



trio.be

ANALYSE VON GESUNDHEITSSYSTEMEN UND GESUNDHEITSPOLITIK

GRUNDSATZPAPIER 14

Wie lassen sich Voraussetzungen schaffen, um die Qualifikationen von Ärzten an neue Anforderungen und lebenslanges Lernen anzupassen?

Tanya Horsley, Jeremy Grimshaw und
Craig Campbell



Schlagworte:

EDUCATION, MEDICAL,
CONTINUING

QUALITY ASSURANCE,
HEALTH CARE

CLINICAL COMPETENCE

PHYSICIANS, FAMILY -
standards

© Weltgesundheitsorganisation 2010 und
Weltgesundheitsorganisation im Auftrag des Europäischen
Observatoriums für Gesundheitssysteme und
Gesundheitspolitik 2010

Anfragen zu Veröffentlichungen des WHO-Regionalbüros
für Europa richten Sie bitte an:

Publications
WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Kopenhagen Ø, Dänemark

Oder füllen Sie auf der Webseite des Regionalbüros für
Europa ein Online-Formular für Dokumentation oder
Gesundheitsinformation bzw. die Genehmigung zum
Zitieren/Übersetzen aus: ([http://www.euro.who.int/de/
what-we-publish/publication-request-forms](http://www.euro.who.int/de/what-we-publish/publication-request-forms)).

Alle Rechte vorbehalten. Das Regionalbüro für Europa der
Weltgesundheitsorganisation begrüßt Anträge auf
Genehmigung zur teilweisen oder vollständigen
Reproduktion oder Übersetzung seiner Veröffentlichungen.

Die in dieser Publikation benutzten Bezeichnungen und die
Darstellung des Stoffes beinhalten keine Stellungnahme
seitens der Weltgesundheitsorganisation bezüglich des
rechtlichen Status eines Landes, eines Territoriums, einer
Stadt oder eines Gebiets bzw. ihrer Regierungs- oder
Verwaltungsinstanzen oder bezüglich des Verlaufs ihrer
Staats- oder Gebietsgrenzen. Gestrichelte Linien auf Karten
bezeichnen einen ungefähren Grenzverlauf, über den
möglicherweise noch keine vollständige Einigkeit besteht.

Die Erwähnung bestimmter Firmen oder Erzeugnisse
bedeutet nicht, dass diese von der Weltgesundheits-
organisation unterstützt, empfohlen oder gegenüber
ähnlichen, nicht erwähnten bevorzugt werden. Soweit
nicht ein Fehler oder Versehen vorliegt, sind die Namen von
Markenartikeln durch Großbuchstaben am Wortanfang als
solche kenntlich gemacht.

Die Weltgesundheitsorganisation hat alle angemessenen
Vorgehensmaßnahmen getroffen, um die in dieser Publikation
enthaltenen Informationen zu überprüfen. Dennoch wird
die Veröffentlichung ohne irgendeine explizite oder
implizite Gewähr herausgegeben. Die Verantwortung für
die Deutung und den Gebrauch des Materials liegt bei der
Leserschaft. Die Weltgesundheitsorganisation schließt
jegliche Haftung für Schäden aus, die sich aus dem
Gebrauch des Materials ergeben. Die von den Autoren,
Redakteuren oder Expertengruppen geäußerten Ansichten
sind nicht unbedingt Ausdruck der Beschlüsse oder der
erklärten Politik der Weltgesundheitsorganisation.

Dieses Grundsatzpapier gehört zu einer neuen Serie, die sich an politische Entscheidungsträger und Manager von Gesundheitssystemen wendet.

Ziel ist, Schlüsselinformationen zu entwickeln, die auf Erkenntnissen beruhende politische Entscheidungen unterstützen. Die Herausgeber werden die Serie weiter ausbauen und dazu mit Autoren zusammenarbeiten, um mehr Aufmerksamkeit für politische Optionen und ihre Umsetzung zu erzielen.

Wie lassen sich Voraussetzungen schaffen, um die Qualifikationen von Ärzten an neue Anforderungen und lebenslanges Lernen anzupassen?

