

## Ärztliche Fortbildung im 21. Jahrhundert<sup>1</sup>

Das lebenslange Lernen muss professioneller werden

*Robert F. Woollard<sup>2</sup>*

Die Beziehungen zwischen finanzstarken Institutionen und den Gesundheitsberufen waren oft zwiespältig. Einerseits gab es immer wieder kommerzielle Interessen, die versucht haben, Ablauf und Inhalt von ärztlicher Aus-, Weiter- und Fortbildung zu beeinflussen. Andererseits wurden einige der wichtigsten Berichte und Abhandlungen zur ärztlichen Berufsbildung von privaten Stiftungen finanziert. So hat beispielsweise die Carnegie Foundation 1910 den Bericht von Abraham Flexner über den Zustand der Arztausbildung in den USA unterstützt. Dieser Bericht führte in den Medical Schools zu tiefgreifenden Veränderungen hinsichtlich der wissenschaftlichen Ausbildung und des kommerziellen Einflusses. Als Folge davon schlossen in den Jahren darauf mehr als hundert kommerziell ausgerichtete Schulen ihre Tore. Seither haben die akademischen Institutionen und Berufsorganisationen Akkreditierungssysteme etabliert, welche Standards definieren, Audits organisieren und Qualitätssicherung betreiben. [...]

Vor kurzem hat die US-amerikanische Josiah Macy Foundation eine Konferenz gesponsert, welche den Zustand der Fortbildung analysiert [1]. Einige der führenden Entwickler von Fortbildungsprogrammen in den USA nahmen an dieser Konferenz teil. Die Ausführungen des Schlussberichtes über die bedenkliche wissenschaftliche Basis von Praxis und Inhalt zahlreicher Fortbildungsangebote, über die Bevorzugung des ärztlichen Wohls gegenüber jenem der Patienten und über kommerzielle Verstrickungen gleichen in erschreckendem Masse jenen, welche Flexner fast 100 Jahre früher zum Medizinstudium festhielt.

Im Gegensatz zu Flexners Arbeit basiert der Macy-Report nicht auf zahlreichen Besuchen bei Universitäten und Bildungsstätten. Stattdessen stellt er den Konsens einer Gruppe von Experten dar, die mit ihrer Erfahrung und ihrem Wissen die Entwicklung der Fortbildung in den USA in ihrer ganzen Breite und Tiefe darstellen. Der Report ist eine Analyse der aktuellen Situation, fasst die Schlussfolgerungen zusammen und gibt Empfehlungen für die Zukunft.

Die meisten Beobachtungen und Empfehlungen des Berichtes stützen sich auf die wachsende Literatur über Erwachsenenbildung, Pflegesysteme [2], Berufsausübung [3], und den Einfluss von Fortbildung sowie von Anreizen der Industrie auf das Verhalten [4-6]. Diese Beobachtungen werfen kein günstiges Licht auf die Gesundheitsberufe, ihre Lehrer und das aktuelle System der nicht-akademischen Akkreditierung. Der Bericht zeichnet das Bild eines rudimentären Bildungssystems; dieses weist zwar einige augenfällige Exzellenzzentren (meist in Universitäten) auf. Doch die Grosszahl der Anlässe ist kommerziell unterstützt und mehr auf die Produktwerbung und das Wohl der Ärzte ausgerichtet als auf die Verbesserung der Patientenbetreuung. Die ausgezeichnete Serie von Präsentationen und Stellungnahmen

---

<sup>1</sup> Bei diesem Artikel handelt es sich um eine leicht gekürzte Übersetzung des Editorials «Continuing medical education in the 21st century» von Prof. Robert F. Woollard im British Medical Journal 2008; 337: a119. Der Nachdruck erfolgt mit freundlicher Genehmigung der BMJ Publishing Group Ltd. Dieser Beitrag in der Serie «Zusammenarbeit Ärzteschaft-Industrie» widerspiegelt die persönliche Meinung des Autors und ist nicht als offizielle Stellungnahme der Beratenden Kommission oder der SAMW selbst zu verstehen.

<sup>2</sup> Royal Canadian Legion professor and head, UBC Department of Family Practice, Vancouver (Canada)

fasst die relevante Literatur gut zusammen. Sie bietet allen, die sich im nordamerikanischen Kontext, aber auch darüber hinaus mit beruflicher Entwicklung befassen, eine gelungen und besorgte, aber gleichzeitig ausgewogene Quelle.

