

## Ärztliche Fortbildung

Referat zu Tagesordnungspunkt III  
der Arbeitstagung des Plenums des 82. Deutschen Ärztetages:  
Organisatorische Aufgaben der Ärztekammern  
als Folge der Fortbildungsverpflichtung  
der Berufsordnung für die deutschen Ärzte

Dr. med. Erwin Odenbach,  
Geschäftsführender Arzt und Leiter der Abteilung  
Fortbildung und Wissenschaft der Bundesärztekammer

### Aus der Berufsordnung für die deutschen Ärzte

#### § 7: Fortbildung

1. Der Arzt ist verpflichtet, sich beruflich fortzubilden und sich dabei über die für seine Berufsausübung jeweils geltenden Bestimmungen zu unterrichten.

2. Geeignete Mittel der Fortbildung sind insbesondere:

a) Teilnahme an allgemeinen oder besonderen Fortbildungsveranstaltungen (Kongresse, Seminare, Übungsgruppen, Kurse, Kolloquien).

b) Klinische Fortbildung (Vorlesungen, Visiten, Demonstrationen und Übungen).

c) Studium der Fachliteratur.

d) Inanspruchnahme audiovisueller Lehr- und Lernmittel.

3. Der Arzt hat in dem Umfange von den aufgezeigten Fortbildungsmöglichkeiten Gebrauch zu machen, wie es zur Erhaltung und Entwicklung der zur Ausübung seines Berufes erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist.

4. Der Arzt muß eine den Absätzen 1. bis 3. entsprechende Fortbildung gegenüber der Ärztekammer in geeigneter Form nachweisen können.

Fortbildung ist seit Beginn ärztlicher Zusammenschlüsse in Deutschland deren Hauptaufgabe gewesen. Wer Geschichte, Statuten und Programme der „ärztlichen Vereine“ des 19. Jahrhunderts kennt, stößt überall auf die im Mittelpunkt ihres Wirkens stehende Fortbildung. Die Landesärztekammern und die Bundesärztekammer haben diese Arbeit fortgeführt und neben einem umfangreichen Programm an Fortbildungsveranstaltungen in den kammereigenen Zeitschriften sorgfältig geprüfte Fortbildungsliteratur angeboten.

So ist es keine Übertreibung, wenn der Tätigkeitsbericht '79 der Bundesärztekammer sagt: „Programmangebote und Beteiligung der von den Kammern veranstalteten Fortbildungskurse waren imponierend und brauchten den Vergleich mit keinem anderen Beruf zu scheuen.“

Das Thema dieses Tagesordnungspunktes wirkt auf den ersten Blick sehr speziell.

Ohne die Erörterung allgemeiner Fortbildungsproblematik aus heutiger Sicht können aber organisatorische Aufgaben nicht behandelt werden. Dabei wird hier nur eine

Übersicht geboten werden können, die in folgender Weise gegliedert ist:

(1) Darstellung der Behandlung ärztlicher Fortbildung auf den Deutschen Ärztetagen

(2) derzeitige Organisation ärztlicher Fortbildung

(3) Definition, Aufgaben und Ziele der ärztlichen Fortbildung

(4) Bedarf und Bewertung der Fortbildung

(5) Nachweis der Fortbildung

(6) Methodik der Fortbildung

(7) Finanzierung

(8) Bilanz

(9) Empfehlungen.

### (1) Die Behandlung der ärztlichen Fortbildung auf den Deutschen Ärztetagen

Deutsche Ärztetage haben sich wiederholt gründlich mit dem Stand der ärztlichen Fortbildung befaßt. Der 54. Deutsche Ärztetag hat 1951 in München auf Antrag

## 82. Deutscher Ärztetag: Odenbach

Schretzenmayrs beschlossen, einen Fortbildungsausschuß im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern zu bilden und die ärztliche Fortbildung auf die Tagesordnung des nächsten Ärztetages zu setzen. Entsprechend berichtete Schretzenmayr auf dem 55. Deutschen Ärztetag 1952 in Berlin zum Stand der ärztlichen Fortbildung. Schon damals wurde von Überangebot an Fortbildung und Kritik an den Formen gesprochen. So heißt es: „Alte jahrzehntelang bewährte Methoden werden als unzeitgemäß und unzulänglich abgelehnt. Der Schrei nach neuen Formen wird immer dringender und hat nicht zuletzt den Anlaß zu diesem Bericht gegeben.“ Schretzenmayr wünschte eine Systematik in der gesamten Organisation der Fortbildung bei gleichzeitiger Dezentralisation, um möglichst viele Ärzte zu erreichen.

Manche unserer Probleme sind also nicht neu. Wir haben nur zusätzlich neue Probleme hinzubekommen.

Durch Beschluß wurde die ärztliche Fortbildung als *selbstverständliche Berufspflicht* jedes Arztes, die in erster Linie dem Kranken zugute kommt, festgelegt und wurden die Ärztekammern als verantwortliche Träger der organisatorischen Durchführung verpflichtet.

1953 wurde nach einem eingehenden Bericht Schretzenmayrs über die Fortbildungssituation in internationaler, nationaler, regionaler und lokaler Hinsicht die Schaffung des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung zusammen mit Richtlinien für die ärztliche Fortbildung beschlossen.

Auf dem 75. Deutschen Ärztetag in Westerland 1972 wurde eingehend über die Fortbildungsarbeit berichtet. Der 77. Deutsche Ärztetag in Berlin 1974 beschloß, in allen Landesärztekammern den Aufbau von Akademien für ärztliche Fortbildung anzustreben.

Die Weiterentwicklung der ärztlichen Fortbildung war dann vor 4 Jahren in Hamburg auf dem 78. Deutschen Ärztetag wichtiger Gegenstand der Tagesordnung. In einem bemerkenswerten Referat schlug Schretzenmayr strukturverbessernde Maßnahmen vor. Die Bedeutung von Lehr- und Lernpsychologie, Lernmotivationen, Medien, die Gründung von Fortbildungs-Akademien, Effizienz-Ermittlung und Effizienz-sicherung wurden behandelt. Auf die individuellen Unterschiede der Fortzubildenden wurde eingegangen.

In einem bedeutsamen Beschluß empfahl der Ärztetag, durch geeignete organisatorische Maßnahmen in den Ärztekammern alle Ärzte dazu anzuhalten, den Erfolg der ärztlichen Fortbildung zu überprüfen und zu verdeutlichen. Staatliche Fortbildungsregelungen und -kontrollen seien überflüssig, zumal sie nicht geeignet seien, eine dem individuellen Fortbildungsbedarf entsprechende, somit wirksame Fortbildung zu gewährleisten. – Der Ärztetag sprach sich für den weiteren Auf- und Ausbau der Akademien für ärztliche Fortbildung aus und für die Koordination des Angebots an Fortbildungsmöglichkeiten.

Dem gesetzlichen Auftrag der Ärztekammern zur Fortbildung entsprechend haben der 79. und 80. Deutsche Ärztetag 1976 und 1977 in Düsseldorf und Saarbrücken bei der Neufassung der Berufsordnung die Verpflichtung des Arztes zur Fortbildung wesentlich konkreter festgehalten (§ 7 der Berufsordnung).

Diese Neuregelung der Fortbildungsverpflichtung in der Berufsordnung gibt Anlaß, uns eingehend mit der Verwirklichung und Durchführung dieser Anforderungen, aber auch mit neuen Möglichkeiten ärztlicher Fortbildung zu befassen. Die nun in den Ländern in Kraft getretenen neuen Heilberufsgesetze haben die Fortbildungsverpflichtung aller Ärzte ausdrücklich auch auf die zur Teil-

nahme am Notfalldienst erforderlichen Kenntnisse erstreckt. Nach der Änderung des Krankenversicherungs-Weiterentwicklungs-gesetzes vom 28. Dezember 1976 ist im Kassenarztrecht durch Absatz 5 des § 368 m RVO ferner geregelt worden, daß die Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen Bestimmungen über die Fortbildung der Ärzte auf dem Gebiet der kassenärztlichen Tätigkeit enthalten müssen. Die Satzung habe auch das Nähere über die Art und Weise der Fortbildung sowie der Teilnahmepflicht zu bestimmen.

### (2) Derzeitige Organisation der ärztlichen Fortbildung

Die Strukturen der Organisation ärztlicher Fortbildung in der Bundesrepublik können in diesem Kreise weitgehend als bekannt angesehen werden (vergleiche Tätigkeitsbericht '79 der Bundesärztekammer).

Neben dem Deutschen Senat für ärztliche Fortbildung mit seinen 7 gewählten Mitgliedern und den außerordentlichen und korrespondierenden Mitgliedern, die die wesentlichen Fortbildungsveranstalter repräsentieren, hat der Vorstand der Bundesärztekammer im letzten Jahr die Bildung einer Ständigen Konferenz „Ärztliche Fortbildung“ beschlossen, die die Fortbildungsexperten und Bearbeiter der Landesärztekammern vereint, um gemeinsam mit der Bundesärztekammer Fragen der kammereigenen Fortbildungsorganisation besprechen und regeln zu können.

Seit vielen Jahren hat der Ausschuß „Film in der ärztlichen Fortbildung“ eine umfangreiche Arbeit in der kritischen Bewertung von Fortbildungsfilmern geleistet. Die Nachfrage nach dem vom Film-ausschuß herausgegebenen Filmkatalog ist immer groß.

Der Kontakt zwischen Bundesärztekammer, Senat und Fortbildungsexperten der Landesärzte-

kammern mit den Mitgliedern des Wissenschaftlichen Beirates und den Wissenschaftlichen Gesellschaften ist durch das seit 1976 von der Bundesärztekammer veranstaltete Interdisziplinäre Forum „Fortschritt und Fortbildung in der Medizin“ ganz erheblich verbessert worden. Neuerkenntnisse medizinischer Forschung werden dort auf ihre Praktikabilität geprüft von Kollegen, die im ärztlichen Alltag von Praxis oder Krankenhaus stehen. Berichtbände werden als Jahrbücher veröffentlicht und enthalten alle Referate und Diskussionen.

Die Aufgaben und das Wirken der neuen Akademien für ärztliche Fortbildung verdienen besondere Erwähnung. Sie sind Mittelpunkt der Fortbildungsplanung und Fortbildungs-Koordination im Bereich ihrer Landesärztekammern.