Inhalt

	Seite
Kernaussagen	
Zusammenfassung	
Grundsatzpapier	
Politisches Problem: die Qualifikationen von Ärzten auf dem neuesten Stand und für die Praxis relevant erhalten	1
Versorgungsqualität durch Strategien des lebenslangen Lernens sicherstellen	8
Welche politischen Optionen, Voraussetzungen und Anreize sind erforderlich, um das Wissen und die Qualifikationen von Ärzten auf den neuesten Stand zu bringen?	21
Überlegungen zur Umsetzung	30
Zusammenfassung	35
Quellenangaben	36
Anhang	42

Autoren

Tanya Horsley, Zentrum für Lernen in der Praxis, Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, Kanada

Jeremy Grimshaw, Zentrum für beste Praktiken, Institut für Volksgesundheit, Universität von Ottawa und kanadisches Cochrane Centre, Kanada

Craig Campbell, Büro für Fachangelegenheiten/ Zentrum für Lernen in der Praxis, Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, Kanada

Herausgeber

WHO Regionalbüro für Europa und Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik

Chefredakteur

Govin Permanand

Stellv. Chefredakteure

Josep Figueras
Manfred Huber
John Lavis
David McDaid
Elias Mossialos

Leitende Redakteure

Kate Willows Frantzen
Jonathan North
Caroline White

Gastredakteure

Leen Meulenbergs
Willy Palm
Matthias Wismar

Die Autoren und die Redaktion bedanken sich bei den Rezensenten, die diese Veröffentlichung kommentiert und ihr Fachwissen beigetragen haben.

Nr. 14

ISSN 1998-4219

Kernaussagen

Politisches Problem und Kontext

- Wissen und Fähigkeiten, die bis zum Ende der formellen akademischen und postakademischen Berufsausbildung als Mediziner erworben wurden, reichen nicht aus, um Kompetenz und Leistung über eine gesamte Berufslaufbahn hinweg zu erhalten. Deshalb wird von Ärzten erwartet, dass sie sich effektiv in Strategien für lebenslanges Lernen engagieren.
- Es gibt einen wachsenden Druck durch Bedenken in Fachwelt und Öffentlichkeit, der mit der Variabilität der Versorgungsqualität, der Sicherheit des Gesundheitssystems und der Häufigkeit unerwünschter Ereignisse zusammenhängt.
- In Europa gibt es derzeit keinen allgemein akzeptierten Ansatz des lebenslangen Lernens. Es herrscht jedoch Einmütigkeit auf breiter Front, dass Patienten am besten gedient ist, wenn die, die sie versorgen, ihre Kompetenz aufrechterhalten und sich Strategien des kontinuierlichen Lernens und Beurteilens zueigen machen.
- Es gibt derzeit keine Standards zur Regelung der folgenden Strategien des lebenslangen Lernens: Organisation und Management von Aktivitäten, Anreizstrukturen für die Beteiligung, Klassifizierungssysteme für Aktivitäten oder Leistungspunkte, Zulassungsstandards, ärztliche Ermessensfreiheit bei der Wahl der Fortbildungsmaßnahmen, vorherige Zulassung für Anbieter, Sponsoring durch die Industrie.

Politische Optionen

- Dissonanz zwischen den Erwartungen der Patienten und dem Können der Ärzte veranlasst den Berufsstand, seine „Professionalität“ stärker zu betonen. Um die Verantwortung zu erhöhen, kann die obligatorische Beteiligung an CPD-Systemen oder -Programmen (CPD = Continuing Professional Development; dt.: kontinuierliche berufliche Weiterentwicklung) in Erwägung gezogen werden.
- Es wird wichtig sein, die Qualität und die Gründlichkeit von Anbietern oder Programmen zu verbessern und sicherzustellen, auf die sich Ärzte verlassen, wenn es darum geht, einen auf die Praxis zugeschnittenen, bedarfsorientierten Lehrplan zu entwickeln und umzusetzen. Die Entwicklung eines gemeinsamen CPD-Zulassungssystems für Anbieter und Programme wird für entscheidend gehalten.