Im Zentrum der beruflichen Fortbildung sollte die Verbesserung der klinischen Praxis und der Gesundheit des Patienten stehen. Der Bericht hält einleitend fest, dass die Fortbildung aktuell dieses Ziel nicht erreicht. Anschliessend analysiert er die Gründe für dieses Versagen. Die Schwächen betreffen die Bildungsmethoden, die Bildungsinhalte, die Akkreditierungssysteme, den kommerziellen Einfluss, den Mangel an interprofessioneller Fortbildung sowie den spärlichen Einsatz von Daten und IT. Das Ausmass dieser Schwächen, welches von der Erfahrung und immer mehr Studien bestätigt wird, ist einschneidend. Der Grossteil der Zeit, den Ärzte für das obligatorische «lebenslange Lernen» aufwenden, betrifft die Fortbildung. Deshalb sollte man diese mit mindestens so hohen Qualitätsansprüchen angehen und ebenso konsequent gegen Beeinflussung durch Dritte schützen, wie dies für die Aus- und Weiterbildung erwartet wird. Es besteht ein breiter Konsens, dass dies im Moment nicht der Fall ist [7]. Didaktische Methoden entpuppen sich häufig als Verkaufstechniken. Das Wohl des Arztes ist wichtiger als die Bedürfnisse der Patienten, und gewinnorientierte Unternehmen sponsern nicht weniger als die Hälfte der Fortbildungsangebote – häufig mit ungenügendem Schutz gegen Bias. Die Gründe für diese Situation werden untersucht, und diese Untersuchungen werden im Macy-Report gut dargestellt.

Das Berufsprivileg der Autonomie und Selbstregulierung wird von Gesellschaft unter der Annahme vergeben, dass die Ärzte ihre Fertigkeiten zum Nutzen der Bürger und der Gesellschaft einsetzen. Weil wir als Menschen zur Selbsttäuschung neigen, müssen die Ärzte und ihre Organisationen sich darum bemühen, der Selbstreflexion und der Peer Review einen hohen Stellenwert einzuräumen. Doch es scheint so, dass Ärzte weniger Erfahrung mit der Selbsteinschätzung haben, als sie gerne glauben. Studien zeigen, dass auch Ärzte nur beschränkt fähig sind zur Selbstreflexion, zumindest was die Einschätzung ihrer Lernbedürfnisse betrifft. Vor kurzem kam eine systematische Übersicht zum Schluss, dass die schlechteste Treffergenauigkeit bezüglich Selbsteinschätzung bei jenen Ärzten zu beobachten war, die entweder am wenigsten ausgebildet waren oder die am meisten Selbstvertrauen hatten. Diese Resultate decken sich mit Beobachtungen bei anderen Berufen [8]. Gleichzeitig erinnern sie mich an meine Erfahrungen als Vorsitzender einer Task Force der Canadian Medical Association, welche beauftragt war, ethische Richtlinien zur Zusammenarbeit Ärzteschaft-Industrie zu entwickeln (diese wurden anschliessend von den meisten ärztlichen Organisationen in Kanada übernommen). Während der zwei Jahre, während derer wir für Hearings im Land unterwegs waren, trafen wir nie die sagemumwobenen Ärzte, welche durch Geschenke und die Unterstützung der Industrie ungebührlich beeinflusst waren – wir trafen ihre Kollegen, ihre Lehrer, ja sogar ihre Geschwister, aber nie sie selbst.

Es genügt nicht, einfach nur den Kopf zu schütteln und diese Beobachtung den menschlichen Schwächen zuzuschreiben. Zwei Botschaften aus dem letztjährigen Bericht der Association of American Medical Colleges gebührt in diesem Zusammenhang besondere Beachtung: «Erstens ist es nicht einfach, Ärzte, die sich durch ihr logisches Denkvermögen auszeichnen, davon zu überzeugen, dass sie nicht durchwegs vernünftig sind. Und obwohl die Menschen keine unbegrenzte Kontrolle über ihr instinktives Verhalten ausüben können, sind sie doch zweitens in der Lage, daran gewisse Veränderungen vorzunehmen. Bewusstes Gestalten von Verbindungen und Wechselbeziehungen mit dem Ziel mögliche Interessenkonflikte zu vermindern, stärkt diese Fähigkeit.» [9]

Diese Beobachtungen sind wichtig, weil die gegenwärtige unsystematische und zufällige Art eines Grossteils der Fortbildungen die Anforderungen an die Sorgfalt, welche die Gesellschaft von den Ärzten erwartet, nicht erfüllen.

Die Empfehlungen des Macy-Reports umzusetzen, erfordert gemeinsame Anstrengungen innerhalb der Gesundheitsberufe und zwischen den verschiedenen Sparten dieser Berufe, sowie im Rahmen der umfangreichen Partnerschaften von Institutionen und Organisationen, die ein gemeinsames Interesse an der öffentlichen Gesundheit haben. Die Empfehlungen betonen die Rolle akademische Institutionen bei der Sicherstellung von Qualität, Angemessenheit und Wirksamkeit, und zwar durch Prozesse wie die Akkreditierung – vorzugsweise von interprofessionellen Schulungen. In einigen der empfohlenen Bereichen, z.B. interprofessionelle Akkreditierung, Ausbildungsmethoden und kommerzielle Interessen, sind bereits verschiedene Initiativen im Gange [10]. Der Bericht stellt einige davon vor, unter anderem die US National Alliance for Physician Competency, die «Trusted Agent»-Initiative und das US Conjoint Committee on Continuing Medical Education. Die letztgenannte dieser Initiativen stellt fest, dass ein umfassendes Fortbildungssystem für Ärzte die Aufgabe hat, die Qualität der Betreuung zu verbessern, die beruflichen Aktivitäten zu unterstützen, die Wissenslücken einzuschätzen, die Professionalität anzustacheln (fördern?), die Lernenden zu motivieren und messbare Resultate hervorzubringen.