Sie schaffen Fortbildungsverzeichnisse, die allerdings auch in Kammern ohne Akademie veröffentlicht werden. Sie befassen sich mit modernen Medien und nicht zuletzt mit den didaktischen Möglichkeiten in der Fortbildung. So werden Didaktik-Seminare für die fortbildenden Referenten vorgesehen.

Einige dieser Akademien haben – wie die in Niedersachsen – wichtige Umfragen zu Fortbildungsgewohnheiten durchgeführt, deren Ergebnisse von großer Bedeutung sind. Schließlich sind von den Akademien praktizierte Fortbildungsnachweismethoden für die Teilnehmer wichtig, für die Fortbildungsbeobachter aufschlußreich.

Hier haben einige Akademien bereits jahrelange Erfahrungen, die Anlaß zu Verbesserungen sein können. Die Rheinland-Pfälzische Akademie hat Selbstprüfungs-Fragebögen versandt und ausgewertet. Auch die dabei gewonnenen Ergebnisse wurden und werden stark beachtet. – Die Bayerische Landesärztekammer gibt eine allgemein als hervorragend bezeichnete Schriftenreihe heraus.

Die Fortbildungs-Akademie der Hessischen Landesärztekammer in Bad Nauheim und die Fortbildungsakademie der Landesärztekammer Schleswig-Holstein haben sich mit ihren eigenen Akademie-Gebäuden rasch zu Zentren der Fortbildung entwickelt, deren Bedeutung weit über den eigentlichen Kammerbereich hinaus ausstrahlt. Das eigene Haus, mit entsprechenden technischen Möglichkeiten ausgestattet, erlaubt nicht nur neue Wege in der Fortbildung, sondern ist Begegnungs-



Dr. med. Erwin Odenbach, Leiter der Abteilung Fortbildung und Wissenschaft der Bundesärztekammer, bei seinem Ärztetagsreferat

stätte, Treffpunkt für Gespräche zwischen Ärzten untereinander und mit Referenten. Gerade diesen kollegialen Fachgesprächen aber wird besondere Aufmerksamkeit zu widmen sein.

In ganz wesentlichem Umfang ist aber Fortbildung nach wie vor eine Angelegenheit der ärztlichen Kreisvereine beziehungsweise der Kreisstellen der Ärztekammern. Hier haben meist die ehrenamtlichen Vorsitzenden neben den allgemeinen Routine-Aufgaben ihrer

Kammer auch noch die Planung, organisatorische Vorbereitung und die Durchführung lokaler Fortbildungsveranstaltungen zu bewältigen. Von der Programmgestaltung und der Referentengewinnung über die Einladungen bis zur Raumbeschaffung ist das ein erhebliches Arbeitspensum, das viele von Ihnen aus eigener Erfahrung einzuschätzen wissen. Daß hier oft organisatorische Hilfen gesucht und auch nicht gerade selten von nicht immer uninteressierter Seite angeboten werden, ist ein Problem, das nicht nur erkannt und beraten, sondern auch zu lösen sein wird. Dabei geht es nicht nur um oft kritisierte Einflüsse der Pharma-Industrie. Die Einflußnahme ganz anderer Produzenten auf manches auch in der medizinischen Fachpresse ist unübersehbar.

Es wäre unfair, in diesem Zusammenhang nicht auch zu sagen, daß es in der Fortbildung durchaus auch Formen der Zusammenarbeit zwischen Veranstaltern und Industrie gibt, die hochwertige, sachliche Fortbildung bei guter Zusammenarbeit garantieren.

Produktunabhängige Fortbildung ist sicher auch in solcher Zusammenarbeit mit der Industrie möglich, setzt aber voraus, daß auch auf der lokalen Ebene die organisatorischen und finanziellen Hilfen für ein entsprechend unabhängiges Fortbildungsangebot überall gegeben sind.

### (3) Definition, Aufgaben und Ziele ärztlicher Fortbildung

Mancher mag die Frage stellen was denn zu diesem Thema noch Wesentliches zu sagen sei. Und viele Kolleginnen und Kollegen meinen, möglichst viel und möglichst alles Neue zu wissen, sei doch ganz ohne Zweifel Ziel aller Fortbildung. Die möglichst umfassende, passive Aufnahme des Wissens anderer aber genügt heute nicht mehr. ▶

82. Deutscher Ärztetag: Odenbach

Vielleicht ist es leichter, den Begriff „ärztliche Fortbildung“ zu definieren, wenn wir uns Gedanken über Aufgaben und Ziele ärztlicher Fortbildung machen. Bedarf es überhaupt der beiden Wörter „Aufgaben“ und „Ziele“? Ist das nicht dasselbe? Warum werden hier beide Begriffe verwandt?

● Als *Aufgabe* ärztlicher Fortbildung sehen wir die ständige Bemühung des Arztes, sich in bezug auf Wissen, Fertigkeiten, Haltung und Einstellung auf dem laufenden zu halten mit der Entwicklung des wissenschaftlichen und technologischen Fortschritts in der Medizin und dabei die Kritikfähigkeit für die Grenzen eigener fachlicher Kompetenz zu erhalten.

● Als *Ziel* ärztlicher Fortbildung sei die möglichst effektive Berufsausübung des kompetenten Arztes bezeichnet.

Selbstverständlich muß jeder, der sich auf der Höhe der laufenden Entwicklung halten will, auch obsoletes Wissen aufgeben.

Im Laufe der letzten zehn Jahre haben sich zunehmend sowohl Wissenschaftler als auch bekannte internationale Organisationen nicht nur mit der ärztlichen Ausbildung, sondern auch mit der ärztlichen Fortbildung befaßt.

Interesse und Arbeiten galten immer mehr auch der Ausbildung und Fortbildung von „Gesundheitspersonal“ (um diesen, aus dem Englischen kommenden, umfassenden Begriff zu verwenden). Jeweils mit besonderem Auftrag berufene Arbeitsgruppen haben anhand des dazu vorgelegten Materials und der eigenen Erfahrungen Berichte mit Empfehlungen abgegeben, die zumindest offiziellen Charakter haben. Wegen ihres Einflusses, auch auf Regierungen, seien hier einige wichtige Berichte solcher Arbeitsgruppen genannt:

▷ 1973 WHO (Weltgesundheitsorganisation): „Fortbildung für Ärzte“

▷ 1975 WHO: „Bedeutung der Ausbildungsplanung für Gesundheitsprobleme“

▷ 1976 WHO: „Fortbildung von Gesundheitspersonal“, einschließlich ärztlicher Fortbildung

▷ 1976 WHO: „Kriterien für die Bewertung von Lernzielen in der Ausbildung von Gesundheitspersonal“

▷ 1975 OECD (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung): „Neue Ausbildungsempfehlungen zur Änderung von Systemen gesundheitlicher Versorgung“

▷ 1979 OECD: „Aus-, Fort- und Weiterbildung der Berufe des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik Deutschland unter Berücksichtigung der Entwicklungstendenzen in der gesundheitlichen Versorgung – Bestandsaufnahme und internationaler Vergleich“ (Die Ergebnisse dieser Arbeitsgruppe, die vom 1. bis 3. März 1979 in Bremen zusammentrat, liegen noch nicht vor).

Diese Berichte und Empfehlungen können hier auch nicht auszugsweise wiedergegeben werden. Wer aber bedenkt, welchen großen Einfluß auf Diskussionen, Programme und Gesetzgebung die Definition von „Gesundheit“ der WHO hatte und hat, kann bei aller Skepsis, ja bei allem Wissen um die oft verhängnisvolle Wirkung dieser euphorisch-utopischen Definition der unmittelbaren Nachkriegszeit, die Fülle dieser neuen, sich mit Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung befassenden Empfehlungen nicht ignorieren. In der ganzen Diskussion um die Schaffung eines Gesetzes für einen neuen Heilberuf des nichtärztlichen Psychotherapeuten und in der Diskussion über die Psychiatrie-Enquete spielt die Gesundheits-Definition der WHO eine entscheidende Rolle. Zwar sind die hier genannten Ergebnisse und Empfehlungen von Arbeitsgruppen wesentlich weniger weit

bekannt, auch haben dabei ideologiefreie, sachliche Wissenschaftler mitgewirkt: die hier genannte Aufstellung beweist, wie eingehend man sich von offizieller, dritter Seite auch mit Fortbildungsfragen befaßt.

Die Aufrechterhaltung und die Erweiterung der beruflichen Kompetenz gelten mehr als Fortbildungsziel als der ausschließliche Erwerb von Wissen. Der Wert der Aufnahme neuen Wissens in der Fortbildung soll in seinem Beitrag zur Vergrößerung der Kompetenz seinen Ausdruck finden.

● Die Kompetenz erweise sich in der Berufsausübung; Fortbildung solle sich an Mängeln der Berufsausübung orientieren.

Die Bewertung der Berufsausübung („Performance“) wird als wichtiger angesehen als Wissensüberprüfungen.

George Millers Erfahrungen und Arbeiten als Leiter des Zentrums für Entwicklung von Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung an der Medizinischen Fakultät der Universität von Illinois in Chicago haben hier großen Einfluß.

Im Oktober 1977 hat daher eine Studiengruppe, bestehend aus Herren des Vorstandes, des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung, des Senatsausschusses für Kongreßgestaltung, begleitet von Professor Hans Renschler (Bonn) und dem Referenten, für die Fortbildung wichtige Institutionen, Organisationen und Persönlichkeiten in den USA besucht. Dabei haben alle Teilnehmer – soweit sie ihn noch nicht kannten – Gelegenheit gehabt, Miller, seinen Arbeitskreis und sein Institut kennenzulernen.

Die Reise war von der Abteilung Fortbildung und Wissenschaft der Bundesärztekammer in Zusammenarbeit mit Prof. Renschler geplant und vorbereitet und von der Hans-Neuffer-Stiftung finanziell ermöglicht worden. ▷

82. Deutscher Ärztetag: Odenbach

Der WHO-Bericht von 1976 geht anhand des Schemas von Miller vor, um die jeweiligen Fortbildungsziele zu erkennen (Abbildung 1).