- Um Hindernisse im Gesundheitssystem zu bekämpfen und die Vorzüge des lebenslangen Lernens für Patientenversorgung und Ergebnisse zu optimieren, müssen Ärzte, CPD-Anbieter und das Gesundheitssystem selbst den Weg einer „gemeinsamen Verantwortung“ für lebenslanges Lernen und CPD einschlagen.

Überlegungen zur Umsetzung

- Wenn das Ziel von CPD-Systemen ist, die Leistung einer hochwertigen Patientenversorgung zu erhöhen und auf diese Weise die Patientenergebnisse zu verbessern, dann sollte das Umfeld, in dem die Ärzte praktizieren, sie unterstützen und auf eine Weise strukturiert sein, die das Lernen fördert und verbessert.
 - In der Europäischen Union wird die Vielfalt der CPD-Systeme immer häufiger zu einem Hindernis für diejenigen, die eine Harmonisierung von CPD in allen Mitgliedsstaaten anstreben. Um gleichwertige und erfolgreiche nationale CPD-Systeme aufzubauen, müssen Überlegungen zur Infrastruktur folgende Punkte berücksichtigen: gegenseitige Abstimmung und Anerkennung von CPD, einheitliche Zulassungsstandards, effiziente und zugängliche Mechanismen für das CPD-Angebot, gleiche Standards für die Genehmigung von Industriesponsoring und Messgrößen für die Leistungsbeurteilung.
-

Zusammenfassung

Politisches Problem

Wissen und Fähigkeiten, die bis zum Ende der formellen akademischen und postakademischen Berufsausbildung als Mediziner erworben wurden, reichen nicht aus, um Kompetenz und Leistung über eine gesamte Berufslaufbahn hinweg zu erhalten. Von Gesundheitsexperten wird erwartet, dass sie in ihrer Praxis auf dem Laufenden bleiben – entweder durch Beteiligung an organisierten durchgängigen Fortbildungsprogrammen oder durch individuelles Lernen, und zwar durch Praktiken eines effizienten Wissensmanagements (evidenzinformierte Praxis) und Strategien eines selbstgesteuerten Lernens (lebenslanges Lernen).

In sich schnell ändernden Gesundheitssystemen, die aufgrund von Finanzierungsproblemen, unzulänglichem Personal (z. B. zu wenigen Arbeitskräften, falschem Qualifikationsmix) und beschränktem Zugang zu Daten über Leistung oder aktuelle Gesundheitsergebnisse immer stärker belastet sind, wird von Gesundheitsexperten erwartet, sich effektiv mit Strategien des lebenslangen Lernens zu befassen. Erschwerend kommt zu diesen Herausforderungen der wachsende Druck durch Bedenken in Fachwelt und Öffentlichkeit hinzu, der mit der Variabilität der Versorgungsqualität, der Sicherheit des Gesundheitssystems und der Häufigkeit unerwünschter Ereignisse zusammenhängt.

In Europa gibt es derzeit keinen allgemein akzeptierten Ansatz des lebenslangen Lernens. Es herrscht jedoch Einmütigkeit auf breiter Front, dass Patienten am besten gedient ist, wenn die, die sie versorgen, ihre Kompetenz aufrechterhalten und sich Strategien des kontinuierlichen Lernens und Beurteilens zueigen machen.

Trotz der wachsenden Bedeutung von CME (= Continuing Medical Education; dt.: kontinuierliche medizinische Fortbildung) und der Einführung von Revalidierungen in einigen Mitgliedsstaaten, gibt es in der EU kaum Informationen über die länderspezifische Teilnahme an CME. Die Vielzahl der CME-Vorschriften in den EU-Staaten ist eine Herausforderung für jeden Versuch, das Lernen und die Praxis von Ärzten in der gesamten EU zu harmonisieren. Obgleich CME wahrscheinlich eine Verantwortung des jeweiligen Landes bleibt, gibt es aktuell keine Standards, die das Lernen von Ärzten nach der Approbation regeln.