Ein Jahrhundert nach Flexners Bericht unterziehen die nationalen Berufsorganisationen in Kanada und den USA die medizinische Grundausbildung einer sorgfältigen Überprüfung. Viele glauben, es sei an der Zeit, auch die Fortbildung auf den neuesten Stand zu bringen [11]. Der Macy-Report ist zwar nicht so bissig und so eloquent wie derjenige von Flexner. Falls jedoch die Ärzte und ihre Partner in den USA ernsthaft auf seine Inhalte eingehen und andere Länder ihrem Beispiel folgen, wird die künftige Fortbildung immense Auswirkungen auf die klinische Praxis und die Gesundheit der Patienten haben.

### **Schlussfolgerungen des Macy-Reports**

- Die Qualität der Patientenbetreuung hängt im starken Masse von der individuellen Leistung der (jeweiligen) zuständigen? Gesundheitsfachpersonen ab.
- Die traditionelle, vorlesungsbasierte Fortbildung ist weitgehend ungeeignet, die Leistung von Gesundheitsfachleuten zu ändern und die Patientenbetreuung zu verbessern.
- Die Fortbildung sollte sich weniger auf Referate und Vorlesungen und mehr auf praxisbasiertes Lernen fokussieren.
- Der Grossteil der finanziellen Unterstützung für akkreditierte Fortbildung stammt aus kommerziell ausgerichteten Institutionen. Organisationen, welche akkreditierte Fortbildung anbieten, sollten von Pharmafirmen oder Medizinproduktfirmen keine finanzielle Unterstützung annehmen, weder direkt noch indirekt (durch zwischengeschaltete Firmen).
- Die aktuellen Akkreditierungsverfahren für Fortbildung sind zwar komplex, aber dennoch zu wenig streng (strikt?). Im Vergleich zu früheren Phasen der medizinischen Ausbildung ist die Fortbildung fragmentiert, schlecht geregelt und unkoordiniert.
- Die Erlaubnis, Fortbildung anbieten dürfen, sollte auf folgende Organisationen beschränkt sein: Universitäten, nicht-gewinnorientierte Berufsorganisationen sowie andere Gesundheitsorganisationen, welche keine kommerziellen Interessen vertreten.

## Literatur

- 1 Macy Foundation. Continuing education in the health professions. Proceedings of a conference sponsored by the Josiah Macy Jr Foundation, 28 Nov to 1 Dec 2007. Bermuda. [www.josiahmacyfoundation.org/documents/pub\\_ContEd\\_inHealthProf.pdf](http://www.josiahmacyfoundation.org/documents/pub_ContEd_inHealthProf.pdf).
- 2 Clancy C. Reinventing continuing medical education. *BMJ* 2004;328:E291
- 3 Campbell E, Regan S, Gruen RL, Feeris TG, Rao SR, Cleary PD, et al. Professionalism in medicine: results of a national survey of physicians. *Ann Intern Med* 2007;147:795-802.
- 4 Davis D. Continuing medical education: global health, global learning. *BMJ* 1998;316:385-9.
- 5 Lexchin J. Of money and trust in biomedical care. *Mens Sana Monographs* 2007;5:7-10
- 6 Mintzes B, Barer ML, Kravitz RL, Basset K, Lexchin J, Kazanjian A, et al. How does direct-to-consumer advertising (DTCA) affect prescribing? A survey in primary care environments with and without legal DTCA. *CMAJ* 2003;169:405-12.
- 7 Brennan T, Rothman D, Blank L, Blumenthal D, Chimonas SC, Cohen JJ, et al. Health industry practices that create conflicts of interest: a policy proposal for academic medical centers. *JAMA* 2006;295:429-33.
- 8 Davis DA, Mazmanian PE, Fordis M, Van Harrison R, Thorpe KE, Perrier L. Accuracy of physician self-assessment compared with observed measures of competence. A systematic review. *JAMA* 2006;296:1094-102. [
- 9 Association of American Medical Colleges. The scientific basis of influence and reciprocity: a symposium. Washington DC: AAMC, 2007. [https://services.aamc.org/Publications/showfile.cfm?file=version106.pdf&prd\\_id=215&prv\\_id=262&pdf\\_id=106](https://services.aamc.org/Publications/showfile.cfm?file=version106.pdf&prd_id=215&prv_id=262&pdf_id=106).
- 10 Maskill S. Accreditation of interprofessional health education. 2007. [www.afmc.ca/projects-aiphe-e.php](http://www.afmc.ca/projects-aiphe-e.php).
- 11 Hébert PC. The need for an Institute of Continuing Health Education. *CMAJ* 2008;178:805-6.

## Korrespondenz:

Robert F Woollard, Royal Canadian Legion professor and head,  
UBC Department of Family Practice, Vancouver, BC, Canada V6T 1Z3  
[woollard@familymed.ubc.ca](mailto:woollard@familymed.ubc.ca)