Professor Renschler, Direktor des Instituts für Didaktik der Medizin der Universität Bonn, hat anlässlich der Sitzung der Arbeitsgemeinschaft der Akademien für ärztliche Fortbildung im Dezember 1978 in Bad Nauheim als Ziel ärztlicher Fortbildung folgende Definition zur Diskussion gestellt:

● „Ziel der ärztlichen Fortbildung ist eine Verbesserung der auf die ärztliche Versorgung und die gesundheitliche Betreuung der gesamten Bevölkerung ausgerichteten Berufstätigkeit.“

Nach dieser Definition sind Lernziele für die ärztliche Fortbildung nicht allein durch freie Überlegungen von Experten aufzustellen. Sie sollen vielmehr auf der Auswertung einer Beurteilung der ärztlichen Berufstätigkeit beruhen.

Eine von Renschler herausgegebene Schrift „Praxisorientierte ärztliche Fortbildung, ihre geschichtliche Entwicklung im Zusammenhang mit der universitären Ausbildung“ (im Druck) enthält bemerkenswerte Arbeiten von Renschler („Entwicklung der Methodenlehre in der Unterrichtung von Ärzten“) und von Clement Brown (Chicago) („Impact of Continuing Medical Education on Patient Care“ – „Einfluß ärztlicher Fortbildung auf die Patientenversorgung“).

Nach kritischer Diskussion über die erste Definition und Erörterung einiger Behauptungen zur Fortbildung wurde „Fortbildung“ neu definiert. Renschler zitiert hier wie folgt:

● „Ziel der ärztlichen Fortbildung ist das für den einzelnen Arzt möglichst effiziente Herbeiführen einer Verbesserung der auf wissenschaftlicher Grundlage beruhenden Berufstätigkeit. Diese soll auf

die medizinische Betreuung der hilfeschreitenden oder sie benötigten Patienten und die Erfüllung der Aufgaben als Arzt in der gesundheitlichen Betreuung der gesamten Bevölkerung ausgerichtet sein.“

Fortbildung ist nach Deneke

● „die lebenslange notwendige Bemühung, das ärztliche Wissen und Können auf der Höhe der Zeit zu halten.“ Diese Definition ist ihrer Kürze wegen bemerkenswert.

Für unsere Diskussion und unsere weitere Arbeit ist jedenfalls wesentlich, daß die möglichst umfassende Speicherung von Wissen im Kopf des einzelnen Arztes als Ziel ärztlicher Fortbildung nicht mehr ausreicht. Bei allen Schwierigkeiten um die Definition von Fortbildungsaufgaben und Zielen sei zum Trost daran erinnert: Auch die Definition der Begriffe „Gesundheit“ und „Krankheit“ ist nicht leicht! Kein Definitionsversuch blieb unumstritten.

**(4) Der Bedarf und die Bewertung der Fortbildung**

Die beiden Begriffe „Bedarf“ und „Bewertung“ sind entscheidende Faktoren, ja Voraussetzungen, für die im Mittelpunkt stehende Frage des Nachweises erbrachter Fort-

bildung, aber auch für deren methodische Probleme und damit für die organisatorischen Aufgaben der Ärztekammern.

Ist die landläufige Meinung so selbstverständlich richtig, daß jeder selbst am besten weiß, was ihm an Fortbildung fehlt, welche Fortbildungsmöglichkeiten oder Fortbildungsveranstaltungen ihm am meisten genutzt haben?

Diese Fragen stellen heißt nicht, nun gleich die Fähigkeit der Erkennung eigener Mängel zu verneinen.

Für die Systematisierung des Fortbildungsangebots ist es schon von großer Bedeutung, die Gestaltung ärztlicher Fortbildung nicht nur dem reinen Zufall, auch nicht der genialen Improvisationsgabe in dieser Hinsicht sehr erfahrener Kollegen zu überlassen.

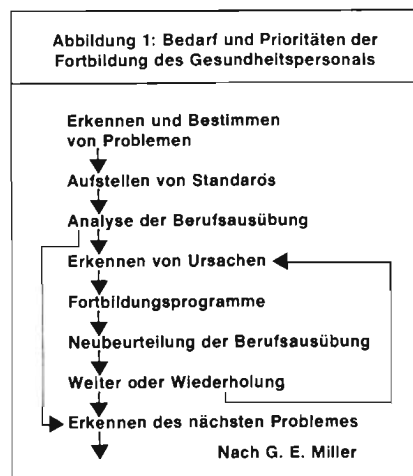
Dabei soll die notwendige Koordination keinesfalls ein Monopol oder einen Zwang bedeuten.

Zwei Bemerkungen vorweg: Qualitätssicherung – so sagte der Frankfurter Psychiater Bochnik dieser Tage – ist enger als Qualifikationssicherung.

Qualitätssicherung bedarf der Daten und der Dokumentation. Bei der Qualifikationssicherung aber spielt beispielsweise die Vertrauenswürdigkeit des Arztes eine wesentliche Rolle.

Und ganz aktuell, aber offenbar vergessen: Für die Qualität und das Niveau der Ärzte ist die Obduktionsrate an einem Krankenhaus oder in einem bestimmten Gebiet von einer Bedeutung, über die in unserem Lande ungern gesprochen wird.

In dieser Hinsicht kann ein in absehbarer Zeit zu erwartendes Sektionsgesetz Möglichkeiten der Bewertung ärztlicher Berufsausübung in entscheidender Weise mehren oder mindern! ▶



Dem in Chicago wirkenden George Miller zu Ehren ist das sehr einfache, von ihm verwandte Schema (Abbildung 2) in aller Welt als „Chicago-Schleife“ benannt, wobei ich die wesentlich aufschlußreichere amerikanische Form „Chicago Loop“<sup>\*)</sup> übersetzt habe.

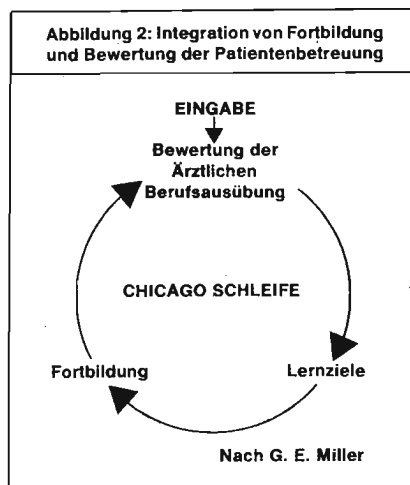
Das Schema der „Chicago Loop“ zeigt, wie es aufgrund bestimmter Gegebenheiten oder Probleme zur Feststellung von Fakten kommt, die in der ärztlichen Berufsausübung verbessert werden sollten. Diesem Fortbildungsbedarf entsprechend werden Lernziele aufgestellt und in der Fortbildung angeboten. Nach entsprechender Zeit wird festgestellt, ob sich durch die Teilnahme an der Fortbildung die ursprünglichen Mängel beseitigen ließen.

Millers wesentliche Feststellung lautet:

● „Die Berufsausübung und ihre Notwendigkeiten sind von entscheidender Bedeutung für die Fortbildung, die Fortbildung ist von entscheidender Bedeutung für die Berufsausübung.“

Auf diesem Gebiet sind die Arbeiten des schon genannten Kollegen Brown, Direktor des Institute of Medical Education des South Chicago Community Hospital, die in ständiger Erfahrung mit der Praxis zustande kamen, besonders aufschlußreich. Doch kann hier nur für jeden an der Fortbildung besonders Interessierten auf die schon genannten Arbeiten von Brown und Renschler verwiesen werden.

Die Bewertung der Fortbildung geht von festgesetzten Lernzielen aus. Sie bestimmen Lehren und Lernen, also die eigentliche Fortbildung. Der Lernerfolg, das Endergebnis, ist Maßstab für die Bewertung des Fortbildungserfolges. Das hört sich sehr abstrakt an und wird durch Millers „Chicago-Schleife“ sofort anschaulich und verständlich. Neben der Bewer-



tung der Fortbildung geht es auch um eine Bewertung der ärztlichen Berufstätigkeit. Die Möglichkeiten, aber auch die Schwierigkeiten der Evaluierung sind groß, die Methoden verlangen eine Anpassung an die individuellen Ausgangsbedingungen; auch müssen sie den Kriterien der Objektivität, Verlässlichkeit und Gültigkeit entsprechen. Amerikanische Erfahrungen haben gezeigt, daß der Erfolg ärztlicher Fortbildung um so besser ist, je mehr die Fortbildung an den eigenen konkreten Fällen der Kollegen erfolgt. Es wird von der Analyse der eigenen Berufstätigkeit ausgegangen und abschließend die Anwendung der neugeregelten Verfahren angestrebt. Ob in unserem Lande die Kassenärztlichen Vereinigungen Rückschlüsse auf Fortbildungsbedarf aufgrund allgemeiner Erfahrungen über Praxisführungen ziehen können, wäre zu überdenken.

Brown hat betont, der Erfolg ärztlicher Fortbildungsprogramme müsse an der Verbesserung der Patientenversorgung gemessen werden. In den meisten Fällen seien die Fortbildungsprogramme in den Vereinigten Staaten nicht darauf zugeschnitten, erkannte und definierte Probleme der Ärzte bei der Behandlung ihrer Patienten zu berücksichtigen und den Erfolg dementsprechend zu bewerten. Brown beschreibt in der schon genannten Arbeit „Der Einfluß ärztli-

cher Fortbildung auf die Patientenversorgung“ ein Fortbildungsprogramm, daß zu einer Verbesserung der Patientenversorgung führte. Der Entwicklungsprozeß des Programms wird dabei in seinen einzelnen Phasen dargestellt und seine Wiederholung an verschiedenen anderen Krankenhäusern geschildert.

Grundlagen des Programmes waren demnach:

1. der Nachweis der Notwendigkeit durch Krankenblattrevisionen und Wissenstest,
2. die aktive Beteiligung der Lernenden durch Aufstellen von Kriterien für die eigene Leistung sowie durch den Vortest und die anschließenden Diskussionen,
3. die Relevanz für die eigene Praxis, da eigene Fälle betroffen waren,
4. die Aktivierung von Fähigkeiten zur Problemlösung während der Nachbesprechungen,
5. unmittelbares „Feedback“ durch Test und Nachbesprechung.

Der von Brown beschriebene „Zweirad-Prozeß“<sup>\*\*)</sup> versucht, den Zyklus der Patientenversorgung mit der ärztlichen Fortbildung zu verbinden.