Politische Optionen

Die Lücken zwischen den Erwartungen der Patienten und dem Können ihrer Ärzte belasten die Beziehung zwischen der Öffentlichkeit und dem Berufsstand. Diese Lücken haben den Berufsstand veranlasst, seine „Professionalität“ stärker zu betonen und die Entwicklung von Programmen des kontinuierlichen Lernens

zu fördern, um die Verantwortung für die Erhaltung der Kompetenz in der Praxis zu erhöhen.

Wenn auch die freiwillige Teilnahme an kontinuierlichem Lernen für Berufsstand und Öffentlichkeit als wertvoll gilt, so werden die Wege, wie sich solche Systeme über die EU verbreiten, nicht notwendigerweise für alle Ärzte gleich sein.

Idealerweise sollten CME-Systeme (neben anderen Dingen) die Entwicklung der Fähigkeiten und Kompetenzen im Zusammenhang mit lebenslangem Lernen unterstützen, relevant für das Praxisprofil jedes Lernenden sein und laufende Beurteilungen umfassen, wie die Leistungen des einzelnen Lernenden oder des Gesundheitsversorgungsteams sind. In diesem Sinne beruht das Eintreten für ein obligatorisches CME-System auf einer öffentlichen Erwartung, einer beruflichen Notwendigkeit und einer regulatorischen Anforderung.

In den medizinischen Ausbildungssystemen für Studierende und Graduierte wurden Zulassungsmethodiken entwickelt und umgesetzt, die aus eingeführten Prinzipien, Standards und Messgrößen bestehen. Mehrere nationale Systeme haben Zulassungssysteme entwickelt, die sich auf CME-Anbieter, individuelle Programme oder Aktivitäten oder beide konzentrieren. Zulassungssysteme, die mit CME-Aktivitäten zusammenhängen, beruhen typischerweise auf Standards, in denen ausbildungsbezogene oder ethische Anforderungen formuliert sind, die erfüllt werden müssen, damit eine Aktivität in ein CPD-System aufgenommen werden kann oder für Leistungspunkte infrage kommt.

Speziell in der EU besteht die Möglichkeit, die gegenseitige Anerkennung nationaler CME-Zulassungssysteme in allen Mitgliedsstaaten zu fördern. Die gegenseitige Anerkennung könnte so entwickelt werden, dass von allen CME-Zulassungssystemen verlangt würde, gleich zu sein oder „weitgehend übereinzustimmen“. Weitgehende Übereinstimmung beruht auf der Fähigkeit jedes Systems, gemeinsame Prinzipien, Werte und Messgrößen widerzuspiegeln.

Ungeachtet des Umfangs der Lernaktivitäten, die in nationale CME-Lernrahmen aufgenommen werden, oder der Anzahl der Leistungspunkte, deren Erwerb erwartet wird, beruht der Prozess der weitgehenden Übereinstimmung auf der Fähigkeit von CME-Systemen, zu zeigen, wie diese Prinzipien, Werte und Messgrößen in jedem System umgesetzt und ausgedrückt werden.

Ärzte stehen vor einigen potenziellen Hindernissen, die sie abhalten könnten, die Versorgung auf der Grundlage von CME-Aktivitäten zu verbessern. Diese können sich auf verschiedenen Ebenen ergeben (z. B. auf struktureller, organisatorischer, individueller Ebene oder auf Ebene der Fachkollegen) und aus einer Vielzahl von Gründen (z. B. Informationsüberlastung bei hektischen Konsultationen, die zu Unterlassungen führen; Erwartungen der Patienten).

Um etwas gegen diese Hindernisse zu tun und die Vorteile des lebenslangen Lernens für Patientenversorgung und -ergebnisse zu optimieren, müssen CME-Anbieter und das Gesundheitssystem selbst einen Ansatz der „weitgehenden Übereinstimmung“ wählen. Gesundheitssysteme können die lebenslangen Lernaktivitäten von Ärzten und CME-Anbietern unterstützen, indem sie ein Umfeld schaffen (und unterstützen), das das Lernen fördert. Bildungs- und Gesundheitssysteme müssen eine Infrastruktur bieten, die eine Vielzahl von Aktivitäten unterstützen, die von Ärzten und Teams der Gesundheitsversorgung genutzt werden können, um ihre Leistungen in der Praxis zu beurteilen.

