlage für die ärztliche Honorierung, nicht für sinnvoll. Unseres Erachtens sollte das Fortbildungs-System von einer an die individuellen Fortbildungs-Bedarfe angepassten, von einem Mentor begleiteten Fortbildungs-Methodik abgelöst werden. Vermutlich wird die Pflicht-Zertifizierung, seit sie einmal eingeführt worden ist, nicht mehr ausgesetzt werden können – auch wenn dabei auch innovative Beiträge durch die Verbindung mit einer Zwangsmaßnahme diskreditiert werden können. Mittlerweile sind die Ärzte aber seit 5 Jahren an die Vorstellung gewöhnt, dass ein Teil ihrer Honorierung an die Absolvierung von Fortbildungen gebunden ist. Es gilt nun, das zu Grunde liegende Fortbildungs-System methodisch zu verbessern, zu individualisieren und zu entbürokratisieren.

An obligatorische Maßnahmen der => Re-Zertifizierung oder => Re-Validierung, die über den derzeitigen freiwilligen Fortbildungs-Nachweis der Ärztekammern hinausgehen, sind - u.a. wegen der drastischen Konsequenzen für einzelne Ärzte - sehr hohe Anforderungen zu stellen:

- Das Ziel der Maßnahme muss klar formuliert sein.

Zertifizierungs-Maßnahmen bewegen sich zwischen den Polen einer "Schwarze-Schafe-Strategie" einerseits und dem Bemühen, die Versorgungsqualität der gesamten Gruppe zu erhöhen andererseits. Maßnahmen, die dem einen Ziel dienen, sind für den anderen Aspekt u. U. schädlich (=> formatives Assessment).

- Die für das so formulierte Ziel verwandten Methoden müssen nachgewiesenermaßen effektiv, praktikabel, akzeptabel für Ärzte wie Patienten und fair sein¹⁵⁵.

Dies setzt einen ausführlichen Konsultations-Prozess bei der primären Konzeption und eine gründliche Evaluation im weiteren Verlauf¹⁵⁶ voraus. So führte das australische College der Gynäkologen und Geburtshelfer zunächst eine Umfrage unter den Mitgliedern durch, bevor ein Programm zur Kompetenz-Erhaltung gestartet wurde. Dabei ging es gerade um die Meinung der in der Versorgung Tätigen und nicht nur um die der Funktionsträger.

- Maßnahmen zur Entwicklung und Dokumentation professioneller Kompetenz müssen sich auf die konkrete Situation der betroffenen Ärzte beziehen.

Es ist wenig sinnvoll, Lernaktivitäten zu stimulieren, die zum Bestehen einer Prüfung befähigen, sich aber inhaltlich auf Probleme beziehen, die in der konkreten Praxis des jeweiligen Arztes nicht vorkommen. Nur eine Teilnehmer-zentrierte Maßnahme mit einem hohen Maß an Individualisierung

wird auf eine intrinsische Motivation bauen können, ein praxisrelevantes Feedback verschaffen und die Prinzipien des selbstbestimmten Lernens berücksichtigen¹⁵⁷. Dieser Grundsatz spricht gegen die leicht durchzuführenden Multiple-choice-Prüfungen, die gerade bei US-amerikanischen Boards eine große Rolle spielen.

- Ein => Assessment von Kompetenz oder Verhalten muss den psychometrischen Kriterien von dokumentierter Validität und Reliabilität genügen¹⁵⁸.

Es muss nachgewiesen sein, dass das Messinstrument tatsächlich die Inhalte misst, die es zu messen vorgibt (Validität). Reliabilität bezieht sich darauf, dass z.B. derselbe Tatbestand von Beurteilern gleich eingeschätzt wird. Je gravierender die Konsequenzen aus der Daten-Erhebung sind, desto eher müssen diese Kriterien erfüllt sein.

- Für weitergehende Zertifizierungs-Maßnahmen müssen ausreichende Ressourcen (finanziell/personell) zur Verfügung gestellt werden.

Maßnahmen, die sich auf das Versorgungsverhalten von Individuen beziehen, wie z.B. die Praxisbesuche in den Niederlanden 159, sind extrem zeitaufwendig; sie können zudem nur von speziell ausgebildeten Kollegen durchgeführt werden.

Dass eine Erfüllung dieser Anforderungen in näherer Zukunft nicht realistisch erscheint, bestärkt uns in der Auffassung, das Fortbildungsverhalten der Ärzteschaft auf freiwilliger Basis quantitativ und qualitativ zu entwickeln. Dabei sollten Hausärzte wegen ihrer prominenten Position in einem modernen gegliederten Gesundheitswesen durchaus eine Vorreiter-Rolle übernehmen. Ein Kompetenzerhaltungs-Programm wird nur dann mehr sein als Lippenbekenntnis und formales Erfüllen einer lästigen Pflicht, wenn es von der breiten Mehrheit der Profession getragen wird.

3. Vorschläge der DEGAM zum Fortbildungszertifikat

Wir haben oben (siehe E) mehrere Vorschläge gemacht, wie allgemeinärztliche Fortbildung von einem rein quantitativen System sowie von unwirksamen Formaten und der Beeinflussung von Spezialisten und industriellen Interessen weg geführt werden und dadurch wirksam und befriedigend gestaltet werden kann. Ob solche Aktivitäten sich im Rahmen der Ärztekammern umgesetzt werden können oder ob es angesichts der Minorisierung hausärztlicher Interessen in den Kammern eigener hausärztlicher Fortbildungs-Akademien bedarf, die die Zertifizierung durchführen, bleibt abzuwarten. Wir schließen uns der Forderung des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) nach einer verpflichtenden regelmäßigen Rezertifizierung der Facharztanerkennung nicht an; diese soll nach dem Vorschlag des SVR von 2000/2001 vom Nachweis regelmäßiger Fortbildungsaktivitäten und dem Bestehen einer Prüfung abhängig gemacht werden¹⁶⁰ (inzwischen beurteilt auch der SVR den Nutzen zertifizierter Fortbildungen skeptischer¹⁶¹). Vielmehr plädieren wir dafür, die Teilnahme an Revalidationen nach kanadischem Vorbild verbindlich einzuführen, diese Revalidationen aber von die Motivation gefährdenden Sanktionen freizuhalten(14).

Konkret regen wir an, folgende Aktivitäten bei der Anerkennung im Rahmen des Fortbildungszertifikates mit zu berücksichtigen:

- Maßnahmen der Qualitätsförderung: neben der Teilnahme an Qualitätszirkeln sollten zusätzlich die systematische Erfassung von Prozess- und Ergebnisqualität (z.B. Praxis-Audits, Patientenbefragungen, Medikamenten-Reviews, Erstellung von Praxis-Statistiken^{162,163}) explizit und mit entsprechendem Aufschlag berücksichtigt werden,
- eine breite Palette von professionellen Aktivitäten, die den Beteiligten eine Lernerfahrung vermitteln, sollte einbezogen werden; dazu gehören die Beteiligung an der Entwicklung von DEGAM-Leitlinien, Seminare von Lehrbeauftragten und Lehrärzten für Allgemeinmedizin usw. Der Lernbedarf sollte durch Umfragen systematisch erfasst werden.
- Assessment: da die Identifizierung von eigenen Kompetenz-Lücken ein wichtiger Ausgangspunkt von Lernen ist, sind Überprüfungen durch Ärzte selbst oder durch Kollegen ("peers") ein wertvolles Element professioneller Entwicklung (*Beispiele siehe F*),
- Dokumentation durch => Portfolios, auch in elektronischer Form.
- wenn hausärztliche Fortbildung schon unabhängig von industriellen Interessen durchgeführt wird und die Teilnehmer selbst für die Kosten aufkommen, darf dies nicht durch zusätzliche Kosten für die Zertifizierung seitens der Ärztekammern noch bestraft werden. Entsprechende Zertifizierungs-Regeln bei den Kammern sind abzuändern.
- hausärztliche Qualitätszirkel sollen die Möglichkeit haben, möglichst unbürokratisch arbeiten zu können. Die gesonderte Zertifizierung jedes einzelnen Treffens bei verschiedenen Landesärztekammern¹⁶⁴ trägt diesem Bedarf nicht Rechnung. Die DEGAM fordert die jährlich summarische Anerkennung der Arbeit hausärztlicher Qualitätszirkel nach Vorlegen der Anwesenheitslisten. .