Notwendige Veränderungen für eine Verbesserung der Patientenversorgung lassen sich nach Brown in vier Gruppen zusammenfassen:

1. Änderungen im Patientenverhalten (Lebensweise und so weiter), ▷

\*) Da die aus allen Richtungen kommenden Hochbahnen Chicagos am Ende ihrer jeweils verschiedenen Strecken sämtlich in einer gemeinsamen, großen Schleife das eigentliche Stadtzentrum unüberhörbar ratternd umkreisen, um von dort aus wieder stadtauswärts zu fahren, hat im Laufe der Jahrzehnte Chicagos Innenstadt die offiziöse Bezeichnung „Loop“ = Schleife als Kurzformel erhalten.

\*\*) Englisch Bi-Cycle = „Zweikreis“; übertragen „Zweirad“ = Fahrrad

82. Deutscher Ärztetag: Odenbach

2. Änderungen im Arztverhalten (Verbesserung der ärztlichen Leistung und Einstellung),
3. Änderungen im Gesundheitswesen (hierunter fallen organisatorische Mängel im System und so weiter),
4. Änderungen bzw. Verbesserungen der materiellen Ausstattung.

Dabei stellte sich heraus, daß die ärztliche Fortbildung nicht in erster Linie mangelndes Wissen auszugleichen hatte. Die Gründe für mangelhafte ärztliche Leistung waren vielmehr oft organisations- und motivationsbedingt. Der Interessierte wird auf die genannte Arbeit und Browns Bi-Cycle-Schema hingewiesen, das allerdings wesentlich differenzierter und damit komplizierter als Millers „Chicago Loop“ ist, so daß hier nicht näher darauf eingegangen wird. Voraussetzung ist allerdings eine komplette und genaue Krankenblatt-Dokumentation als Grundlage für die Fallbesprechung. Über das problemorientierte Krankenblatt (Problem-Oriented Record) kommt es zur Zusammenfassung des Krankenblattes, gegebenenfalls zur Computerauswertung, zur Aufstellung von Soll-Kriterien und zum Konsens der Kriterien durch die teilnehmenden Ärzte.

Abbildung 3 stellt einige wichtige angelsächsische Spezialbegriffe mit ihren Abkürzungen und Übersetzungen dar.

Damit sei der amerikanische Begriff des „Medical Audit“ angesprochen, der Krankenblatt-Revision. Daß „Medical Audit“ und das sogenannte „Peer Review“ im Krankenhausbereich stattfinden, schließt bei den amerikanischen Verhältnissen die meisten niedergelassenen, ja auch belegärztlich tätigen Ärzte nicht aus. Beim „Peer Review“ handelt es sich um eine „Prüfung unter gleichen“.

Zur Gewährleistung eines bestimmten Niveaus hat das Bundesgesetz der Vereinigten Staaten,

das die ersten beiden Sozialversicherungen Medicaid und Medicare begründete, festgelegt, daß nur solche Krankenhäuser Vergütungen aus den Programmen Medicaid und Medicare erhalten, die ein bestimmtes Niveau, einen bestimmten Standard, einhalten. Nach diesem Bundesgesetz wurden regionale, das berufliche Niveau überwachende Organisationen geschaffen, die sogenannte PSRO, Professional Standard Review Organization.

Mit dem „Medical Audit“ (Krankenblatt-Revision) und dem „Peer Review“ (kollegiale Überprüfung durch gleiche) sollten Instrumente geschaffen werden, das Niveau an den Krankenhäusern aufrechtzuerhalten, um die Patienten nach dem Medicaid- und Medicare-System zu versorgen. Daß diese Arbeit durch eine gewisse Normung der Krankenblätter erleichtert wird, bedarf keiner Betonung.

Eine weitere Möglichkeit, den Bedarf an Fortbildung und den Fortbildungseffekt festzustellen, ist die Selbstprüfung, das sogenannte „Self Assessment“, bei dem Fragebögen benutzt werden, sowohl bei Programmen, bei denen eine anonyme Selbstkontrolle möglich ist, als auch bei anderen. Hier gibt es ganz besonders anspruchsvolle Programme wie die des American College of Physicians in Philadelphia, zu dessen Vorbereitung ein

Gegenstandskatalog im Lexikonformat erworben werden muß. Die Teilnahme ist so langwierig, die Auswertung so kompliziert, daß nur alle sieben Jahre die Teilnahme an diesem Verfahren erlaubt wird.

Im Bereich der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz hat die dortige Akademie für ärztliche Fortbildung, wie Ohler im Februar 1979 in der Ständigen Konferenz für ärztliche Fortbildung berichtete, Fragebogenaktionen durchgeführt.

Der Test wurde nach dem Multiple-choice-System allen Ärzten mit Rückumschlag zugeschickt. Zur Beantwortung waren vier bis sechs Wochen Zeit gegeben. Die Auswertung sei maschinell erfolgt. Trotz mancher Kritik gegen Kontrolle habe die Rücklaufquote bei der letzten Umfrage 33 Prozent betragen: Dieses Ergebnis bei einer freiwilligen Fragenbogenerhebung, bei der die Mehrzahl der Ärzte das Antwort-Wahlverfahren noch nicht kannte, ist sicher beachtlich. Vor allem aber hat die Teilnahme auch stimulierend darauf gewirkt, sich – sei es nur durch Nachschlagen in entsprechenden Büchern – auf dem laufenden zu halten.

Sewering hat im DEUTSCHEN ÄRZTEBLATT Heft 26/1974 in einem Artikel „Neue Wege der ärztlichen Fortbildung“ einen Weg für einen Nachweis der Effizienz der Fortbildung vorgeschlagen, bei voller Wahrung der Freiwilligkeit des einzelnen Arztes, die immer unter dem faktischen Zwang zur Fortbildung zu verstehen sei. Die Mitgliedschaft in einer Akademie für ärztliche Fortbildung, die bei jeder Landesärztekammer zu errichten sei, solle davon abhängig gemacht werden, daß der Arzt in bestimmten zeitlichen Abständen einen auf sein Fachgebiet zugeschnittenen Fragebogen, der ihm von der Akademie zugeschickt wird, beantwortet an die Akademie zurückgebe. Durch die Beantwortung der gestellten Fragen habe

Abbildung 3: Stichworte

<b>Medical Audit</b>	<b>Krankenblattrevision</b>
<b>Peer Review</b>	<b>Kollegiale Überprüfung</b>
<b>Self Assessment</b>	<b>Selbstüberprüfung</b>
<b>P.S.R.O. Professional Standard Review Organisation</b>	<b>Organisation zur Überprüfung der Qualität ärztlicher Berufsausübung (Nach US-Bundesgesetz PL 92-603)</b>
<b>P.O.M.R. Problem Oriented Medical Record</b>	<b>Problemorientiertes Krankenblatt</b>

der Arzt die Möglichkeit, sein Wissen zu aktualisieren. Soweit der Arzt die gestellten Fragen nicht aus seinem paraten Wissen heraus beantworten könne, werde er durch Literaturstudium und durch den Besuch geeigneter und dafür anbietender Fortbildungsveranstaltungen neues Wissen erwerben und damit in der Lage sein, die ihm gestellten Fragen zu beantworten. Der Arzt werde also nicht in eine durch Einzelfragen charakterisierte Prüfung mit dem Risiko von Zufallsergebnissen getrieben, sondern programmierter Wissenszuwachs werde mit Effizienznachweis der Fortbildung kombiniert, da der Arzt bei der Erarbeitung der Antworten zugleich Fortbildung betreibe und neues Wissen erwerbe. Mit der Rücksendung des ausgefüllten und beantworteten Fragebogens erwerbe der Arzt die Mitgliedschaft in der Akademie für einen weiteren Zeitraum. Dafür solle er eine Bestätigung erhalten, die ihn als Mitglied seiner Akademie für ärztliche Fortbildung ausweise und die er auch in seiner Praxis seinen Patienten gegenüber sichtbar machen kann.

Die Frage nach der Effizienz der ärztlichen Fortbildung, so Sewering, wäre damit klar beantwortet, und in der Öffentlichkeit immer häufiger geäußerte Zweifel müßten verstummen. Die Einführung der Qualitätssicherung für Laborleistungen beweise eine solche Möglichkeit.

Sewering weist auf den beträchtlichen Aufwand hin. Die Erarbeitung geeigneter Fragebögen für jedes Fachgebiet könne nicht in den einzelnen Landesärztekammern, jeweils unterschiedlich, geschehen. Auf die Notwendigkeit der Zusammenarbeit, auch mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, wurde hingewiesen.

Diese Ausführungen mögen theoretisch und abstrakt wirken. Ignorieren kann man das Berichtete aber nicht ohne verhängnisvolle Folgen. So muß man bei der zunehmenden Diskussion über ärzt-

liche Fortbildung in der Öffentlichkeit wissen, daß die Erfahrungen in den USA mit dem „Medical Audit“, der Krankenblatt-Revision an den Krankenhäusern, ergeben haben, daß solche Krankenblatt-Revisionen sich als Mißerfolg erwiesen, wenn sie nur schematisch-administrativ, beispielsweise von Sekretärinnen, vorgenommen worden sind. Nur die Kompetenz eines mindestens ebenso erfahrenen Arztes – besser: mehrerer Ärzte – erlaubt eine kritische Würdigung des Krankenblattes, damit auch der Diagnostik und der Therapie eines einzelnen Falles. Das ist Voraussetzung für eine Beurteilung der Berufsausübung. Ferner muß man wissen, daß die allgemeine Erfahrung bei vielen Medical Audits gezeigt hat, daß Krankenblätter anders sein müßten, um überhaupt vergleichbar zu werden.

Auch die Problematik mittels Computer sicher einfach auswertbarer, damit arbeitssparender Fragebögen nach dem Multiple-choice-System muß angesprochen werden. Wenn die Fortbildung wirklich in erster Linie befähigen soll, Probleme zu lösen, dann ist der Multiple-choice-Fragebogen ein fragwürdiger Beitrag dazu.

Sicher ist es wesentlich schwieriger, Fertigkeiten und Fähigkeiten, Haltung und Einstellungen, die Fähigkeit zur Zusammenarbeit zu bewerten.

Bei der Erörterung der Bewertungsproblematik muß man wissen, wie die oft zitierten Verhältnisse in den USA sich entwickelt haben.