Überlegungen zur Umsetzung

Die Vielfalt der CME-Systeme in der EU wird von denjenigen, die diesen Ansatz favorisieren würden, immer mehr als Hindernis der allgemeinen Harmonisierung von CME in allen Mitgliedsstaaten betrachtet. Um entsprechende nationale CME-Systeme aufzubauen, müssen mehrere Infrastrukturprobleme durchdacht werden.

Alle Ärzte, Interessengruppen und Ärzteverbände in jedem Mitgliedsstaat müssen gemeinsam anerkennen, dass die Teilnahme an formeller CME – und im weiteren Sinne am lebenslangen Lernen – eine akzeptierte und notwendige berufliche und ethische Verpflichtung ist. Einvernehmlichkeit (in allen Mitgliedsstaaten) darüber, dass die Teilnahme an CME sinnvoll ist und dem Berufsethos entspricht, ist eine wesentliche Voraussetzung.

Einheitliche Zulassungsstandards müssen aufgestellt werden, damit gewährleistet ist, dass Ärzte getrost an Schulungen im Ausland teilnehmen können. Die Prinzipien und Ergebnisse der Zulassung von CME-Anbietern und -Organisatoren sollten einheitlich sein. Diese Einheitlichkeit würde sicherstellen, dass Ärzte, die sich für Fortbildungsmaßnahmen interessieren, die in ihrem eigenen Land nicht angeboten werden, gewiss sein können, dass diese im Hinblick auf Inhalte der Maßnahmen, Ergebnisse und Qualität ähnlich sind.

Eine nationale Methode zur Verfolgung von Aktivitäten und Lernaktivitäten (z. B. ein zentralisierter elektronischer Erfassungsmechanismus) ist eine Bedingung. Ebenso wie beim Angebot von CME wäre zu erwarten, dass die Verfolgungsmechanismen speziell entwickelt würden, damit sie zur wirtschaftlichen, sozialen, kulturellen und technologischen Infrastruktur jedes Landes passen.

Das kommerzielle Sponsoring von CME-Aktivitäten hat in den letzten zehn Jahren immer mehr Aufmerksamkeit erhalten. Infolge dessen gibt es Stimmen, denen CME zu abhängig von der Unterstützung der Industrie geworden ist. Mitgliedsstaaten müssen über nationale Modelle nachdenken, die Sponsoring entweder völlig verbieten oder es unter der Voraussetzung erlauben, dass der

Sponsor keine Kontrolle über den Lehrplan oder die Zulassung von bestimmten Aktivitätsniveaus hat.

Die Beurteilung von Ärzten muss in den größeren Kontext der Praxis – und das entsprechende Gesundheitssystem – eingebettet sein und von ihm unterstützt werden. Die Beurteilung muss als formativer Prozess angesehen werden, der dazu dient, Praxisbereiche zu erkennen, auf die sich zukünftiges Lernen konzentrieren sollte. Deshalb muss die Beurteilung in einem sicheren Umfeld stattfinden, das sowohl von Drohungen mit Rechtsstreitigkeiten als auch von Versagensängsten frei ist.

Grundsatzpapier

Politisches Problem: die Qualifikationen von Ärzten auf dem neuesten Stand und für die Praxis relevant erhalten