Mit diesen Maßnahmen wird auch der Kritik Rechnung getragen, dass das Fortbildungs-Zertifikat nur auf die Anwesenheit bei Fortbildungsveranstaltungen abhebt, die tatsächlich erworbenen Kompetenzen, Verhalten unter Routinebedingungen in der Praxis oder gar Ergebnis-Indikatoren dagegen nicht erfasst. Mit den von uns vorgeschlagenen Erweiterungen können gerade die Wirkungsebenen zum Tragen kommen (*siehe D.4*) werden, die patientennäher und damit relevanter sind.

Im Hinblick auf künftige Entwicklungen auf dem Gebiet der Zertifizierung ärztlicher Kompetenz bzw. des Kompetenzerwerbs ist für die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) die Frage des politischen Akteurs besonders bedeutungsvoll. Der Einfluss der DEGAM ist wesentlich geringer als etwa der eines fachärztlichen College in Großbritannien, Australien oder Kanada. Der autonomen Regelung professioneller Standards steht in Deutschland der Zwang entgegen, im Rahmen der Ärztekammern einen für die *gesamte Ärzteschaft* akzeptablen Kompromiss finden zu müssen. Die Erfahrungen mit der Geschichte der Weiterbildungsordnungen zeigen, dass die Allgemeinärzte dabei für sich nicht zwangsläufig optimale Ergebnisse erwarten können. Fachgesellschaft und Berufsverband der Allgemeinärzte werden um so eher ihre Vorstellungen von der Entwicklung und Dokumentation ärztlicher Kompetenz durchsetzen können, je mehr sie frühzeitig auf freiwilliger Basis überzeugende Prinzipien und praktische Elemente als Antwort auf die Anforderungen aus wissenschaftlichen und politischen

Veränderungen entwickelt haben.

Wie beispielsweise in Bremen mit der Gründung einer eigenen Akademie für hausärztliche Fortbildung vor-exerziert kann die Gründung eigener Fortbildungs- und Zertifizierungs-Einrichtungen der Hausärzte mittelfristig eine Alternative zur Zwangsmitgliedschaft in den Ärztekammern werden.

J. Umsetzungshilfen

Die Wirklichkeit (allgemein-) ärztlicher Fortbildung ist von den in dieser Stellungnahme formulierten Anforderungen vielfach noch weit entfernt. Eine positive Entwicklung auf dem Fortbildungs-"Markt" wird jedoch um so wahrscheinlicher, je kritischer die "Konsumenten" von Fortbildung ihre Ansprüche formulieren und ihr Verhalten an der Qualität von "Angeboten" ausrichten. Dabei sollen die im Folgenden angeführten Kriterien helfen.

1. Die gute Fortbildungsveranstaltung - eine Checkliste für kritische Teilnehmer und Veranstalter

➤ Inhalte

Sind die Lernziele explizit formuliert? Dies sollte bereits in der Ankündigung zu einer Veranstaltung, spätestens zu deren Beginn geschehen. Explizite Lernziele sind Voraussetzung eines gut strukturierten Vorgehens, der Auswahl geeigneter Didaktik und einer ehrlichen Evaluation der Veranstaltung. Relevante Kategorien für ausformulierte Lernziele sind: 1) Wissen, 2) Fertigkeiten, 3) Wertvorstellungen, Überzeugungen, Haltungen.

Sind die Inhalte in meiner Praxis anwendbar? Konkret: 1. Wird tatsächlich eine Lücke gefüllt, ein Problem gelöst? 2. Passt das Vermittelte zum Problem- bzw. Krankheitsspektrum meiner Praxis? 3. Sind die dargestellten diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen realisierbar (Kosten-, Zeitaufwand, unerwünschte Effekte usw.)?

Passen die Inhalte in meine persönliche Planung? Decken sie einen Bereich ab, den ich zuvor als problematisch oder bearbeitenswert identifiziert habe?

Werden Umsetzungshilfen gegeben? Damit das Erlernete gleich am nächsten Tag angewendet werden kann, sind Kurzfassungen für den Schreibtisch, Erinnerungshilfen, Merkblätter für Patienten und Medizinische Fachangestellten, Dokumentationshilfen usw. nützlich. Gibt es Kontaktpersonen, die bei später auftretenden praktischen Problemen zur Verfügung stehen?

Werden die Inhalte begründet? Worauf beruht das, was vermittelt wird? Wird der Bezug zu wissenschaftlichen Studien deutlich? Werden diese kritisch diskutiert? Oder muss eine diffuse "Erfahrung" des Referenten herhalten, und wie nahe ist sein/ihr Erfahrungshorizont an der allgemeinärztlichen Praxis?

➤ Didaktische Vermittlung

Sind die didaktischen Methoden angemessen? Dies bezieht sich a) auf die Lernziele, b) auf die Zielgruppe. Werden verschiedene Formate (Vortrag, Kleingruppen-Diskussion, praktische Übungen) abwechselnd angeboten?

Können die Teilnehmer systematisch ihre Erfahrungen und Vorstellungen einbringen? Können Fertigkeiten geübt werden? Werden sinnvolle audiovisuelle Hilfen benutzt?

War die Organisation angemessen? Stimmt Zeitplanung, Pausen, Raum, Sitzordnung, Verpflegung?

Wird der Erfolg der Veranstaltung evaluiert? Können Inhalte und Didaktik von den Teilnehmenden bewertet werden? Wird der Lernerfolg gemessen durch ein Assessment im weiteren Sinne? Werden dabei taugliche Instrumente zur Evaluation¹⁶⁵ benutzt?

➤ **Veranstalter und Sponsoren**

Ist der Primär-Veranstalter glaubwürdig und unabhängig? Kommt die Initiative von einer nicht-kommerziellen Einrichtung oder einem pharmazeutischen bzw. Geräte-Hersteller? Wird die Veranstaltung von kommerziell Interessierten unterstützt, wird dies eindeutig offen gelegt? Ist ein nicht-kommerzieller Veranstalter vielleicht bekannt für seine engen Verflechtungen mit industriellen Interessen? In welchem Maße ist Marketing für ein bestimmtes Produkt Teil der Veranstaltung? In welchem Maße werden die eigentlichen Inhalte von diesem Gesichtspunkt beeinflusst?

Die gute Homepage - eine Checkliste für kritische Besucher¹⁶⁶

Verfasser: Sind die Autoren aufgeführt, einschließlich der zugehörigen Institutionen? Machen letztere eine tendenziöse Bearbeitung des Stoffes (un)wahrscheinlich?

Quellen: Sind Informationen belegt durch Literatur bzw. sonstige Publikationen? Beruhen sie auf methodisch akzeptablen und relevanten wissenschaftlichen Studien?

Betreiber: Wer betreibt die Seite? Ist die Finanzierung offen gelegt? Welche Rolle spielt Werbung? Liegen potentielle Interessenkonflikte vor?

Aktualität: Wie lange liegen das Datum der Einstellung und der letzten Aktualisierung zurück?

K. Prioritäten der DEGAM

1. Aus- und Weiterbildung als Determinante des Fortbildungsverhaltens

Die während des traditionellen Medizinstudiums angenommenen Lernformen sind aus der Perspektive eines lebenslang lernenden Arztes vielfach unsinnig wenn nicht gar kontraproduktiv. Um Ansätze zu dem in dieser Stellungnahme charakterisierten professionellen Lernen schon im Studium zu fördern, begrüßt die DEGAM die in Deutschland erst in wenigen Modellen verwirklichte curriculare Reform nach den Prinzipien des Problem-orientierten Lernens. Entsprechend wird die DEGAM Ärzte in der Weiterbildung zum Allgemeinarzt darin unterstützen, die hier dargelegten Prinzipien zu verwirklichen.

2. Implementierung von Leitlinien

Die DEGAM hat in ihrem Leitlinien-Konzept¹⁶⁷¹⁶⁸ die Notwendigkeit besonders betont, dass sich die in allgemeinmedizinischen Leitlinien formulierten Empfehlungen auf das ärztliche Verhalten konkret auswirken müssen; sie werden damit zu wichtigen Inhalten allgemeinärztlicher Fortbildung. Zur Verantwortung der DEGAM gehören neben ihrer primären Entwicklung die Förderung der Implementierung und deren Evaluation. Ein Baustein hierfür ist u.a. die Förderung der Leitlinien-Implementierung als Bestandteil von Verträgen zur Hausarzt-zentrierten Versorgung nach §73b SGB V.