Laut „Social Security Act“ von 1972 – dem Bundesgesetz – sind die ersten Programme amerikanischer sozialer Krankenversicherungen Medicare und Medicaid eingeführt worden. Für die Einhaltung eines bestimmten Niveaus medizinischer Versorgung hatte dieses Gesetz die Einrichtung von Professional Standard Review Organizations vorgesehen, die bis 1976 von den Berufsorganisatio-

nen selbst zur Überprüfung der Qualität ärztlicher Berufsausübung besetzt werden konnten. Hatten sie bis dahin ihre Arbeit nicht aufgenommen, konnten sie vom Staat eingerichtet werden.

Die Folge ist eine Bürokratisierung, die nahezu jede Initiative lähmt. Auf Bundesebene gibt es den National Professional Review Council, dem 11 vom Kongreß der Vereinigten Staaten berufene hervorragende Ärzte angehören. Dieser Council berät das Ministerium für Gesundheit und Wohlfahrt und hat bisher alle sieben Wochen getagt.

In diesem Ministerium ist ein „Office of Professional Standard Review“ neu eingerichtet worden. Die Vereinigten Staaten sind in 203 Professional Standard Review Organization Service Areas eingeteilt worden. Die Mitglieder dieser Professional Standard Review Organizations sind Angehörige ärztlicher Organisationen.

Am 12. April 1979 ist von der Association of American Medical Colleges ein erstes Ergebnis zur Bewertung ärztlicher Fortbildung veröffentlicht worden, welche die in medizinischer Hinsicht so bedeutende, über erstklassige Institute, Krankenhäuser und Ärzte verfügende „Veterans Administration“ gemeinsam mit der Association of American Medical Colleges in einem Projekt untersucht.

Die „Veterans Administration“ garantiert für alle irgendwann einmal dem amerikanischen Militär angehörigen Personen und deren Angehörige die ärztliche Versorgung und verfügt damit über unvergleichliche Möglichkeiten der Auswertung.

In dem Projekt wurden untersucht: die Anwendung von Fortbildungskonzepten, die Bedeutung einer auf die Berufsausübung hin zielenden Fortbildung, die Motivation für ein Lernen während des ganzen Lebens und die Stärkung der Fähigkeiten zur Problemlösung.▷



## 82. Deutscher Ärztetag: Odenbach

Was aber an dieser ganz frischen Mitteilung der beiden fachlich überaus bedeutenden amerikanischen Organisationen so bemerkenswert ist, sei zitiert:

● „Der einzelne Arzt muß die verantwortliche Autorität in der ärztlichen Fortbildung sein. Die Bildungsinstitutionen und ärztlichen Gesellschaften ermöglichen und fördern die Fortbildung.“

Im „New England Journal of Medicine“ befaßte sich am 25. Mai 1978 ein Editorial sehr kritisch mit der Professional Standard Review Organization unter der entsprechende Trauer ausdrückenden Überschrift: „The PSRO: Quality-Assurance Blues“ (Qualitäts-Sicherungs-Blues).

Hier wird sogar die Skepsis des „Institute of Medicine“ und des Ministeriums wiedergegeben. Kaum einer aus der wachsenden Zahl von Klinikern, die als Mitglieder in den entsprechenden Überprüfungsorganisationen nicht nur der PSRO, sondern auch der gemeinsamen Kommission zur Krankenhausüberprüfung mitwirkten, glaube, daß die entsprechenden Bemühungen viel Fortschritt ergeben hätten. Das Editorial bezieht sich auf einen Bericht in der gleichen Nummer dieser Zeitschrift, in dem Sanazaro und Worth ein Qualitätssicherungsprogramm in 5 PSRO-Regionen bei 5400 Patienten in 24 Krankenhäusern eingehend beschreiben: Da beide Autoren nicht sicher waren, daß diese große Anstrengung die Patientenversorgung gefördert hat, bezeichnet das „New England Journal of Medicine“ solche Ergebnisse als enttäuschend, besonders da das „Journal“ selbst eine kritische Selbstprüfung des Berufsstandes gewünscht hatte.

Man habe vom ärztlichen Beruf verlangt „etwas zu tun“, bevor man gelernt habe, wie.

Leichter und erfreulicher sei es, „etwas zu tun“, wenn man vorher erfahren habe, was.

Ein Leitartikel des British Medical Journal vom 15. Juli 1978 mit der Überschrift „Medical Audit and Continuing Education“ betont, die Amerikaner hätten sich vorzeitig für die Überprüfungen für die Professional Standard Review Organizations begeistert. Die amerikanischen Ergebnisse hätten das „Medical Audit“ als möglicherweise wertvolles Fortbildungswerkzeug gezeigt, jedoch als „gegenproduktiv“, wenn strafend angewandt.

Auch das „Peer Review“ sei zur Zeit ein beliebtes Konzept: die Einzelheiten seien aber immer noch auszuarbeiten. Ermutigende Möglichkeiten sollten geschaffen werden, ohne Gesetzgebung, ohne Regulierung, ohne Drohung der Nichterneuerung der Diplome.

Wie eng Fragen des Bedarfs und der Bewertung der Fortbildung mit dem Nachweis erbrachter Fortbildung zusammenhängen, ist sicher deutlich geworden. Gerade aber nach diesen gewichtigen, so skeptischen amerikanischen und englischen Stimmen sei auf unseren Versuch hingewiesen, durch das seit 1976 von der Bundesärztekammer durchgeführte Interdisziplinäre Forum regelmäßig neues Wissen aus der Forschung den für die Fortbildung verantwortlichen Vertretern der Kammern vorzutragen und in gemeinsamer Diskussion und späteren Bewertungsgesprächen auf die Relevanz für den Arzt in Praxis, Krankenhaus und öffentlichem Gesundheitswesen zu prüfen, um entsprechende Prioritäten setzen zu können.

Die Ergebnisse: sämtliche Referate und ein Wortprotokoll stehen als Jahrbuch (das im Deutschen Ärzte-Verlag von der Bundesärztekammer herausgegeben wird) bleibend zur Verfügung. Sicher ist hier noch erhebliche Vervollkommnung möglich.

Aber das Interdisziplinäre Forum ist sowohl unbürokratisch als auch unadministrativ und auf freien Meinungs-austausch begründet.

Wer sich für durchaus mögliche Versuche der Bewertung ärztlicher Berufstätigkeit interessiert, sei auf Renschlers Vortrag „Möglichkeiten der Beurteilung der Fortbildungseffizienz“ am 13. Dezember 1978 in Bad Nauheim verwiesen.

### (5) Der Nachweis der Fortbildung

Der Nachweis der vom einzelnen Arzt geleisteten Fortbildung kann erbracht werden durch

- ▷ Nachweis der Präsenz bei Fortbildungsveranstaltungen,
- ▷ Selbstkontrolle, beispielsweise durch Teilnahme an anonymen Fragebogenaktionen,
- ▷ Verpflichtungserklärungen.

Um den verschiedenen Fortbildungsmöglichkeiten, aber auch dem persönlichkeitsbedingten Fortbildungsverhalten gerecht zu werden, sind mehrere Nachweisverfahren notwendig. Alle sind vielfach angewandt worden, alle beinhalten mehr oder weniger viele Probleme.

Individuelle Selbstfortbildung durch Lektüre oder audiovisuelle Medien kann nicht durch Präsenz nachgewiesen werden, von der Ausnahme abgesehen, eines der seltenen Institute für Medizindidaktik mit modernen Möglichkeiten des Selbststudiums und der Selbstkontrolle werde regelmäßig entsprechend genutzt. Die Behauptung allein, man lese regelmäßig und viel, mag zwar den Tatsachen entsprechen; ein Nachweis erbrachter Fortbildung kann aber kaum damit dokumentiert werden.

In den Vereinigten Staaten, in denen zur Erneuerung mancher Diplome in den meisten Fachgesellschaften und in vielen Staaten bestimmte Nachweise der Fortbildung erbracht werden müssen, wird zumeist vom Nachweis der

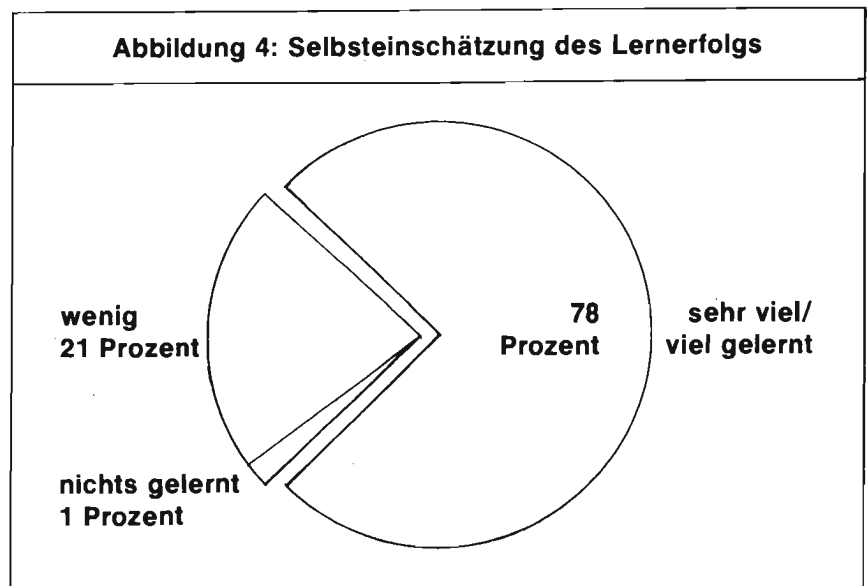
Präsenz für eine bestimmte Stundenzahl in einer bestimmten Zahl von Jahren ausgegangen. Die Unterschiede sind so zahlreich zwischen den einzelnen Gesellschaften und Staaten, daß hier nicht näher darauf eingegangen werden kann. Wichtig ist allerdings, daß ein bestimmter Prozentsatz der Zeit, der 20 Prozent nachzuweisender Präsenzstunden nicht übertrifft, angerechnet werden kann, wenn der Arzt neben dem Nachweis des Bezugs entsprechender Literatur oder audiovisueller Programme eine ernst zu nehmende schriftliche Ehrenerklärung abgibt, regelmäßig entsprechend aufzuführende Zeitschriften, Bücher oder Medien zu studieren. Primär wird also von Vertrauen ausgegangen und nicht von Mißtrauen!

