

Klemperer D., Gruhl M.

Prof. Dr. med. David Klemperer: Fachhochschule Regensburg, Seybothstraße 2, 93053 Regensburg, klemperer@klemperer.com

Dr. med. Matthias Gruhl: Der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales, Contrescarpe 72, 28195 Bremen, Matthias.Gruhl@Gesundheit.Bremen.de

Moderne Evaluation in der Fortbildung und Kompetenzerhaltung

Von der Fortbildung zur Kompetenzdarlegung

Ärzte sind gemäß ihren Berufsordnungen zur Fortbildung verpflichtet. Die Bundesärztekammer fordert die kontinuierliche Aktualisierung und Festigung der fachlichen Kompetenz durch Fortbildung mit dem Ziel der Verbesserung ärztlichen Handelns (Bundesärztekammer 1993). Eine große Zahl von Ärzten nimmt an Fortbildungsmaßnahmen teil. Wenig ist jedoch über den Umfang bekannt und über den Erfolg bezüglich der Kriterien Aktualisierung und Festigung der fachlichen Kompetenz.

Fortbildung als notwendige Voraussetzung für die Kompetenz ärztlichen Handelns wurde innerärztlich zwar als Verpflichtung anerkannt. Die Verbindlichkeit blieb jedoch gering, weil die Erfüllung dieser Pflicht keine Vorteile und die Nichterfüllung keine Nachteile brachte. Erst auf dem 102. Deutschen Ärztetag von 1999 wurde nach jahrelanger strittiger Diskussion ein freiwilliges Fortbildungszertifikat beschlossen, das allerdings bisher in den einzelnen Kammern nur von deutlich weniger als 50 % der Ärzte wahrgenommen wird.

Die Politik und die Öffentlichkeit weisen demgegenüber dem Nachweis der ärztlichen Kompetenz eine höhere Bedeutung zu als die ärztliche Selbstverwaltung. So wurde eine sanktionierende Fortbildungspflicht in das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) in § 95d aufgenommen. Grundlage dazu war auch eine Empfehlung des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, der einer Rezertifizierung von Ärzten nach angelsächsischem Vorbild forderte (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2001, Band II S. 97 f.)

Die 75. Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK) hat 2002 ihrerseits auf diese ausländischen Erfahrungen zurückgegriffen. Sie stellte fest, dass Fortbildung allein als Beleg für die ärztliche Kompetenz zu kurz greift. Fortbildung sei zwar notwendige, aber nicht hinreichende Voraussetzung für ein kompetentes ärztliches Handeln (Gesundheitsministerkonferenz der Länder 2002). Diese Aussage stützt sich auf umfangreiche empirische Belege (Klemperer 2002, S. 9). Einstimmig haben die Gesundheitsminister der Länder im Jahr 2002 daher Systeme zur regelmäßigen und systematischen Darlegung der Kompetenzerhaltung in der Verantwortung der ärztlichen Selbstverwaltung gefordert. Der politisch eingeforderte Vorzeichenwechsel geht also von der alleinigen Bewertung der Fortbildungsbereitschaft hin zur Darlegung der ärztlichen Kompetenz.

Patienten fordern Transparenz

Für den Patienten ist ausschlaggebend, dass sein behandelnder Arzt "das Richtige richtig macht". Das ärztliche Handeln im Alltag, die Performance, hat daher auch im Fokus der Methoden zur Evaluation ärztlicher Kompetenz zu stehen. Die Quantität der Fortbildung ist ein für den Patienten wenig bedeutsamer Surrogatparameter, ebenso wie ein nachgewiesener Zuwachs im Fachwissen. Kognitives Wissen und tatsächliches Handeln bauen zwar aufeinander auf. Es besteht jedoch kein Automatismus in dem Sinne, dass neu erworbenes Wissen auch zur Veränderung ärztlichen Handelns führen würde. Miller (1990) hat dies in seinem Konzept der Kompetenzhierarchie verdeutlicht (Abb. 1).

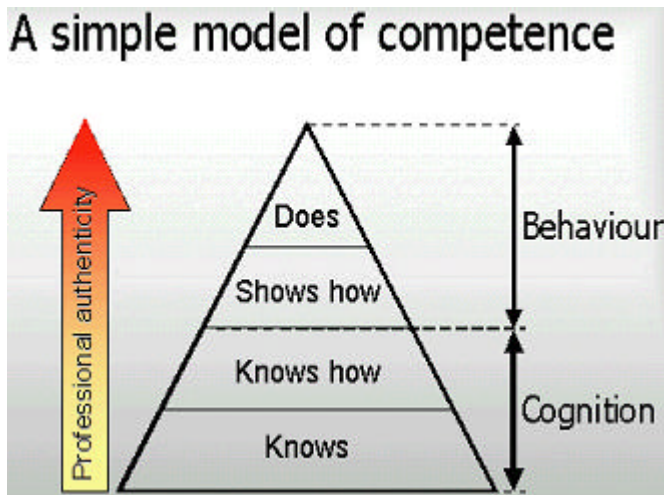


Abb. 1: Das Kompetenzmodell von Miller (1990)