3. Informationsmanagement für Allgemeinärzte

Bei verschiedenen Erhebungen betonen die befragten Ärzte ihre Schwierigkeiten, mit der Flut medizinischer Informationen angemessen umzugehen¹⁶⁹¹⁷⁰. Die Vielzahl und Heterogenität der in der Praxis präsentierten Probleme machen spezifische Strategien und Hilfen erforderlich, Informationsquellen zu finden, kritisch zu nutzen und die Ergebnisse wiederum in der Praxis anzuwenden. Da nicht alle relevanten Informationen durch Lernen gespeichert werden können, sind unmittelbar zugängliche Informationsquellen von besonderer Bedeutung¹⁷¹. Auf der Homepage der Sektion finden sich Anleitungen zum Umgang mit der überbordenden Informationsflut¹⁷². In Absprache mit dem Institut für hausärztliche Fortbildung (IhF) wird an einer Vortragsbörse zum freien Download gearbeitet. An den meisten Fortbildungs-Modulen des IhF sind zudem Mitglieder der DEGAM zentral beteiligt.

Die DEGAM stellt außerdem Interessenten einen "=> Listserver Allgemeinmedizin" zur Verfügung, der als email-gestütztes Diskussionsforum für Fragen aus der Praxis dient¹⁷³¹⁷⁴.

4. Modellhaft neue Formen entwickeln und erproben

In dieser Stellungnahme ist auf die Wiedergabe des internationalen Diskussions- und Wissensstandes besonderer Wert gelegt worden. Den deutschen Hausärzten ist ein großer Teil der dabei erwähnten Maßnahmen oder Methoden jedoch noch fremd. Sie sollten deshalb systematisch auf ihre Anwendbarkeit und Akzeptanz im Kontext unseres Gesundheitswesens untersucht und ggf. modifiziert werden. Allgemeinmedizinische Hochschulabteilungen mit ihrer personellen, organisatorischen und räumlichen Infrastruktur können dabei eine Schlüsselrolle übernehmen. Mit der hier vorhandenen didaktischen Kompetenz (interaktive Veranstaltungen, Lernmedien, Prüfungserfahrungen) können modellhaft die Elemente der hier skizzierten Auffassung von Fortbildung realisiert werden. Damit würden auch die Verbindungen zwischen allgemeinmedizinischen

Hochschulabteilungen und ihrem regionalen Praxisumfeld gestärkt.

Die DEGAM sieht es nicht als ihre Aufgabe an, die Disseminationsprozesse von Arzneimittel- und Geräte-Herstellern zu unterstützen. Angesichts der erdrückenden finanziellen und personellen Ressourcen, die hier investiert werden, hat die DEGAM die Funktion einer unabhängigen kritischen Stimme. Ansonsten halten wir eine Konzentration auf solche Versorgungselemente sinnvoll, hinter denen keine kommerziellen Verbreitungsinteressen stehen. Das sind die Bereiche Patient-Arzt-Kommunikation, Gesundheitsberatung, Qualitätsförderung, Entscheidungsfindung, Anamnese und körperliche Untersuchung.

Wenn Mitglieder oder Funktionsträger der DEGAM in von Arzneimittel- oder Geräteherstellern direkt finanzierten Publikationen Empfehlungen abgeben, haben sie darauf zu achten, dass dabei kein Bezug zur DEGAM erscheint. Die Abgabe öffentlicher Erklärungen dieser Art (explizit als Funktionsträger der DEGAM) ist mit der Mitgliedschaft in der DEGAM nicht vereinbar.

5. Allgemeinärztliche Fortbildungsinitiativen unterstützen

Die DEGAM wird sich zunehmend an etablierten und bewährten Fortbildungsveranstaltungen, wie z.B. der *practica* in Bad Orb, beteiligen. Die DEGAM unterstützt ebenso das Institut für hausärztliche Fortbildung des Hausärzteverbandes. Dabei setzt sich die DEGAM vor allem das Ziel, die Ergebnisse allgemeinmedizinischer Forschung aus dem In- und Ausland darzustellen, deren Nutzen für die Praxis deutlich zu machen und damit den Anspruch der Allgemeinmedizin als wissenschaftlich begründeter Disziplin zu unterstreichen. Sie wirbt außerdem für das in dieser Stellungnahme erläuterte innovative Selbstverständnis von allgemeinärztlicher Fortbildung und Entwicklung sowie den damit verbundenen Methoden.

Anregungen dafür, wie die in diesem Papier geäußerten Gedanken auch praktisch umgesetzt werden können, finden sich in Donner-Banzhoffs Leitfaden der ärztlichen Fortbildung „Zu neuen Ufern“¹⁷⁵.

L. Glossar

Akkreditierung: Im internationalen Sprachgebrauch Anerkennung bzw. Zulassung von Fortbildungsveranstaltungen, -maßnahmen oder -programmen nach Beurteilung didaktischer und inhaltlicher Qualität sowie Unabhängigkeit (=> Anerkennung).

Anerkennung: Im Sprachgebrauch der Bundesärztekammer entspricht dies der oben definierten => Akkreditierung.

Assessment: "Überprüfung", Verfahren für die Erfassung von Kompetenz oder Versorgungsverhalten (=> formatives Assessment). Wird hier auch an Stelle des belasteten Begriffs "Prüfung" gebraucht, auch weil es im Gegensatz zu diesem nicht unbedingt als wertende Feststellung verstanden wird.

Audit: systematische Erfassung ärztlichen Versorgungsverhaltens¹⁷⁶; Beispiel: Verschreibungen von Antihypertensiva in einem bestimmten Zeitraum werden an Hand der Praxisdokumentation nach definierten Kriterien auf Angemessenheit untersucht. Detailliertes Feedback ist ein wesentlicher Bestandteil.

Chart stimulated recall: die vom Kandidaten mitgebrachte Patientenakte dient als Ausgangspunkt eines interaktiven Gesprächs mit Prüfern; dies erlaubt eine tiefergehende Exploration von Überlegungen und Maßnahmen, die im konkreten Einzelfall getroffen wurden.

Critical incident technique/analysis: Ärzte diskutieren bemerkenswerte (positiv oder negativ) Fälle auf der Basis ihrer bzw. einer spezifischen Dokumentation und formulieren daraus Konsequenzen für ihre künftige Arbeit¹⁷⁷¹⁷⁸¹⁷⁹¹⁸⁰.

Formatives Assessment: dient der Information des Lernenden über die eigene Kompetenz, soll vor allem das künftige Lernen fördern und strukturieren; entspricht einem individuellen Feedback während des Lernprozesses. Um die entsprechende Offenheit zu ermöglichen, dürfen sich aus Fehlern oder Lücken keine negativen Folgen ergeben. Beispiele sind etwa eine Probe-Klausur oder die Beobachtung der eigenen Gesprächsführung durch einen Kollegen. Beim **summativen** Assessment dagegen soll abschließend nach außen demonstriert werden, dass ein bestimmtes Kompetenz-Niveau erreicht wird¹⁸¹. Beispiele sind universitäre Abschluss- oder Facharzt-Prüfungen. Beide Formen der Überprüfung sollten strikt getrennt werden, da z.B. eine selbstkritisch-offene Haltung gegenüber eigenen Fehlern und Lücken beim formativen Assessment eine Voraussetzung dafür ist, dass ein Teilnehmer überhaupt profitiert; beim summativen Assessment dagegen kann sich diese Haltung für den Teilnehmer negativ auswirken.

Fortbildungszertifikat, Fortbildungsnachweis: von den Ärztekammern betreute Form des Nachweises individueller Fortbildung.

Lernvereinbarung: auch Lernvertrag; in der Erwachsenenbildung genutztes Instrument, die gegenseitigen Erwartungen von zwei oder mehr Lernenden und/oder Mentoren explizit zu machen; vor allem dann sinnvoll, wenn Individualisierung und längerfristige persönliche Entwicklung bedeutsam sind¹⁸².