Die starke Vermehrung von Menge und Komplexität biomedizinischer Informationen und Technologien ist eine große Herausforderung für die Fähigkeit von Gesundheitsexperten, eine hochwertige Versorgung nach dem neuesten Stand der Erkenntnisse bieten zu können. Wissen und Fähigkeiten, die bis zum Ende der formellen akademischen und postakademischen Berufsausbildung als Mediziner erworben wurden, reichen nicht aus, um Kompetenz und Leistung über eine gesamte Berufslaufbahn hinweg zu erhalten. In sich schnell ändernden Gesundheitssystemen, die aufgrund von Finanzierungsproblemen, unzulänglichem Personal (z. B. zu wenig Arbeitskräften, falschem Qualifikationsmix) und beschränktem Zugang zu Daten über Leistung oder aktuelle Gesundheitsergebnisse immer stärker belastet sind, wird darüber hinaus von Gesundheitsexperten erwartet, sich effektiv mit Strategien des lebenslangen Lernens zu befassen. Erschwerend kommt zu diesen Herausforderungen der wachsende Druck durch Bedenken in Fachwelt und Öffentlichkeit hinzu, der mit der Variabilität der Versorgungsqualität, der Sicherheit des Gesundheitssystems und der Häufigkeit unerwünschter Ereignisse zusammenhängt. Gemeinsam haben alle diese Bedenken zu einer wachsenden Betonung des Bedarfs an Verantwortlichkeit innerhalb der Gesundheitsberufe geführt, um die Beibehaltung des Privilegs der Selbstregulierung auszugleichen.

Dieses Grundsatzpapier untersucht die wichtigsten Maßnahmen, die erforderlich sind, um die Voraussetzungen zu schaffen, die Ärzten gestatten, ihre Qualifikation im Kontext von beruflichem Bedarf und lebenslangem Lernen anzupassen. Er umreißt die Gründe, warum die Praktiken des lebenslangen Lernens in Europa auf verschiedenen Ebenen (z. B. Lernender, Einrichtung und System) neu überdacht werden müssen, und er erforscht die politischen Optionen, Bedingungen und Anreize, die ins Spiel kommen, wenn Wissen und Fähigkeiten gleich welchen Gesundheitspersonals auf den neuesten Stand gebracht werden sollen. Hier liegt der Schwerpunkt zwar auf den Ärzten, aber viele der Konzepte lassen sich auf andere Gesundheitsberufe übertragen. Dieses Grundsatzpapier untersucht die Möglichkeiten der länderübergreifenden Zusammenarbeit auch bei Strategien zur Förderung der Weitergabe von Lerninhalten, Fortbildungsmaßnahmen und neuen Wissensformen über die europäischen Ländergrenzen hinweg (unter besonderem Bezug auf die EU-Mitgliedsstaaten).

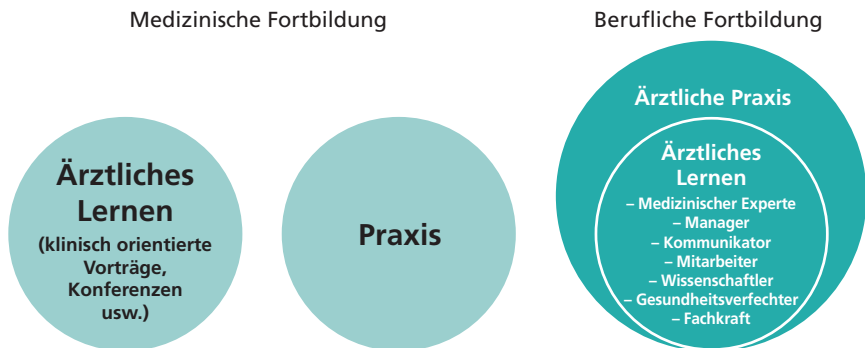
Übergang von CME zu CMD

Die Aktualisierung von Wissen und Fähigkeiten bei Ärzten ist nichts Neues. Allgemein wird sie als Zeichen der Professionalität in der Medizin angesehen.

Allerdings unterliegt die Notwendigkeit, die klinische Kompetenz zu erhalten, immer mehr der kritischen Betrachtung, angetrieben dadurch, dass die Patienten immer höhere Erwartungen haben an eine bessere Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Fachkräften des Gesundheitswesens, eine immer wichtigere Rolle der Ärzte bei Vorsorgeuntersuchungen und Vorbeugung von Krankheiten, die zeitnahe Einbindung evidenzbasierter Forschung in die klinische Praxis, die Verbindung von finanziellen Anreizen mit hochwertiger Versorgung und die Nutzung von CME bei der Approbation (1).