Der Nachweis der Präsenz, also der Teilnahme an bestimmten, entsprechend von der American Medical Association anzuerkennenden Fortbildungsveranstaltungen, steht ganz im Vordergrund.

Schon vor 32 Jahren hatte die American Academy of Family Practice die Teilnahme an 150 Fortbildungsstunden in jeweils drei Jahren als Voraussetzung für die weitere Mitgliedschaft gefordert. Die American Medical Association hat 1969 den freiwilligen „Physician's Recognition Award“ eingeführt, der alle drei Jahre bei Nachweis der Teilnahme an 150 Fortbildungsstunden in verschiedenen Kategorien erworben werden kann.

Diese ärztliche Anerkennungs-Auszeichnung wird nach angelsächsischer Art als Diplom in der Praxis ausgehängt. Damit folgte man einem der wichtigsten Prinzipien, das Miller immer wieder bestätigt hat:

● Ermutigende, anerkennende Maßnahmen wirken stimulierend auf die Fortbildung, bestrafende wirken lähmend! Das Schlimmste sei, den „Spaß an der Fortbildung“ zu nehmen!



Inzwischen haben weit über 100 000 Ärzte sich an diesem freiwilligen Präsenznachweis ihrer großen Ärzteorganisation AMA beteiligt und den „Physician's Recognition Award“ erhalten.

Die Hessische Landesärztekammer hat mit ihrer Akademie für ärztliche Fortbildung und der anfangs heftig umstrittenen Verleihung einer entsprechenden Plakette bei Nachweis der Teilnahme einer bestimmten Stundenzahl zuerst in Deutschland diesen ermutigenden Weg gewählt, und sie hat nun schon jahrelange Erfahrungen.

Inzwischen haben alle Ärztekammern unseres Landes Fortbildungsausweise, die zwar unterschiedlich gestaltet sind, aber im allgemeinen die Veranstaltungen auch im Bereich anderer Ärztekammern registrieren. Die Frage der Anerkennung von Veranstaltungen wird eine Aufgabe der Ärztekammern, die viel und verantwortungsvolle Arbeit bedeutet. Kritiker werfen die Frage auf, ob die Teilnahme bereits den Fortbildungserfolg garantiert. Die Untersuchungen von Herrmann und mir in der Arbeit „Internationale Fortbildungskongresse der Bundesärztekammer – Teilnahme und Er-

folg“ zeigen, daß bei einer Selbsteinschätzung des Lernerfolgs von 78 Prozent der Teilnehmer geantwortet worden ist, sie hätten sehr viel bis viel gelernt; 21 Prozent gaben an, wenig, 1 Prozent, nichts gelernt zu haben (Abbildung 4).

Die Selbstkontrolle durch anonyme Fragebogen wird bei einer Umfrage von Gross, Kusche, Roemer-Hoffmann\*) von 65,4 Prozent der an einer Umfrage beteiligten Allgemeinärzte in Nordrhein und von 69,1 Prozent bei der entsprechenden Befragung von Herrmann in der Landesärztekammer Niedersachsen als Möglichkeit bejaht. Eine gesetzliche Verpflichtung zur Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen wurde von 74,5 Prozent der an der Erhebung teilnehmenden Ärzte abgelehnt. Die Fragebogenaktion in Rheinland-Pfalz ist im Zusammenhang mit Sewerings Vorschlägen bereits behandelt worden. Das Wiseko-Programm zur Wissenschaftlichen Selbstkontrolle der Chirurgen hat inzwischen in unserem Lande nicht nur Beachtung, sondern auch Anerkennung gefunden. Für unsere Erörterungen ist ganz unzweifel-

\*) DEUTSCHES ARZTEBLATT 1978, 309, 388, 449

## 82. Deutscher Ärztetag: Odenbach

haft, daß der Nachweis erbrachter Fortbildung des einzelnen Arztes durch Nachweis der Präsenz weit aus die geringsten organisatorischen, personellen und finanziellen Voraussetzungen erfordert und am ehesten praktikabel ist. Schon bei der großen Zahl der Ärzte würde die Teilnahme aller Kollegen an sorgfältig ausgearbeiteten, auf ihren Wirkungskreis bezogenen Selbstüberprüfungen große Schwierigkeiten bereiten.

Wer weiß, welch außerordentlicher Mühen es bedarf, um die wohl anspruchsvollste Selbstüberprüfung, die des American College of Physicians, vorzubereiten und durchzuführen, versteht, warum die Zahl der möglichen Teilnehmer begrenzt ist. Aber auch beim Nachweis der Präsenz werden sich organisatorische Aufgaben ergeben.

Die American Medical Association gibt jährlich im August ein Verzeichnis der ihr bekannten Fortbildungsveranstaltungen des kommenden Jahres (September bis August) heraus. Für das Ende August 1978 zu Ende gehende Jahr waren es 7300 Veranstaltungen von über 1500 Veranstaltern. Da der Redaktionsschluß für dieses Verzeichnis im Mai liegt, können diese Verzeichnisse nur unvollständig sein. So waren für die Zeit vom September 1974 bis August 1975 genau 3677 Veranstaltungen vorher angekündigt worden; tatsächlich haben aber in diesem Zeitraum 10 184 stattgefunden. Die Gesamtzahl der teilnehmenden Ärzte betrug 270 000, bei insgesamt etwa 360 000 Ärzten in den USA. G. Burkart hat ausgerechnet, daß zu jeder Stunde des Tages und der Nacht in den USA 20 Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte im Gange sind. Daher ist verständlich, daß eine Kategorisierung der Fortbildungswürdigkeit der Fortbildungsveranstaltungen in den USA üblich ist, wobei hier auf die Unterschiede und die Bewertung der Kategorien leider nicht eingegangen werden kann (ihre Anrechenbarkeit auf das Stundensoll ist entsprechend differenziert).

In den Niederlanden ist durch „königlichen Beschluß“ – dies ist de facto ein Regierungsbeschluß nach Anhörung aller zuständigen Gremien – am 2. September 1977 unter der Bezeichnung „Regeling Postacademisch onderwijs“ eine allgemeine Regelung nachakademischer Fortbildung in Kraft getreten. Diese Regelung wäre ein eigenes Referat wert, hier sei nur hervorgehoben, daß nach Teilnahme an entsprechenden Kursen den Teilnehmern ein Zertifikat über die Teilnahme auszustellen ist. Diese Regelungen für Akademiker beschränken sich nicht auf Ärzte, kein Beruf ist genannt.

### (6) Methodik der Fortbildung

Das angebotene Instrumentarium ist groß und erlaubt allen individuellen Eigenheiten entsprechende Möglichkeiten. Neben großen Kongressen und Seminarkongressen, die nur der Fortbildung dienen und über ein oder zwei Wochen ein systematisches Programm bieten, gibt es die Fülle der an Wochenenden, am Samstag allein oder an Mittwochnachmittagen gebotenen Veranstaltungen der Ärztekammern, Akademien, ärztlichen Bezirks- und Kreisvereine, von Kliniken, von Fachgesellschaften, Berufsverbänden, aber auch von besonders auf die Fortbildung spezialisierten Einrichtungen, die beispielsweise die großen Kongresse in Karlsruhe, Berlin und Düsseldorf veranstalten. Auch die besonderen Angebote der Kaiserin-Friedrich-Stiftung in Berlin seien genannt. Bekannt ist das umfangreiche Fortbildungs-Filmprogramm, das durch das Verzeichnis des Filmausschusses der Bundesärztekammer zugänglich ist. Bücher, Zeitschriften, audiovisuelle Programme stehen zur Verfügung.

Schließlich sei der hohe Wert des Austausches beruflicher Erfahrung für die Fortbildung untereinander keineswegs vergessen, der im kollegialen Gespräch, im Gespräch mit den Referenten, im Arztbrief, im Anruf, beim Konsiliar-

besuch, bei der Klinikkonferenz, bei Besprechungen in Apparategemeinschaften bis zu Balint-Gruppen eine weder nach der Zahl noch nach dem Fortbildungswert überhaupt einschätzbare Bedeutung hat – dies gilt selbst für das so gern als „typisch ärztliche Fachsimpelei“ belächelte Gespräch am Stammtisch!

Diese Vielfalt sollte nicht mit dem so oft mißbrauchten Modewort „Wildwuchs“ abgetan werden, das Planungsliebhaber immer dann verwenden, wenn freie Initiativen es wagen, auch ohne Regelungen „von oben“ tätig zu werden. Das lebensnahe, breite Angebot muß erhalten bleiben!

Gross, Kusche und Roemer-Hoffmann konnten in ihrer Arbeit nachweisen, welche Spitzenrolle in der Fortbildung die Lektüre von Fachzeitschriften einnimmt. In der gleichen Umfrage überraschte die hohe Zahl positiver Antworten auf die Frage nach Interesse an speziell für die Allgemeinmedizin programmierten Lerneinheiten (80 Prozent „Ja“), obwohl die Erfahrungen der Ärzte mit diesen Methoden zum Befragungszeitpunkt – 1975 – gering gewesen sein dürften. Gleichzeitiges Hören und Sehen – unbestritten eine hervorragende Unterrichtsform – wurde bei der Frage nach audiovisuellen Methoden von 48,8 Prozent der befragten Ärzte positiv beurteilt.

Audiovisuelle Methoden und Programme sind den Kongreßbesuchern der Internationalen Fortbildungskongresse der Bundesärztekammer besonders durch die Möglichkeiten des Eidophor-Verfahrens mit seinen Übertragungsmöglichkeiten aus Kliniken und dem direkten Gesprächskontakt besonders bekannt geworden. Heute gibt es dabei auch Möglichkeiten der individuellen Nutzung.

Den höchsten Lernerfolg erreicht nur Fortbildung durch Tun. Wenn Theorie und Praxis gleichzeitig geboten werden, werden 90 Prozent des Stoffs „behalten“. Diese

Erkenntnis muß dazu führen, mehr praktische Kurse und Übungen, beispielsweise an den vielseitig verwendbaren modernen Phantomen, bei Kursen für Notfall- und Rettungsmedizin, bei Untersuchungskursen anzubieten.

Ein bewährtes Fortbildungsmedium ist der Fortbildungsfilm. Schon seit Jahrzehnten ist seine Bedeutung für die Fortbildung gewaltig. Die Sichtung und Katalogisierung durch den Filmausschuß der Bundesärztekammer erleichtert die Auswahl für jeden Veranstalter.