Listserver: E-mail gestütztes Diskussionsforum. Registrierte Teilnehmer können mit einer Nachricht automatisch sämtliche Teilnehmer erreichen, deren Zahl bis in die Hunderte oder Tausende gehen kann.

Mentorensystem¹⁸³: wenn man Lernen als oft tiefgreifende persönliche Entwicklung versteht (Metapher der Reise¹⁸⁴, archetypische Beispiele in Odyssee und Gilgamesch-Epos), ist der Mentor der Begleiter, der Unterstützung, Ermutigung, Klärung und kritische Reflexion fördert; in der Fortbildung meist als Peer-Mentor, d.h.

ohne hierarchische Differenz zum Mentee.

OSCE: engl. objective structured clinical examinations - OSCE => Simulationen, klinische.

Portfolio-Lernen: In der bildenden Kunst stellt ein P. eine Sammlung von Belegen (Gemälde, Grafiken usw.) darüber dar, dass individuelle Lernziele erreicht worden sind. In der ärztlichen Fortbildung hilft ein P., aus der praktischen Erfahrung Lernziele zu formulieren, entsprechende Ressourcen zu identifizieren, bzw. Lernmethoden festzulegen und den Lernerfolg zu evaluieren¹⁸⁵. Die schriftliche Form (Ordner) hilft dem individuellen Lerner, strukturiert und reflektiert die eigene Fortbildung zu gestalten; auch computerisierte Formen werden genutzt^{186,187}. Oft wird portfolio-basiertes Lernen mit einem Mentorensystem verknüpft. Ein P. kann auch dazu dienen, individuelles Lernen im Rahmen eines Zertifikates zu dokumentieren¹⁸⁸.

Problemorientiertes Lernen (POL): Die verwendeten Definitionen sind nicht einheitlich. Ihnen gemeinsam ist aber, dass Teilnehmer (meist in Kleingruppen) mit einer Versorgungs-Situation konfrontiert sind, z.B. einer Fallvignette oder eigenen Erfahrungen, daraus Probleme identifizieren, Hypothesen entwickeln, Lernziele formulieren, entsprechende Informationen beschaffen und diese in eine neue Problemlösung integrieren. Wird oft missverständlich zur Bezeichnung eines *Inhalts* verwendet, nämlich wenn das Material nicht nach Gesichtspunkten der Krankheitssystematik (z.B. sämtliche Lungenkrankheiten), sondern nach praktischen Problemen strukturiert (z.B. Vorlesung über Differentialdiagnose des Hustens) abgehandelt wird; POL ist aber ein didaktischer *Prozess*. Weltweit stellen immer mehr medizinische Fakultäten ihr Curriculum entsprechend POL um. Für den Bereich der Fortbildung ist die Methode noch wenig diskutiert; tatsächlich arbeiten aber sicher viele Qualitätszirkel nach dieser Methode.

Prüfung: => Assessment

Reakkreditierung: im internationalen Sprachgebrauch nicht einheitlich, bezieht sich in Nordamerika auf die Prüfung und Genehmigung von Aus-, Weiter- und Fortbildungs-*Programmen*.

Revalidierung: vor allem in Großbritannien verbreiteter Begriff für die periodische Überprüfung von ärztlicher Berufserlaubnis/Approbation.

Rezertifizierung: im internationalen Sprachgebrauch nicht einheitlich, bezieht sich meist auf die periodische Überprüfung eines Facharztstitels.

Simulationen, klinische (engl. objective structured clinical examinations - OSCE): Kandidaten absolvieren mehrere Stationen, bei denen ihnen wirkliche oder => standardisierte Patienten ein Problem präsentieren, das durch Anamneseerhebung, körperliche Untersuchung und/oder Management-Entscheidungen "gelöst" werden muss. Ein Beobachter bewertet das Vorgehen an Hand zuvor festgelegter Kriterien und Skalen. Jeder Kandidat erhält ein persönliches Feedback für sein Verhalten an den absolvierten Stationen.

Standardisierte Patienten (engl. standardized, simulated patients): Laien- oder professionelle Schauspieler, die eine definierte Krankengeschichte und u.U. sogar Befunde erlernt haben, so dass diese realistisch und reproduzierbar präsentiert werden können. In Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie verschiedenen Prüfungssituationen werden diese ein immer beliebteres Instrument. Ein besonderer

Vorteil liegt darin, dass sP selbst z.B. über die Gesprächsführung Feedback geben können; auch komplexe Problemlösungs-Fähigkeiten können mit dieser Methode erfasst werden. Nachteile: künstliche Patient-Arzt-Beziehung; ausgesprochen aufwendig.

Streuzeitschriften: Kostenlos an Praxen versandte Zeitschriften, die sich (fast) ausschließlich durch Werbeeinnahmen finanzieren. Selbst im redaktionellen Teil finden sich oft von interessierten Herstellern gestellte oder durch Satelliten-Symposia indirekt vorgegebene Artikel. Auch sonst ist die redaktionelle Linie dieser Blätter durch die Art der Finanzierung beeinflusst. Wo Erhebungen über das Fortbildungsverhalten die gedruckten Quellen näher aufschlüsseln, ist der Anteil solcher Materialien beträchtlich¹⁸⁹.

Summatives Assessment: => formatives Assessment.

M. Literatur

¹ Fox R, Davis D, Wentz D. The Case for Research on Continuing Medical Education. In Davis DA, Fox RD. The Physician as Learner. Linking Research to Practice. American Medical Association, 1995

² Rotthoff T, Fahrion U, Baehring T, Scherbaum WA. Die Qualität von CME-Fragen in der ärztlichen Fortbildung – eine empirische Studie. ZEFQ 2008;101:667-674

³ DEGAM. Entschließungen der DEGAM zur Fortbildung, zu Austauschmöglichkeiten in der Weiterbildung und zur Fortentwicklung der Ausbildung in der Allgemeinmedizin. Beschlüsse einer Klausurtagung des Vorstandes der DEGAM in Langen bei Frankfurt vom 18.-20. 7. 1980

⁴ <http://degam.de/alt/cme/lernen.pdf>

⁵ Toghil P. Continuing medical education: where next? BMJ 1998;316:721-2.

⁶ Anderson TF, Mooney G. The Challenges of Medical Practice Variations. Houndmills and London (UK): The Macmillan Press; 1990.

⁷ Gerlach FM, Beyer M. Ärztliche Fortbildung aus der Sicht niedergelassener Ärztinnen und Ärzte -repräsentative Ergebnisse aus Bremen und Sachsen-Anhalt. Z ae F Q 1999;93:581-9.

⁸ von Reis O, Bott U, Sawicki PT. Qualität und Struktur der ärztlichen Fortbildung in der Inneren Medizin am Beispiel des Ärztekammerbezirks Nordrhein. Z ae F Q 1999;93:569-79.

⁹ Knowles MS. The Modern Practice of Adult Education-From Pedagogy to Andragogy. Chicago: Follett Publishing; 1980.

¹⁰ Kolb DA. Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1984

¹¹ Schön D. Education the Reflective Practitioner: Toward a New Design for Teaching and Learning in the Professions. San Francisco: Jossey-Bass, 1987.

¹² Honey P, Mumford A. The manual of learning styles. Peter Honey. Maidenhead (Berkshire, UK): Selbstverlag;1992.

¹³ Elstein AS, Shulman LS, Sprafka SA. Medical Problem-solving: An Analysis of Clinical Reasoning. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1978.

¹⁴ Norman GR, Schmidt HG. The Psychological Basis of Problem-based Learning: A Review of the Evidence. Acad Med 1992;67:557-65.

¹⁵ Doucet MD, Purdy RA, Kaufman DM, Langille DB. Comparison of problem-based learning and lecture format in continuing medical education on headache diagnosis and management. Med Educ 1998;32:590-6.

¹⁶ Slotnick HB. How Doctors Learn: Physicians' Self-directed Learning Episodes. Acad Med 1999;74:1106-17.

¹⁷ Dixon J. Evaluation criteria in studies of continuing education in the health professions: a critical review and a suggested strategy. Eval Health Professions 1978; 1: 47-65, zit. n. Davis DA. et al. The Effectiveness of CME Interventions. In Davis DA, Fox RD. The Physician as Learner. Linking Research to Practice. American Medical Association, 1995.