Weil das Lernen während der formellen Ausbildung nicht mehr ausreicht, um die Qualifikation bis zum Ruhestand zu gewährleisten, müssen Ärzte sich an Lernaktivitäten (CME) beteiligen. Historisch gesehen hat das CME-Lernmodell das Lernen als Ergänzung zur täglichen Praxis („Add-on“) gefördert. Ärzte haben Fortbildung allgemein als etwas betrachtet, das außerhalb ihrer Praxis stattfindet, beispielsweise durch die Teilnahme an einer Konferenz oder einem Vortrag (Abb. 1). Dieses CME-Modell umfasst eine Reihe von Bildungsstrategien, die dazu gedacht sind, Ärzte über neue diagnostische Ansätze, das Management von Krankheiten und die Entwicklungen auf dem Laufenden zu halten, die völlig unabhängig vom klinischen Umfeld und vom Gesundheitssystem sind. Innerhalb dieses traditionellen Modells konzentrieren sich Ansätze für Messungen eher auf die Beteiligung an Lernaktivitäten in Gruppen als auf „lern- oder kompetenzbasierte“ Ergebnisse. CME wurde dafür kritisiert, die Evaluation immer einfach nur auf Zufriedenheit mit den Lernaktivitäten zu beschränken, als den Zuwachs an Wissen oder technischen Fertigkeiten, die verbesserten Leistungen und – noch wichtiger – die verbesserten Patientenergebnisse gründlich zu messen. Es wurde auch nicht erkannt, dass unterschiedliche Ärzte unterschiedliche Lernvorlieben haben und daher unterschiedliche Lernstrategien und -ansätze benötigen.

Abb. 1 Herkömmliche CME im Vergleich zu CPD



In den letzten zehn Jahren wurde das CPD-Konzept immer häufiger genutzt, um ein neues Lernmodell zu fördern. Es verlangt von Ärzten, eine größere Vielfalt an Qualifikationen (d. h. über die klinischen Fähigkeiten hinaus) zu erwerben. Im Vergleich zu den Fähigkeiten, die für eine hochwertige Gesundheitsversorgung notwendig sind, werden diese Qualifikationen für relevanter und realistischer gehalten. Diese Entwicklung der Terminologie von CME zu CPD ist aus der gewachsenen Erkenntnis heraus entstanden, dass die Effektivität der herkömmlichen CME als Lernstrategie Beschränkungen hat, und dass eine hochwertige Versorgung von verschiedenen Kompetenzbereichen abhängt, nicht nur von medizinischem Fachwissen. Wenn CPD effektiv sein soll, müssen sich Ärzte laufend in Bezug auf verschiedene Kompetenzen fortbilden und dazu eine Vielzahl von Lernansätzen nutzen. Aber es ist auch notwendig, dass die Fortbildungsstrategien eng mit klinischen Bedürfnissen und den Bedürfnissen des Gesundheitssystems zusammenhängen.

Außerdem wird immer breiter anerkannt, dass das Praxisumfeld reich an Gelegenheiten ist, um Wissenslücken zu entdecken, Fragen über die Praxis zu stellen und zu beantworten sowie Selbstbeurteilungsstrategien zu entwickeln (z. B. Untersuchung von Praxisleistungsdaten, Vergleich mit Kollegen). Darüber hinaus gab es einen Wandel der Philosophie, wie Ärzte lernen sollten, die das Lernen mit einer „Lerngemeinschaft“ (z. B. einer Gruppe von Individuen mit gemeinsamen Werten und Überzeugungen) oder einem Team betont. Tatsächlich wurde berufliche Isolierung als Hindernis und nicht als Stärke des Lernens von Ärzten in der Praxis erkannt (2).