Die Möglichkeiten moderner Erwachsenenbildung sind aber sicher noch keineswegs ausreichend genutzt, oft auch nicht bekannt.

Die Medizindidaktik hat durch Aufzeichnung ärztlicher Handlungen mit Videoband, Tonband, aber auch anhand moderner Krankenblätter (problemorientiertes Krankenblatt) neue Möglichkeiten zur Beurteilung ärztlicher Handlungen geschaffen, zum Beispiel direkte Beobachtung ärztlicher Tätigkeit an simulierten Patienten.

Simulierte ärztliche Handlungen sind an physikalischen Modellen einzelner Organe möglich geworden. Sogenannte formalisierte Verfahren, Fallsimulationen, sind in der Fortbildung ebenso anwendbar wie in der ärztlichen Ausbildung. Die vielfältigen Möglichkeiten schriftlicher Fallsimulationen, aber auch computerisierter Fallsimulationen können nur genannt, aber nicht beschrieben werden. Zur Motivation können sie besonders beitragen.

Auch in der Untersuchung, Prüfung, Bereithaltung und Nutzung entsprechender Medien sind bedeutende Aufgaben für die Kammern gegeben.

Für die Wahl verschiedener Fortbildungsformen sind die Persönlichkeitsstruktur und die Persönlichkeitsmerkmale des einzelnen

Arztes von dominierendem Einfluß, ebenso wie bei der Praxisgestaltung und Praxisführung.

Die Kongreßfortbildung, so oft und gern kritisiert, ist erfolgreicher in ihrem Fortbildungseffekt, als angenommen wird. Abbildung 4 zeigt den beachtlichen, selbsteingeschätzten Lerneffekt. 78 Prozent der Teilnehmer an unserer schon genannten Befragung gaben an, sehr viel beziehungsweise viel gelernt zu haben. Gerade wegen des Urteils des Bundesfinanzhofs zur steuerlichen Anerkennung der Teilnahme an Fortbildungskongressen sei auf diese Zahlen hingewiesen.

● Die wohl einmalige Anti-Motivation zur Fortbildung, die mit diesem Urteil erreicht wurde, sei beklagt, weil sie der Aufrechterhaltung einer bewährten Kapazität an Fortbildungsangeboten in einer Weise geschadet hat, die in diesem Bericht nicht unerwähnt bleiben darf.

Auch der Mißbrauch einer guten Sache sagt nichts gegen den richtigen Gebrauch. Durch über 150 Internationale Fortbildungskongresse von zwei Wochen Dauer haben Bundesärztekammer und Landesärztekammern einen Beitrag zur ärztlichen Fortbildung geleistet, der von hohem öffentlichen Interesse gewesen ist. In unserem Lande aber scheint man leider nicht mehr vom Vertrauen, sondern vom Mißtrauen auszugehen.

Abbildung 5 zeigt, daß der höchste Lernerfolg nach Meinung der Kongreßteilnehmer durch Kontakte zwischen Referent und Teilnehmer gegeben ist; also nicht, wie vielleicht erwartet, durch Berücksichtigung der Interessen oder Übertragbarkeit in die Praxis. An zweiter Stelle stehen die eingesetzten Medien und Didaktik in ihrer Bedeutung für den Lernerfolg.

Wenn man bedenkt, daß die Kontakte des einzelnen Teilnehmers mit anderen Teilnehmern und den Referenten im wesentlichen doch

nur außerhalb der eigentlichen offiziellen Kongreßveranstaltungen, also vor, nach und zwischen den einzelnen Referaten und Seminaren stattfinden, dann wird hier eindringlich klar, welche Bedeutung die Begegnung und das Gespräch im Rahmen des Fortbildungskongresses für den Fortbildungseffekt selbst haben.

Damit wird aber auch die Notwendigkeit eines breiten Angebots von Fortbildungsveranstaltungen deutlich, die solche Begegnungen ermöglichen. Der Vortrag im Hörsaal am Abend, ohne die Möglichkeit, sich vorher oder nachher noch austauschen zu können, ist dazu sicher weniger geeignet.

Gross, Kusche und Roemer-Hoffmann berichten, daß in Nordrhein 71 Prozent, in Niedersachsen 70,9 Prozent mindestens einmal jährlich an einer überregionalen Fortbildungsveranstaltung teilnehmen. Sie berichten ferner, daß jüngere niedergelassene Ärzte kürzer an solchen Veranstaltungen teilnehmen, aber ein größeres zukünftiges Interesse für diese Fortbildungsform bekundeten.

Die bemerkenswerten, auf Abbildungen 4 und 5 abgebildeten Ergebnisse berechtigen aber auch, dem Präsenznachweis besondere Bedeutung bei der Anerkennung erbrachter Fortbildung zuzumessen.

Daß die Kammern in der Fortbildung der Fortbilder durch Veranstaltung entsprechender Seminare noch beträchtliche organisatorische Aufgaben haben, wird wohl von keinem bezweifelt.

In den Niederlanden ist im Rahmen der hausärztlichen Fortbildung die sogenannte Warffum-Gruppe von zunehmender Bedeutung: Ein Kreis von Hausärzten, die sich gegenseitig vertreten und damit auch einen Überblick über die verschiedenen Praxen haben, trifft sich in regelmäßigen Abständen zu einem Fortbildungstag, bei dem nicht Vorträge, sondern ge-

meinsame Besprechung und Analyse der Tätigkeit in ihrer Praxis, also der sogenannten „Performance“, im Vordergrund steht. Millers „Chicago-Schleife“ wird auf diese Weise unbürokratisch realisiert.

**(7) Finanzierung**

Die Kürze dieses Abschnitts steht im Gegensatz zu ihrer Bedeutung. Die Fortbildungsexperten können mit ihren Argumenten nur die Notwendigkeit der Finanzierung den Mandatsträgern deutlich machen, die für die Finanzen im Bereich der Kammern verantwortlich sind.

Da Fortbildung eine der wesentlichsten Aufgaben der Kammern ist, wird auch schon derzeit aus den Beiträgen der Kammermitglieder ein erheblicher Anteil für Planung und Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen aus den Etatmitteln aufgebracht. Gebühren werden zumeist nur für länger dauernde Fortbildungsveranstaltungen erhoben, beispielsweise Kongresse von ein bis zwei Wochen Dauer.

Die Höhe dieser Gebühren ist – beim Vergleich mit amerikanischen Kongreßgebühren, aber auch bei manchen inländischen Kongressen – wirklich bescheiden.

Wenn aber die Fortbildung in eigener Hand bleiben soll, wird die Selbstverwaltung sicher für die Fortbildung mehr Mittel benötigen. Das wird zweifellos ungerne gehört werden, darum sei mit allem Nachdruck festgestellt, daß jede Form staatlicher oder staatlich reglementierter Fortbildung mit Sicherheit zwar uneffektiver, weil unfreier und bürokratischer, aber ebenso gewiß für uns wesentlich teurer sein wird.

Zu den wichtigen bevorstehenden Aufgaben der Kammern in der Fortbildung gehört ganz besonders deren Finanzierung.

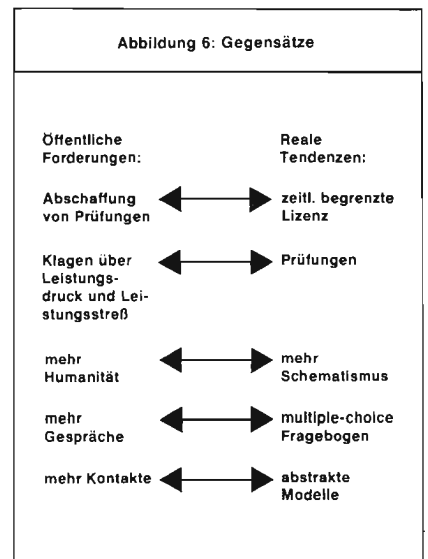
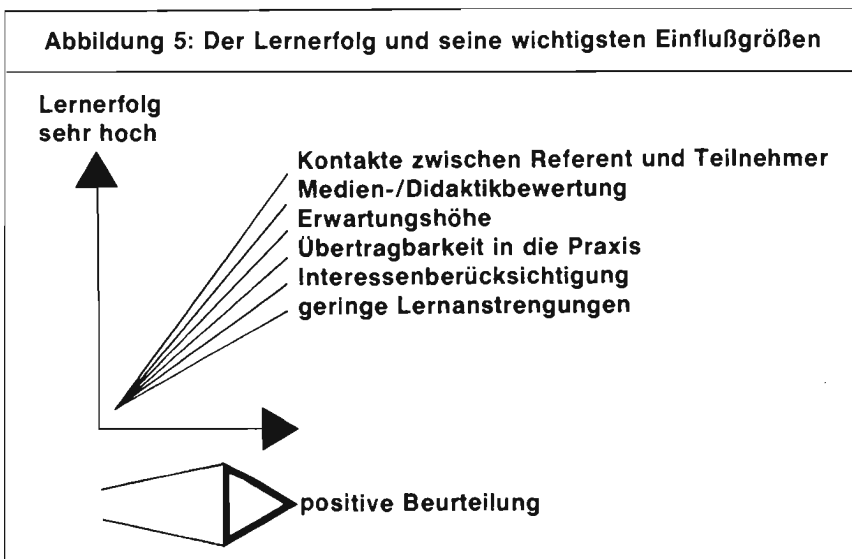
Gerade die sogenannte „periphere“ Fortbildung wird zur Konzeption, Vorbereitung und Durchführung ihrer so wichtigen Veranstaltungen noch mehr Mittel benötigen, um frei zu werden von dem Vorwurf, hier sei ein wesentlicher Einflußbereich der Industrie, ohne die es nicht gehe. Dazu benötigen die ehrenamtlichen Verantwortlichen in den lokalen und regionalen Bereichen auch organisatorische Hilfen, von der Referentengewinnung angefangen bis zur möglichen Verteilung von Abstracts.

Zusammenarbeit mit der Industrie sollte hiermit keineswegs ausgeschlossen werden. Eine sicher produktunabhängige Fortbildung

der kammereigenen Veranstaltungen ist aber Leitziel. – Die Teilnahme am Interdisziplinären Forum sollte finanziell allen Verantwortlichen aus den Ärztekammern ermöglicht werden.