¹⁸ Rethans JJ et al. Competence and Performance: Two Different Concepts in the Assessment of Quality of Medical Care. Family Practice 1990; 7: 168-174.

¹⁹ Grad R, Tamblin R, McLeod PJ, Snell L, Illescas A, Boudreau D. Does knowledge of drug prescribing predict drug management of standardized patients in office practice? Med Educ 1997;31:132-7.

²⁰ Bradley CP Prescribing decisions in general practice - learning and changing. In Kochen MM. Drug Education

-
- in General Practice. London: The Royal College of General Practitioners. Occasional Paper 69;1995.
- ²¹ Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Changing Physician Performance. A Systematic Review of the Effect of Continuing Medical Education Strategies. *JAMA* 1995;274:700-5. Dt. Übersetzung in *Zae F* 1996;90:371-81.
- ²² Bausch J. Rationelle und rationale Pharmakotherapie unter Budgetbedingungen. Eine Zwischenbilanz. *Hess Ärzteblatt* 2000;61:80-4.
- ²³ Rogers EM. *Diffusion of Innovation*. New York: The Free Press;1983.
- ²⁴ Lockyer J, Mazmanian P, Moore D, Harrison A, Knox A. The Adoption of Innovation. In Davis DA, Fox RD. *The Physician as Learner. Linking Research to Practice*. American Medical Association; 1995.
- ²⁵ Prochaska JO, DiClemente CC. The transtheoretical approach. In: Norcross JC, Goldfried MR, editors. *Handbook of psychotherapy integration*. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2005. p.147171. ISBN 0195165799.
- ²⁶ Milan FB, Parish SJ, Reichgott MJ. A model for educational feedback based on clinical communication skills strategies: beyond the "feedback sandwich". *Teach Learn Med*. 2006 Winter;18(1):42-7.
- ²⁷ Cohen SJ, Halvorson HW, Gosselink CA. Changing physician behavior to improve disease prevention. *Prev Med*. 1994 May;23(3):284-91.
- ²⁸ Am weitesten scheinen hier die Bemühungen des Fachbereichs „EbM in Klinik und Praxis“ um den verschiedenen Stadien der Veränderungsbereitschaft der Ärzte gediehen zu sein: http://www.ebm-netzwerk.de/fachbereiche/ebm_klinik_und_praxis/ziele
- ²⁹ Armstrong D, Reyburn H, Jones R. A study of general practitioners' reasons for changing their prescribing behaviour. *BMJ* 1996;312:949-52.
- ³⁰ Grimshaw JM, Russell IT. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *Lancet* 1993;342:1317-22.
- ³¹ Grol R, Dalhuijsen J, Thomas S, in 't Veld C, Rutten G, Mokkink H. Attributes of clinical guidelines that influence use of guidelines in general practice: observational study. *BMJ* 1998;317:858-61.
- ³² Lomas J. Teaching Old (and Not So Old) Docs New Tricks: Effective Ways to Implement Research Findings. In Dunn EV et al. *Disseminating Research/Changing Practice. Research Methods for Primary Care Vol 6*. Thousand Oaks, CA: Sage;1994.
- ³³ Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Evidence for the Effectiveness of CME. A Review of 50 Randomized Controlled Trials. *JAMA* 1992;268:1111-7.
- ³⁴ Oxman AD, Davis DA, Thomson MA, Haynes RB. No Magic Bullets: A Systematic Review of 102 Trials of Interventions to Improve Professional Practice. *Can Med Assoc J* 1995;153:1423-31.
- ³⁵ Freudenstein U, Howe A. Recommendations for future studies: a systematic review of educational interventions in primary care settings. *Br J Gen Pract* 1999;49:995-1001.
- ³⁶ Freemantle N, Harvey EL, Wold F, Grimshaw JM, Grilli R, Bero LA. Printed educational materials to improve the behaviour of health care professionals and patient outcomes (Cochrane Review). In *The Cochrane Library, Issue 4*. Oxford: Update Software;1998.
- ³⁷ Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB, Davis DA, Freemantle N, Harvey EL. Local opinion leaders to improve health professional practice and health care outcomes (Cochrane Review). In *The Cochrane Library, Issue 4*. Oxford: Update Software;1998.
- ³⁸ Davis D, O'Brien MA, Freemantle N. Impact of formal continuing medical education. Do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? *JAMA*. 1999;282:867-874
- ³⁹ O'Brien MA, Freemantle N, Oxman AD et al. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes (Review). *The Cochrane Library* 2008, Issue 1
- ⁴⁰ Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB, Davis DA, Freemantle N, Harvey EL. Local opinion leaders to improve health professional practice and health care outcomes (Cochrane Review). In *The Cochrane Library, Issue 4*. Oxford: Update Software;1998.
- ⁴¹ Bloom BS. Effects of continuing medical education on improving physician clinical care and patient health: A review of systematic reviews. *Int J Tec Ass Health Care* 2005;21:380-385
- ⁴² Thomson, MA, Oxman AD, Davis DA, Haynes RB, Freemantle N, Harvey, EL. Outreach visits to improve health professional practice and health care outcomes (Cochrane Review). In *The Cochrane Library, Issue 4*. Oxford: Update Software;1998.
- ⁴³ O'Brien MA, Rogers S, Jamtvedt G et al: Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes (Review). *The Cochrane Library* 2008, Issue 1
- ⁴⁴ Buntinx F, Winkens R, Grol R, Knottnerus JA. Influencing Diagnostic and Preventive Performance in Ambulatory Care by Feedback and Reminders. A Review. *Family Practice* 1993;10:219-28.
- ⁴⁵ Thomson MA, Oxman AD, Davis DA, Haynes RB, Freemantle N, Harvey EL. Audit and feedback to improve health professional practice and health care outcomes, Part I (Cochrane Review). In *The Cochrane Library, Issue 4*. Oxford: Update Software;1998.
- ⁴⁶ Shea S, DuMouchel W, Bahamonde L. A meta-analysis of 16 randomized controlled trials to evaluate