aus: Cees van der Vleuten, 2002 <http://www.educ.unimaas.nl/cees/DMA>

Der ansteigende Weg beginnt auf der untersten Stufe beim "Wissen", führt über das "Wissen wie" und das "Zeigen wie" zum "Tun" und somit vom kognitiven Wissen zum Handeln. Wie sich in zahlreichen empirischen Studien gezeigt hat, führt eine Verbesserung auf der untersten Ebene, dem kognitiven Wissen, keineswegs automatisch zu einer Verbesserung auf der obersten Ebene, der Performance. Dies ist nicht nur durch die noch immer vorherrschende didaktisch wenig effiziente Form des Frontalvortrags bedingt. Vielmehr besteht ein anwachsendes Wissen darüber, dass die Lücke zwischen bestem wissenschaftlichen Beweis und bester Praxis nicht mit einfachen Methoden zu überwinden ist, sondern systematische und anhaltende Interventionen erfordert, die sich nicht nur mit Individuen sondern auch mit weitergehenden Fragen der Qualitätskultur und der Organisation von Einrichtungen des Gesundheitswesens befassen (Grol und Grimshaw 2003, Klemperer 2003, NHS Centre for Reviews and Dissemination 1999).

Patienten erwarten, dass Ärzte die Qualität ihres beruflichen Handelns auf glaubhafte Weise darlegen. Dies ist das unmissverständliche Ergebnis einer Reihe von Untersuchungen, wie zuletzt "The European Patient of the Future", einer Befragung von Patienten in fünf europäischen Ländern (Coulter und Magee 2003, Gesundheitsmonitor 2002). Arnold S. Relman (1988), der damalige Herausgeber des New England Journal of Medicine erkannte und beschrieb die Tendenz zur "Beurteilung und Rechenschaftslegung" (assessment and accountability) bereits Ende der 1980er Jahre: Ärzte könnten auf Dauer nicht mehr davon ausgehen, dass ihr Wirken allein aufgrund von Behauptungen als segensreich anerkannt würde, vielmehr erwarte die Gesellschaft aussagekräftige Informationen.

Definition von Kompetenz

Die Evaluation ärztlicher Kompetenz erfordert Klarheit darüber, was unter ärztlicher Kompetenz zu verstehen ist.

Der englische General Medical Council will mit seinem Konzept der Revalidation (<http://www.gmc-uk.org> Revalidation) sicherstellen, dass die Ärzte über aktuelles Wissen verfügen, zur Ausübung der Medizin geeignet sind, einem Pflichtenkatalog folgen ("The duties of a doctor") und die Prinzipien der Good Medical Practice (<http://www.gmc-uk.org> Ethical Guidance) einer Berufsordnung mit hohem Grad der Konkretion - über das gesamte Berufsleben befolgen.

Das College of Physicians and Surgeons of Ontario, die Selbstverwaltung der Ärzte der kanadischen Provinz Ontario, hat bereits vor 25 Jahren ein Verfahren zur Darlegung und Verbesserung der Kompetenz entwickelt und implementiert (Klemperer 2002). Darin werden folgende Dimensionen der Kompetenz beschrieben (College of Physicians and Surgeons of Ontario 2001):

- Wissen - z.B. medizinisches Grundwissen und klinische Erfahrung)
- klinische Fertigkeiten (z.B. Arzt-Patient-Kommunikation, Gesprächsfertigkeiten, Anamneseerhebung, körperliche Untersuchung, Datensammlung und Führung der Krankenakte, Beurteilung und Entscheidungsfindung, Problemformulierung und

Problemlösung, die Handhabung des Falles (case management) einschließlich der angemessenen Untersuchungen und Überweisungen, die Planung des Follow-up

- Haltungen, Einstellungen (attitudes) - z.B. interpersonale Beziehung zwischen Arzt und Patient und persönliche Eigenschaften
- Weitere Definitionen ärztlicher Kompetenz sind denkbar. An dieser Stelle soll nur darauf hingewiesen werden, dass eine klare Definition von Kompetenz gleichzeitig eine Zielformulierung für Konzepte der Fortbildung wie auch für Konzepte der Evaluation ärztlicher Kompetenz darstellt.