Die nicht selten zu hörende Frage, warum der Arzt, der sich fortbildet, dafür oft zahlen müsse, während der Kollege, der dies nicht tue, nichts zu bezahlen brauche, sollte durchaus diskutiert werden.

Auch die Frage der Honorierung von Referenten wird zu erörtern sein. Bisher galt es als „Nobile Officium“, als Referent in der Fortbildung tätig zu sein. Dafür sei an dieser Stelle den vielen Referenten gedankt, die jahrein, jahraus bereit sind, unentgeltlich in unseren vielen Fortbildungsveranstaltungen mitzuwirken. Wir wissen, daß es Veranstaltungen Dritter gibt, die zwar nicht immer produktunabhängig sind, aber Honorare bieten, die diesen Namen verdienen. Da gerade gute und beliebte Referenten oft bis zur Zumutung um ihre Mitwirkung gebeten werden und die Mitwirkung in der Fortbildung erhebliche Opfer an Zeit und Vorbereitungsarbeit erfordert, wird diese Frage zu beraten sein, auch wenn eine Änderung der derzeitigen ehrenamtlichen Tätigkeit eine Änderung unserer Auffassung ärztlicher Kollegialität darstellen



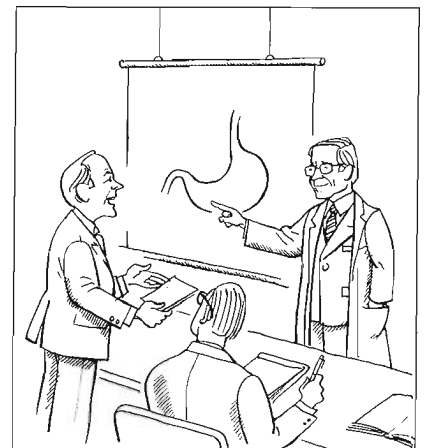
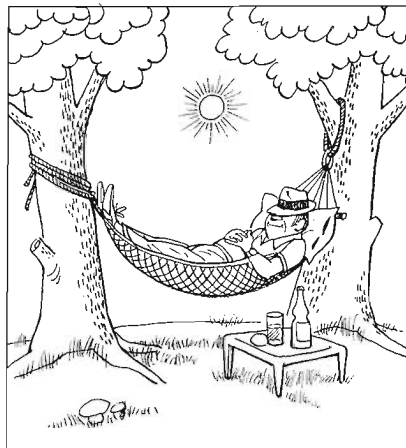
würde, die nicht wenige bedauern würden.

Der nach der Berufsordnung notwendige Nachweis erbrachter Fortbildung wird auch auf seine finanziellen Konsequenzen hin zu untersuchen sein.

### (8) Bilanz

Es wäre ein großes Mißverständnis, würde man annehmen, bestimmte hier berichtete Regelungen und Verfahren würden von mir propagiert. Trotz einer imponierenden Vielfalt des Fortbildungsangebots, das Stockhausen im Jahre 1968 und 1970 im DEUTSCHEN ÄRZTEBLATT („Ärztliche Fortbildung – Verpflichtung in Freiheit“ und „Ärztliche Fortbildung, Stand, Umfang und Wege“) auch für die Bundesrepublik nachwies, werden wir uns dem Ruf nach perfektionistischer Kontrolle der Fortbildung und einer Überadministration zu widersetzen haben, in der nichtärztlicher Einfluß dekretiert, was wir Ärzte zu tun haben. Die berichteten amerikanischen Erfahrungen stellen eine klassische Änderung dar, von der keineswegs bewiesen ist, daß sie eine Verbesserung bedeutet. Die hier zitierten kritischen amerikanischen Stimmen kommen nicht von vereinzelt Nörglern, sondern von bestausgewiesenen, erfahrenen, fachlich kompetenten Seiten, die nicht als Interessenten verdächtig sind.

Wir werden uns also ähnlichen Regelungen mit dem berechtigten Hinweis auf überflüssige, umständliche und teure Gängelung widersetzen müssen. Statt dessen werden wir eigene Möglichkeiten zu einem sinnvollen Nachweis erbrachter Fortbildung weiterentwickeln und in eigener Hand, also in eigener Selbstverwaltung durchführen müssen. Lassen Sie sich nicht durch Reden beruhigen – „an ihren Früchten werdet ihr sie erkennen“ (Abbildung 6). Systematische Information und stärkere Koordination dürfen das breite Angebot verschiedener Veranstalter



Dr. Odenbach am Schluß seines Referates: Die Alternativen sind also nicht: „Nichts tun!“ oder „Etwas tun!“ ...

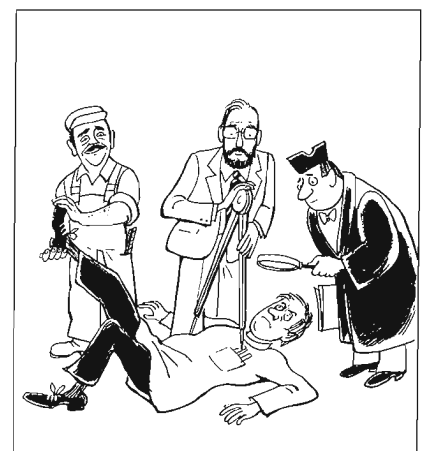
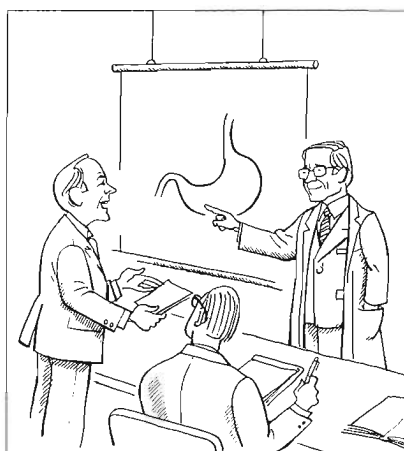
nicht schmälern, sind aber sicher verstärkt nötig. Moderne didaktische Möglichkeiten stehen zur Verfügung, werden aber unzureichend genutzt. Nicht jeder Referent kann auf eigene Fortbildung in medizin-didaktischer Hinsicht verzichten.

### (9) Empfehlungen

Jungmann hat kürzlich gesagt: „Man kann nicht alle Ärzte ‚auf Vordermann‘ bringen, man muß sie gewinnen!“ Besser können die so negativen, ganz frischen amerikanischen Erfahrungen gar nicht bestätigt werden. Wenn die auch für die Fortbildung so notwendige Freiheit erhalten bleiben soll, müs-

sen allerdings die Voraussetzungen für die Organisation der Fortbildung in eigener Hand den Anforderungen entsprechen. In Zusammenarbeit von Bundesärztekammer und Landesärztekammern sind Empfehlungen denkbar

1. zum Nachweis erbrachter Fortbildung durch Präsenz und Selbstkontrolle,
2. zur Anerkennung von Fortbildungsveranstaltungen als fortbildungswürdig,
3. zur Planung, Vorbereitung, Durchführung und Finanzierung regionaler und lokaler Fortbildungsveranstaltungen, ▶



... sondern die Alternativen lauten: „Selbst tun!“ oder „Von anderen antun lassen!“  
Zeichnungen: Gerboth



Blick in das Plenum (vorn: Delegierte aus Westfalen-Lippe) während einer Sitzung des 82. Deutschen Ärztetages vom 15. bis zum 19. Mai 1979 in der Nürnberger Meistersingerhalle  
Fotos (2): Bohnert + Neusch

4. zu organisatorischen Voraussetzungen in den Kammern für entsprechende Gestaltung der Fortbildung bei Nachweis durch Präsenz und Selbstkontrolle,

5. zur Beachtung bei organisatorischer und finanzieller Förderung von Fortbildungsveranstaltungen durch die Industrie,

6. zur Förderung der Fortbildung von Referenten in didaktischer Hinsicht und in bezug auf die Verwendung neuer Medien,

7. um allen Ärzten Gelegenheit zu geben, sich sinnvoll fortbilden zu können.

Ferner wären

8. Nachweismöglichkeiten für individuelle Fortbildung durch Medien zu untersuchen und gegebenenfalls entsprechende Anrechnungsvoraussetzungen vorzuschlagen,

9. die Fortbildungsbeauftragten auf didaktische und medientechnische Möglichkeiten durch Seminare hinzuweisen,

10. Finanzierungsmöglichkeiten ärztlicher Fortbildung zu untersuchen,

11. das Entsprechende zu unternehmen, um bei intensiver Teilnahme an Fortbildungskongressen die steuerliche Berücksichtigung der Kosten zu erreichen,

12. die Motivationsmöglichkeiten zur Teilnahme an der Fortbildung zu untersuchen und zu fördern.

Die Skepsis vor einer flächendeckenden, staatlich dekretierten, alles erfassenden Überadministration, deren Nutzen – wie die amerikanischen Erfahrungen zeigen – nicht einmal erwiesen ist, teilen wir mit einem Mann, der wie kein anderer die Verhältnisse in bezug auf die medizinische Bildung in Deutschland und in den USA kannte und auf Jahrzehnte nachhaltig beeinflusste, nämlich mit Flexner. In seiner Schrift „Universities“ (Oxford University Press 1930) sagt Flexner:

● „Zuviel Planung, zu sorgfältige Planung, zu viele Äußerungen, zu sorgfältige Äußerungen werden

die Freiheit des einzelnen zerstören, von der letztlich der Fortschritt abhängt.“

Die Koordination ärztlicher Fortbildung steht der Ermutigung freier Fortbildungsinitiativen nicht entgegen. Propagierte Änderungen sollten erst nach kritischer Bewertung als Verbesserungen bezeichnet werden, wenn sie klare und positive Ergebnisse hatten. Die Warnung vor unbedachten administrativen Regelungen, deren praktische Durchführung weder gesichert noch erprobt ist, wie dies bei der Durchführung der neuen Approbationsordnung besonders negativ offenbar wurde, kann nicht wegnehmen, daß die Ärzteschaft in der Systematisierung, der Koordination und dem Nachweis der Fortbildungsarbeit Anstrengungen unternehmen muß, um die Freiheit der Selbstgestaltung zu erhalten.

Anschrift:  
Dr. med. Erwin Odenbach  
Bundesärztekammer  
Haedenkampstraße 1  
5000 Köln 41 (Lindenthal)