-
- computer-based clinical reminder systems for preventive care in the ambulatory setting. *J Am Med Inf Assoc* 1996;3:399-409.
- ⁴⁷ Grilli R, Freemantle N, Minozzi S, Dominghetti G, Finer D. Impact of mass media on health services utilization (Cochrane Review). In *The Cochrane Library, Issue 4.*, Oxford: Update Software;1998.
- ⁴⁸ Martin AR, Wolf MA, Thibodeau LA, Dzau V, Braunwald E. A Trial of Two Strategies to Modify the Test-ordering Behavior of Medical Residents. *N Engl J Med* 1980;303:1330-6.
- ⁴⁹ Allery LA, Owen PA, Robling MR. Why general practitioners and consultants change their clinical practice: a critical incident study. *BMJ* 1997;314:870-4.
- ⁵⁰ Grol R. Beliefs and evidence in changing clinical practice. *BMJ* 1997;315:418-21.
- ⁵¹ Robertson N, Baker R, Hearnshaw H. Changing the clinical behaviour of doctors: a psychological framework. *Quality in Health Care* 1996;5:51-4.
- ⁵² North of England Study of Standards and Performance in General Practice. Medical audit in general practice. I. Effects on doctors' clinical behaviour for common childhood conditions. *BMJ* 1992;304:1480-4.
- ⁵³ Headrick LA, Wilcock PM, Baralden PB. Interprofessional working and continuing medical education. *BMJ* 1998;316:771-4.
- ⁵⁴ Boreham NC. Collective professional knowledge. *Med Educ* 200;34:505-6.
- ⁵⁵ While R, Attwood M. *Professional Development. A Guide for General Practice.* Oxford: Blackwell Science; 2000.
- ⁵⁶ Easterby-Smith M, Araujo L. Organizational Learning: Current Debates and Opportunities. In Easterby-Smith M, Araujo L, Burgoyne J. *Organizational Learning and the Learning Organization. Developments in Theory and Practice.* London: Sage; 1999.
- ⁵⁷ Fox RD, Bennett NL. Learning and change: implications for continuing medical education. *BMJ* 1998;316:466-8.
- ⁵⁸ Hom HA. Quality issues in continuing medical education. *BMJ* 1998;316:621-4.
- ⁵⁹ Wazana A. Physicians and the Pharmaceutical Industry. Is a Gift Ever Just a Gift? *JAMA* 2000;283:373-80.
- ⁶⁰ Brennan TA, Rothman DJ, Blank L et al: Health industry practices that create conflicts of interest. A policy proposal for academic medical centers. *JAMA.* 2006;295:429-433
- ⁶¹ http://www.epd.de/medien/print/medien_index_65480.htm
- ⁶² Fugh-Berman A, Ahari S Following the Script: How Drug Reps Make Friends and Influence Doctors *PLoS Medicine* 2007;4:621-625
- ⁶³ Kaiser T, Ewers H, Altering A et al: Sind die Aussagen medizinischer Werbeprospekte korrekt? *Arzneitelegamm* 2/2004
- ⁶⁴ Stelfox HT, Chua G, O'Rourke K, Detsky AS. Conflict of Interest in the Debate over Calcium-channel Antagonists. *N Engl J Med* 1998;338:101-6.
- ⁶⁵ Landefeld CS, Steinman MA; The Neurontin Legacy — Marketing through Misinformation and Manipulation *NEJM* 2009;360:103-106
- ⁶⁶ Moreno SG, Sutton AJ, Turner EH et al: Novel methods to deal with publication biases: secondary analysis of antidepressant trials in the FDA trial registry database and related journal publications *BMJ* 2009;339:b2981
- ⁶⁷ Anonym. Förderung von Forschung und Fortbildung durch die pharmazeutische Industrie -Erkenntnisgewinn oder Marketingstrategie? *Arzneimittelbrief* 2000;34:1-3.
- ⁶⁸ Rothman DJ. Medical Professionalism - Focusing on the Real Issues. *N Eng J Med* 2000;342:1284-6.
- ⁶⁹ Stehle W Etwas läuft schief – gesponserte Fortbildung. *DÄB* 2006;45:B2663-64
- ⁷⁰ <http://degam.de/fachdefinition.html>
- ⁷¹ Braun RN. *Die gezielte Diagnostik in der Praxis, Grundlagen und Krankheitshäufigkeit.* Stuttgart: Schattauer;1957.
- ⁷² McWhinney IR. *A Textbook of Family Medicine.* New York: Oxford University Press;1989, bes. Kapitel 8 "Clinical Method".
- ⁷³ Grethe H, Große G, Junghanns G, Köhler C. *Allgemeinmedizin.* Berlin: VEB Verlag Volk und Gesundheit;1990, bes. Teil I 'Grundlagen der Allgemeinmedizin'.
- ⁷⁴ Abholz HH et al. *Theoretische Grundlagen der Allgemeinmedizin (Teil A).* In Kochen MM (Hrsg.). *Allgemein- und Familienmedizin.* Stuttgart: Hippokrates; 1998 (2. Auflage).
- ⁷⁵ Fox RD, Bennett NL. Learning and change: implications for continuing medical education. *BMJ* 1998;316:466-8.
- ⁷⁶ Grant J. Learning needs assessment: assessing the need *BMJ* 2002;324:156–9
- ⁷⁷ Spencer JA, Jordan RK. Learner centred approaches in medical education. *BMJ* 1999;318:1280-3.
- ⁷⁸ Shaneyfelt T, Baum KD, Bell D et al: Instruments for Evaluating Education in Evidence-Based Practice A Systematic Review *JAMA.* 2006;296:1116-1127
- ⁷⁹ Stanley I, Al-Shehri A, Thomas P. Continuing education for general practice. 1. Experience, competence and the media of self-directed learning for established general practitioners. *Br J Gen Pract* 1993;43:210-4.
- ⁸⁰ Moore D Jr, Bennett N, Know A, Kristofco R. Participation in Formal CME: Factors Affecting Decision-

making. In Davis DA, Fox RD. The Physician as Learner. Linking Research to Practice. American Medical Association, 1995.

⁸¹ Davis DA, Mazmanian PE, Fordis M et al: Accuracy of physician self-assessment compared with observed measures of competence - a systematic review JAMA. 2006;296:1094-1102

⁸² Manning PR, Clintworth WA, Sinopoli LM et al. A Method of Self-Directed Learning in Continuing Medical Education with Implications for Recertification. Ann Int Med 1987;107:909-13.

⁸³ Savage S, Savage R. Experiments in continuing medical education merit wider reporting. BMJ;1998:211 (Brief).

⁸⁴ Bennett N, Casebeer LL. Evolution of Planning in CME. J Cont Educ Health Prof 1995;15:70-9.

⁸⁵ Coles C. A review of learner-centred education and its applications in primary care. Education for General Practice 1994;5:19-25.

⁸⁶ Burrows P, Millard L. Personal learning in general practice. Education for General Practice 1996;7:300-5.

⁸⁷ The PEP Office, RCGP, 12 Queen Street, Edinburgh EH2 1JE, Fax 0044-131-247-3681.

⁸⁸ Butler CC, Rollnick S, Pill R, Maggs-Rapport F, Stott N. Understanding the culture of prescribing: qualitative study of general practitioners' and patients' perceptions of antibiotics for sore throats. BMJ 1998;317:637-42.

⁸⁹ Brockmann S, Sielk M, Fiegen J, Wilm S, Altiner A: Unnötige Antibiotika-Verordnungen von Hausärzten bei akutem Husten – Konzept und Drehbuch einer erfolgreichen Überzeugungsarbeit (Peer-Intervention) Z Allg Med 2008 ; 84: 51 – 57

⁹⁰ Oxman AD, Cook DJ, Guyatt GH for the Evidence-Based Medicine Working Group. Users' Guides to the Medical Literature. VI. How to Use an Overview. JAMA 1994;272:1367-71.

⁹¹ Greenalgh T. Einführung in die Evidence-based Medicine. Bern: Huber;2000.

⁹² Es gibt inzwischen zahlreiche Bücher und Aufsätze, die speziell für Allgemeinärzte die Prinzipien und möglichen Anwendungen evidenzbasierter Medizin diskutieren, z.B. Rosser WW, Shafir MS. Evidence-based Family Medicine. Hamilton: Decker, 1998. Silagy C, Haines A. Evidence Based Practice in Primary Care. London: BMJ Books, 1998. MacAuley D. READER: an acronym to aid critical reading by general practitioners. Br J Gen Pract 1994;44:83-5.

⁹³ Hellman A: Narrative and illness: the death of a doctor's friend. MJA 2005;18: 9-11

⁹⁴ Greenhalgh T Narrative based medicine in an evidence based world BMJ 1999;318:323-5

⁹⁵ Donner-Banzhoff N. EBM in der Allgemeinmedizin. In Kunz R, Raspe HH, Jonitz G, Kolkman FW, Ollenschläger G. Lehrbuch Evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis. Köln: Deutscher Ärzteverlag; 2000.

⁹⁶ Charnock D. Das DISCERN-Handbuch. München: Zuckschwerdt Verlag;2000 (Übersetzung von M Lerch). Siehe auch <http://www.discern.de>.

⁹⁷ Coulter A, Entwistle V, Gilbert D. Sharing decisions with patients: is the information good enough? BMJ 1999;318;318-22.

⁹⁸ Towle A. Shiting the Cuture of Continuing Medical Education: What Needs th Happen and Why Is It So Difficult? J Cont Educ Health Prof 2000;20:208-18.

⁹⁹ Holmes-Rovner M, Llewellyn-Thomas H, Entwistle V, Coulter A, O'Connor A, Rovner DR. Patient choice modules for summaries of clinical effectiveness: proposal. BMJ 2001;322:664.

¹⁰⁰ Steckelberg A, Berger B, Köpke S, Heesen C, Mühlhauser I. Kriterien für evidenzbasierte Patienteninformationen. Z ae FQ 2005; 99:343-51.

¹⁰¹ <http://www.degam.de/typo/index.php?id=250>

¹⁰² Ely JW, Osheroff JA, Ebell MH, Bergus GR, Levy BT, Chambliss ML, Evans ER. Analysis of questions asked by family doctors regarding patient care. BMJ 1999;319:358-61.

¹⁰³ McColl A, Smith H, White P, Field J. General practitioners' perceptions of the route to evidence based medicine: a questionnaire survey. BMJ 1998;316:361-5.

¹⁰⁴ Guyatt GH, Meade MO, Jaeschke RZ, Cook DJ, Haynes RB. Practitioners of evidence based care. BMJ 2000;320:954-5.