Methoden der Evaluation von Kompetenz

Für die Beurteilung kognitiven Wissens und der Performance stehen mittlerweile vielfältige Methoden mit bekannter Validität und Reliabilität zur Verfügung. Beispielhaft seien hier genannt:

- Multiple-Choice-Tests für medizinisches Grundwissen.
- "Chart stimulated recall" für die Darlegung von Anamneseerhebung, Diagnostik, Therapie, Management und Dokumentation eines konkreten Falles gegenüber einem Assessor anhand der Patientenakte.
- Standardisierte Patienten (geschulte Schauspieler, die Patienten darstellen und Beschwerden zeigen) zur Erfassung klinischer Fähigkeiten aber auch sozialer und kommunikativer Kompetenz.

Eine umfassende Beurteilung ärztlicher Kompetenz erfordert multiple Methoden, dauert mehrere Tage, ist also aufwändig und wird auch vom College of Physicians and Surgeons of Ontario nur in seltenen Ausnahmefällen veranlasst.

Zur Herstellung der von Patienten und Politik erwarteten Transparenz zeichnet sich international ein dreistufiges Vorgehen ab.

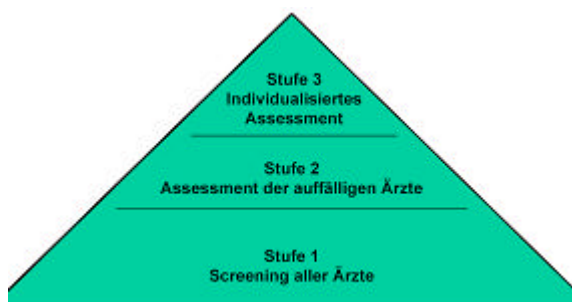


Abb. 2: Das Stufenmodell des College of Physicians and Surgeons of Ontario

Auf der untersten Stufe erfolgt ein Screening aller Ärzte. In der zweiten Stufe werden Ärzte untersucht, die im Screening Hinweise dafür zeigen, dass Probleme bestehen könnten. Können die Bedenken nicht ausgeräumt werden, erfolgt auf Stufe 3 ein umfassendes Assessment aller wesentlichen Dimensionen ärztlicher Kompetenz.

Die auf den jeweiligen Stufen zur Anwendung kommenden Methoden unterscheiden sich von Land zu Land und in Kanada auch innerhalb der Provinzen (Finucane 2003).

Fast 25-jährige Erfahrungen mit dem Peer Assessment in Ontario haben gezeigt, dass mit den Methoden der Stufe 2 die Qualität gerade derjenigen Ärzte deutlich angehoben werden kann, die bei einer ersten Überprüfung ein problematisches Ergebnis gezeigt haben (Klemperer 2002, S. 37 ff.). Der Hauptbestandteil dieses Peer Assessment ist der Vor-Ort-Besuch durch einen geschulten

Kollegen mit vergleichbarem Tätigkeitsprofil.

Vergleichsweise gering sind hingegen die Erfahrung mit Screening-Verfahren. Methoden für ein Screening sollen einerseits Stärken und Verbesserungsbereiche mit ausreichender Verlässlichkeit identifizieren, andererseits sollen sie unaufwändig, preiswert, praktikabel und akzeptabel sein. Erste Erfahrungen liegen mit dem 1999 eingeführten Physician Achievement Review des College of Physicians and Surgeons of Alberta vor.

Dieses Verfahren soll folgende Dimensionen ärztlicher Kompetenz prüfen:

- medizinisches Wissen und Fertigkeiten (medical knowledge and skills)
- Haltungen und Verhalten (attitudes and behaviour)
- Berufspflichten (professional responsibilities)
- Aktivitäten zur Verbesserung der Praxis (practice improvement activities)
- administrative Fertigkeiten (administrative skills)
- persönliche Gesundheit (personal health)

Die zur Beurteilung erforderlichen Informationen werden über ein sog. Multi-Source-Feedback generiert. Der Arzt selbst, 25 Patienten, acht nicht-ärztliche Mitarbeiter und acht Arztkollegen erhalten einen Fragebogen. Die Fragebögen enthalten Aussagen zu den genannten Dimensionen ärztlicher Kompetenz. Die Adressaten teilen den Grad ihrer Zustimmung auf einer fünfstufigen Likert-Skala mit. (Klemperer 2002, S. 43 ff. und <http://www.par-program.org>).

Kompetenzdarlegung in Deutschland

Die deutschen Heilberufskammern sind aufgrund des oben erwähnten Beschlusses der 75. Gesundheitsministerkonferenz gebeten worden, ihre Aktivitäten und Absichten für eine systematische Darlegung der Kompetenz vor dem internationalen Hintergrund zu schildern. Die Bundesärztekammer nimmt dazu in ihrem Bericht vom Juni 2003 keinerlei Stellung.