¹⁰⁵ Mayer J, Piterman L. The attitudes of Australian GPs to evidence-based medicine: a focus group study. Fam Practice 1999;16:627-32.

¹⁰⁶ Shaughnessy AF, Slawson DC. Are we providing doctors with the training and tools for lifelong learning? Changing the doctor-patient relationship. BMJ 1999;319:1280-4.

¹⁰⁷ Kochen MM. Medizinische "Screening-Zeitschriften". Ein kritischer Vergleich. Z Allg Med 1997;73:891-3.

¹⁰⁸ <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.102.104.5639>

¹⁰⁹ Bahrs O, Gerlach FM, Szecsenyi J, Andres E. Ärztliche Qualitätszirkel; Leitfaden für den Arzt in Praxis und Klinik. 4. Aufl. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 2001.

¹¹⁰ Gerlach FM, Diel F. Entwicklung der Qualitätszirkel in Deutschland – Eine kritische Bestandsaufnahme. Workshop: 10 Jahre Qualitätszirkel im Gesundheitswesen Göttingen 5.-6.9.2003, http://www.aqua-institut.de/pdf/Tagung/Gerlach_Diel_QZEntwicklung.pdf (acc. 27.01.2004)

¹¹¹ <http://www.a-qz.de/>

¹¹² Mazmanian PE, Mazmanian PM. Commitment for Change: Theoretical Foundations, Methods, and Outcomes. J Cont Educ Health Professionals 1999;19:200-7.

¹¹³ Balint M. Der Arzt, der Patient und seine Krankheit. Stuttgart: Klett-Cotta; 1983.

- ¹¹⁴ Szecsenyi J, Wiesemann A, Stutzke O, Mahler C: „Tag der Allgemeinmedizin“ – Ein Beitrag zur Entwicklung einer gemeinsamen regionalen Plattform zwischen Hausarztpraxen und einer Universitätsabteilung *Z Allg Med* 2006; 82: 449–455
- ¹¹⁵ <http://degam.de/fortbildung/dokumente/ZfA-Artikel%20Tag%20der%20Allgemeinmedizin.pdf>
- ¹¹⁶ Küver C, Dunkelberg S, Klemperer M et al: Hausärztliche Fortbildung Hamburg (HFH) – neues interdisziplinäres Fortbildungscurriculum für Hausärzte *Z Allg Med* 2006; 82: 182–184
- ¹¹⁷ http://degam.de/fortbildung/dokumente/DEGAMFB_GrundsätzeFoBiAkademieHB140108.pdf
- ¹¹⁸ Lichte T, John B, Bawidamann G et al: Die Strukturierte hausärztliche Fortbildung (ShF) *Der Hausarzt* 2004;16:20-22
- ¹¹⁹ <http://www.hausaerzterverband.de/cms/Interaktive-Fortbildung-IhF-Kompakt.492.0.html>
- ¹²⁰ http://www.ebm-netzwerk.de/veranstaltungen/bremen2009_09_18
- ¹²¹ <http://www.ebm-netzwerk.de/veranstaltungen/23-basiskurs-evidenzbasierte-medizin>
- ¹²² http://www.ebm-netzwerk.de/veranstaltungen/luebeck_2009
- ¹²³ Rinnerberger A, Grafinger M, Melchardt T, Sönnichsen A. Implementierung von evidenzbasierter Medizin in die hausärztliche Versorgung: Rechercheservice evidenzbasierte Medizin (REM) *Wiener Med Wochenschr* 2009; 159:207-210
- ¹²⁴ Eberbach A, Sönnichsen A, Mainz A et al: Surfen auf der Informationsflut Hausärztliche Fragen einfach, schnell und gezielt beantworten *Z Allg Med* 2007; 83: 202 – 219
- ¹²⁵ <http://www.degam.de/typo/index.php?id=fertiggestellteleitlinien>
- ¹²⁶ <http://arriba-hausarzt.de/>
- ¹²⁷ Ollenschläger G, Thust W, Pfeiffer A, Engelbrecht J, Birker T, Ratschko KW. Das Fortbildungsverhalten der deutschen Ärzteschaft - dargestellt am Beispiel der Schleswig-Holsten-Studie. *Z ae F* 1995;89:75-80.
- ¹²⁸ Kleine P, Storp D, Wenzlaff P, Heine-Bruggerhoff W, Rienhoff, Strohbach I. Fortbildungsünsche und Fortbildungsverhalten: ÄKN-Umfrage (2. Teil): Fortbildungsarten, Aufwand, Motivation und Nutzen der Fortbildung in Niedersachsen 1998. *Niedersächsisches Ärzteblatt* 2000;73:[2]17-20.
- ¹²⁹ Curry L, Putnam W. Continuing medical education in Maritime Canada: the methods physicians use, would prefer and find most effective. *CMAJ* 1981;124:563-6.
- ¹³⁰ Kellett CF, Hart AL, Price CJ, Jones OM, Bulstrode CJK. Poor recall performance of journal-browsing doctors. *Lancet* 1996;348:479 (Brief)
- ¹³¹ Hasenöhr N. Continuing Medical Education by reading? *Ärztemagazin WONCA* 2000, 4. Juli 2000, S. 6.
- ¹³² Füeßl HS, Einecke D. Diese Zukunftspunkte gibt's nur bei der MMW. *MMW-Fortschr Med* 1999;141(43):1.
- ¹³³ Tracey JM, Arroll B, Richmond DE, Barham PM. The validity of general practitioners' self assessment of knowledge: cross sectional study. *BMJ* 1997;315:1426-8.
- ¹³⁴ van der Vleuten C, Newble D (Hrsg.), Case S, Holsgrove G, McCann B, McRae C, Saunders N. Methods of assessment in certification. In Newble D, Jolly B, Wakeford R. *The certification and recertification of doctors: issues in the assessment of clinical competence*. Cambridge (UK): Cambridge University Press; 1994.
- ¹³⁵ Bordage G, Page G. An alternative approach to PMPs: the 'key features' concept. In Hart IR, Harden RM. *Further Developments in Assessing Clinical Competence*. Montreal: Can Heal Publications; 1987.
- ¹³⁶ Westcott R. Improving continuing medical education and addressing the challenge of instituting reaccreditation. *Br J Gen Pract* 1996;46:43-5.
- ¹³⁷ Ram P. *Comprehensive assessment of general practitioners. A study on validity, reliability and feasibility*. Maastricht: 1998 (Dissertation).
- ¹³⁸ Gerlach F, Stehle W. Videodokumentation und -analyse sowie neue Formen interkollegialen Lernens in der hausärztlichen Fort- und Weiterbildung. In Bahrs O, Fischer-Rosenthal W, Szecsenyi J (Hrsg.). *Vom Abbilden zum Im-Bilde-Sein: Ärztliche Qualitätszirkel und Video-Analysen*. Würzburg: Königshausen und Neumann; 1996.
- ¹³⁹ Tamblyn RM. Use of standardized patients in the assessment of medical practice. *Can Med Assoc J* 1998;158:205-7.
- ¹⁴⁰ Bahrs O, Szecsenyi J. Welche Methoden stehen zur Verfügung? In Bahrs O, Gerlach FM, Szecsenyi J. *Ärztliche Qualitätszirkel*. Köln: Dt. Ärzteverlag; 1994.
- ¹⁴¹ Paget NS, Newble DI, Saunders NA, Du J. Physician Assessment Pilot Study for the Royal Australasian College of Physicians. *J Cont Educ Health Prof* 1996;16:103-11.
- ¹⁴² Hall W, Biolato C, Lewkoniea R et al. Assessment of physician performance in Alberta: the Physician Achievement Review. *CMAJ* 1999;161:52-7.
- ¹⁴³ Ramsey PG, Wenrich MD, Carline JD, Inui TS, Larson EB, LoGerfo JP. Use of Peer Ratings to Evaluate Physician Performance. *JAMA* 1993;269:1655-60.
- ¹⁴⁴ Mast T, Davis D. Concepts of Competence. In Davis DA, Fox RD. *The Physician as Learner. Linking Research to Practice*. Chicago: American Medical Association; 1994.
- ¹⁴⁵ Rothhoff T, Baehring T, David DM, Scherbaum WA. Die Effektivität von CME Qualitätsentwicklung durch differenzierte Lehr-/Lernforschung. *ZEFQ* 2009;103:165-168