Dagegen sind wissenschaftliche Fachgesellschaften und Berufsverbände dem Kompetenzgedanken aufgeschlossener. Von der European Task Force on Practice Assessment (TOPAS) und der Bertelsmann-Stiftung wird für den Bereich der hausärztlichen Praxen zusammen mit dem Deutschen Hausärzterverband und der DEGAM ein Europäisches Praxisassessment (EPA) (<http://www.praxistest.de>) durchgeführt. Hierbei handelt es sich um ein indikatorengestütztes Assessment-, Qualitätsmanagement- und Zertifizierungsverfahren für Hausarztpraxen, das sich an Modellen aus Australien und Kanada sowie an dem holländischen Visitation-Modell ausrichtet. Das Modell befindet sich in der Testphase.

INQUAM, eine Gütegemeinschaft deutscher Laborärzte (<http://www.inquam.de>), hat die Einführung des EFQM-Modells in ihrem Arbeitsfeld vorangetrieben und stellt sich mit diesem Verfahren der systematischen Darlegung ihrer Performance und Kompetenz.

Andere wissenschaftliche Vereinigungen und Berufsverbände entwickeln unabhängig von den Kammern Kompetenzdarlegungssysteme, die z.T. mit Zertifizierungen verbunden sind.

Die deutschen Ärztekammern wiederholen mit ihrer Blockadehaltung gegenüber der Kompetenzdarlegung den Fehler, den sie bereits bei der Umsetzung der Fortbildungspflicht begangen haben: sie reagieren defensiv anstatt das Thema zu besetzen und proaktiv zu gestalten. Die Gesundheitsministerkonferenz hatte es den Kammern ausdrücklich angeboten, die Federführung in der Methodenentwicklung zur Darlegung der ärztlichen Kompetenz zu übernehmen mit dem Ziel, die Qualität ärztlichen Handelns unter Beweis zu stellen, die wenigen "bad apples" zu identifizieren und zur Nachbesserung ihrer Qualität anzuhalten.

Bleibt sie bei ihrer Blockadehaltung steht zu befürchten, dass ähnlich wie bei der Fortbildung geschehen der Gesetzgeber in Ersatzvornahme eintritt. Damit würde die deutsche Ärzteschaft selbst die Möglichkeit verspielen, eine wichtige Entwicklung eigenverantwortlich zu gestalten, verbunden mit der Gefahr, der Selbstverwaltung durch die Kammern zu schaden.

Literatur

1. Bundesärztekammer. Leitsätze zur ärztlichen Fortbildung. Stand: 1.1.1993
2. College of Physicians and Surgeons of Ontario. The Physician Review Program. Information guide and frequently asked questions. January 12, 2001
3. Coulter A, Magee H (Eds.) The European Patient of the Future. Maidenhead, Philadelphia: Open University Press, 2003 Bundesärztekammer. Leitsätze zur ärztlichen Fortbildung. Stand: 1.1.1993
4. Finucane PM, Bourgeois-Law GA, Ineson SL, Kaigas TM. A Comparison of Performance Assessment Programs for Medical Practitioners in Canada, Australia, New Zealand, and the United Kingdom. Acad. Med. 2003; 78(8): 837 - 843
5. Gesundheitsministerkonferenz der Länder (2002). Ergebnisprotokoll TOP 11.1: Rezertifizierung oder systematische Darlegung der Kompetenzerhaltung im Gesundheitswesen.
<http://www.mfjfg.nrw.de/aktuelles/presse/material/top11-1.pdf>
6. Gesundheitsmonitor 2002. Gütersloh: Verl. Bertelsmann Stiftung, 2002
7. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. Lancet 2003; 362: 1225-30
8. Klemperer D. "Die Öffentlichkeit schützen und den Berufsstand anleiten" - Kompetenzerhaltung, Fortbildung und Rezertifizierung von Ärzten in Kanada. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, P02-203, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Berlin, März 2002
9. Download: <http://www.klemperer.com> Publikationen
10. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. Academic Medicine (Supplement) 1990; 65: S63-S7
11. NHS Centre for Reviews and Dissemination. Getting Evidence into Practice. 1999.)
<http://www.york.ac.uk/inst/crd/ehc51warn.htm>
12. Relman AS. Assessment and accountability: the third revolution in medical care [Editorial]. N Engl J Med 1988; 319: 1220-2
13. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Gutachten 2000/2001
14. Streich W, Klemperer D, Butzlaff M. Partnerschaftliche Beteiligung an Therapieentscheidungen. in: Böcken J, Braun B, Schnee M (Hrsg.) Gesundheitsmonitor 2002. Gütersloh: Verl. Bertelsmann Stiftung, 2002

 [Dokumenten Info](#)