- ¹⁴⁶ Kopelow M. Competency-based Assessment Using Standardized Patients and Other Measures. In Davis DA, Fox RD. *The Physician as Learner. Linking Research to Practice.* American Medical Association, 1995.
- ¹⁴⁷ Bundesärztekammer. Das Fortbildungszertifikat der Ärztekammern. Entwurf vom 19. Januar 1999.
- ¹⁴⁸ <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/EmpfFortbildung3Auf10807.pdf>
- ¹⁴⁹ Beschluß des 102. Dt. Ärztetages, Dt. Ärzteblatt 1999;96:C-1181-2.
- ¹⁵⁰ Norcini JJ. Recertification in the United States. *BMJ* 1999;319:1183-5.
- ¹⁵¹ Zitiert nach Donner-Banzhoff N Editorial „Es war einmal...“ *Z ae F Q* 2005;99:581-9.
- ¹⁵² Norman GR, Shannon SI, Marrin ML: The need for needs assessment in continuing medical education *BMJ* 2004;328:999–1001
- ¹⁵³ Seuntjens L, Vainiomäki P. EQUIP und EURACT documents. *Continuing Professional Development in Primary Health Care.* Dokument von 2002.
- ¹⁵⁴ <http://www.milbank.org/reports/0806MedServicesCanada/0806MedServicesCanada.html>
- ¹⁵⁵ Gabb R. Recertification: an Australasian perspective. In Newble D, Jolly B, Wakeford R. *The certification and recertification of doctors: issues in the assessment of clinical competence.* Cambridge (UK): Cambridge University Press; 1994.
- ¹⁵⁶ Gabb R (Hrsg.), Dooley G, Feletti G, Phillips G, Wealthall S, Whelan G. Implementing a maintenance of competence programme. In Newble D, Jolly B, Wakeford R. *The certification and recertification of doctors: issues in the assessment of clinical competence.* Cambridge (UK): Cambridge University Press; 1994.
- ¹⁵⁷ Bandaranayake R (Hrsg.), Cameron D, des Grosseilliers JP, des Marchais J, McCann B, van der Vleuten C. Maintenance of competence and/or recertification: policy considerations. In Newble D, Jolly B, Wakeford R. *The certification and recertification of doctors: issues in the assessment of clinical competence.* Cambridge (UK): Cambridge University Press; 1994.
- ¹⁵⁸ van der Vleuten C, Newble D (Hrsg.), Case S, Holsgrove G, McCann B, McRae C, Saunders N. Methods of assessment in certification. In Newble D, Jolly B, Wakeford R. *The certification and recertification of doctors: issues in the assessment of clinical competence.* Cambridge (UK): Cambridge University Press; 1994.
- ¹⁵⁹ Swinkels JA. Reregistration of medical specialists in the Netherlands. *BMJ* 1999;319:1191-2.
- ¹⁶⁰ Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Gutachten 2000/2001 - Kurzfassung, S. 53.
- ¹⁶¹ <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/%DCbersicht/GA2009-LF.pdf>
- ¹⁶² Klingenberg A, Bahrs O, Szecsenyi J. Welche Hinweise können Patienten zu Verbesserungen in der Praxis geben? *Z Allg Med* 1996;72:677-80.
- ¹⁶³ Egidi G, Schelp H: *Z Allg Med* 2009; 85: 12-20
- ¹⁶⁴ eigene Recherche des Erstautors nach Suche im allgemeinmedizinischen Listserver
- ¹⁶⁵ Haffner C, Giere W, Loch E-G, Rieck G: Die wissenschaftliche Evaluation als Grundlage der Qualitätssicherung in der ärztlichen Fortbildung. *ZäFQ* 2006;100:203–207
- ¹⁶⁶ modifiziert nach Silberg WM, Lundberg GD, Musacchio RA. Assessing, Controlling, and Assuring the Quality of Medical Information on the Internet. *Caveat Lector et Viewer - Let the Reader and Viewer Beware: JAMA* 1997;277:1244-5.
- ¹⁶⁷ Gerlach FM, Beyer M, Berndt M, Szecsenyi J, Abholz HH, Fischer GC. Das DEGAM-Konzept -Entwicklung, Verbreitung, Implementierung und Evaluation von Leitlinien für die hausärztliche Praxis. *Z ae F Q* 1999;93:111-20.
- ¹⁶⁸ <http://www.degam.de/typo/index.php?id=10-stufen-planderdegam>
- ¹⁶⁹ Covell DG, Uman GC, Manning PR. Information Needs in Office Practice: Are They Being Met? *Ann Int Med* 1985;103:596-9.
- ¹⁷⁰ Williamson JW, German PS, Weiss R, Sinner EA, Bowes F. Health Science Information Management and Continuing Education of Physicians. A Survey of US-Primary Care Practitioners and Their Opinion Leaders. *Ann Int Med* 1989;110:151-60.
- ¹⁷¹ Edwards A, Matthews MR, Matthews S, Houston H, Wilkinson C. The vast range of clinical conditions means that doctors cannot know everything. *BMJ* 1998;316:1609-10 (Brief).
- ¹⁷² <http://degam.de/alt/spreu/spreu.htm>
- ¹⁷³ http://degam.de/alt/cme/index_cm.htm
- ¹⁷⁴ Roberts C, Fox N. General practitioners and the Internet: modelling a 'virtual community'. *Fam Pract* 1998;15:211-5.
- ¹⁷⁵ Donner-Banzhoff N. Zu Neuen Ufern. Leitfaden der ärztlichen Fortbildung. Huber Verlag Bern. Das Buch ist inzwischen vergriffen, kann aber beim Autor gegen eine Spende bestellt werden.
- ¹⁷⁶ Rethans JJ, Westin S, Hays R. Methods for quality assessment in general practice. *Fam Pract* 1996;13:468-76.
- ¹⁷⁷ Bradley CP. Turning anecdotes into data: the critical incident technique. *Fam Pract* 1992;9:98-103.
- ¹⁷⁸ <http://jeder-fehler-zaehlt.de/>
- ¹⁷⁹ http://jeder-fehler-zaehlt.de/lit/pub/fehler_in_der_allgemeinmedizin.pdf
- ¹⁸⁰ Hoffmann B, Beyer M, Rohe J, Gensichen J, Gerlach FM: "Every error counts": a web-based incident reporting and learning system for general practice. *Qual Saf Health Care* 2008;17(4):307-12

-
- ¹⁸¹ Miller GE. Continuous assessment. *Med Educ* 1976;10:81-6.
- ¹⁸² Knowles M. *The Adult Learner: A Neglected Species*. Houston: Gulf Publishing;1978.
- ¹⁸³ Sambunjak D, Straus SE, Marusic A: Mentoring in academic medicine - a systematic review. *JAMA*. 2006;296:1103-1115
- ¹⁸⁴ Daloz L. *Effective Teaching and Mentoring. Realizing the Transformational Power of Adult Learning Experiences*. San Francisco: Jossey-Bass; 1986.
- ¹⁸⁵ Eine umfassende Darstellung für Allgemeinärzte bietet: Royal College of General Practitioners. *Portfolio-based Learning in General Practice. Report of a Working Group on Higher Professional Education*. London: The Royal College of General Practitioners. Occasional Paper 63;1993.
- ¹⁸⁶ Campbell CM, Parboosingh JT, Gondocz ST, Babitskaya G, Lindsay E, de Guzman RC, Klein LM. Study of Physicians' Use of a Software Program to Create a Portfolio of Their Self-directed Learning. *Acad Med* 1996;71 suppl. 10; S49-S51.
- ¹⁸⁷ Royal New Zealand's College of General Practitioners. Maintenance of Professional Standards (MOPS) Programme, www.rnzcgp.org.nz/mops.htm.
- ¹⁸⁸ Ollenschläger G, Klein-Lange M. Der Erfolg ärztlicher Fortbildung. Evaluationsmethoden -Möglichkeiten, Grenzen und zukünftige Entwicklungen. *Z ae F* 1996;90:753-7.
- ¹⁸⁹ Stinson ER, Mueller DA. Survey of Health Professionals' Information Habits and Needs. *JAMA* 1980;243:140-3.