Wissenschaftler und Dozenten in der CPD-Welt betrachten diese Art der beruflichen Entwicklung zunehmend als gemeinsame Verantwortung von einzelnen Lernenden (z. B. Gesundheitsexperten), CPD-Organisationen (z. B. zugelassenen Anbietern, Dozenten) und Gesundheitssystemen (z. B. Praxen der Primärversorgung, Krankenhäuser). Wenn das Ziel von CPD-Systemen ist, die Versorgung und damit die Patientenergebnisse zu verbessern, sollte das Umfeld (z. B. Krankenhaus, Klinik, Notaufnahme) der ärztlichen Praxis den Arzt sowohl unterstützen als auch so strukturiert sein, dass das Lernen gefördert und verbessert wird (z. B. indem es Ärzten evidenzbasierte Informationen über den Point-of-Care liefert). Da Ärzte in einem komplexen Umfeld arbeiten, ist es wichtig zu gewährleisten, dass sie selbst – ebenso wie die Einrichtungen und Gesundheitssysteme – anpassungsfähig und flexibel sind.

Lernen kann ganz unterschiedliche Formen annehmen: Ärzte können sich für individualisiertes Lernen interessieren oder für Lernen, das in einer Lerngemeinschaft stattfindet; ihr Lernen könnte ungeplant (z. B. aufgrund eines kritischen Ereignisses) oder strategisch sein (z. B. einer Frage nachgehen); es könnte sich auf die persönliche Verantwortlichkeit oder die der Einrichtung konzentrieren;

es könnte aus Sicht des Lernenden beurteilt werden (z. B. auf den Lernenden konzentriert) oder in einem Team (z. B. eine 360-Grad-Beurteilung, bei der die Selbstbeurteilung kombiniert wird mit der Beurteilung durch Fachkollegen und Patienten). Planung und Beurteilung von CPD-Modellen sollten Überlegungen zu zahlreichen Faktoren umfassen, darunter beispielsweise Fragen aus den Bereichen Soziales, Kultur, Finanzen, Umweltschutz, Politik, Gleichheit der Geschlechter und aus anderen Zusammenhängen.

Obleich es moderate Schritte hin zu Veränderungen gibt, sowie eine wachsende Betonung einer auf den Lernenden ausgerichteten Sprache, herrscht im Allgemeinen die althergebrachte Idee einer kontinuierlichen Fortbildung vor, bei der das Lernen Teil eines strukturierten Ausbildungssystems und eine Ergänzung der täglichen Praxis ist (3).

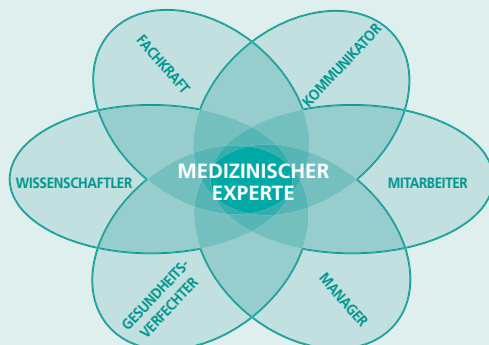
Angesichts dieses veränderten Ansatzes und einer wachsenden Anerkennung der Komplexität der Praxis und des Aufgabenbereichs von Ärzten ist es wichtig, das ärztliche Lernen und Aktualisieren von Fähigkeiten als fortlaufenden Prozess zu betrachten, d. h. als „Bestandteil des Jobs“. In diesem Zusammenhang wird das Konzept des lebenslangen Lernens in der Bildungspolitik umfassend diskutiert. Zum Zweck dieses Grundsatzpapiers ist „lebenslanges Lernen“ (ein Begriff, der oftmals schlecht definiert wird) ein „kontinuierlicher unterstützender Prozess, der Individuen (Ärzte und andere Gesundheitsfachkräfte) stimuliert und ihnen ermöglicht, alles Wissen und Verständnis, alle Werte und Fähigkeiten zu erwerben, die sie für ihr Arbeitsleben brauchen“ und das die Anwendung dieser Fähigkeiten „mit Selbstvertrauen, Kreativität und Freude in allen Rollen, Umständen und Umfeldern“ ermöglicht (4). Diese Definition betont den Prozess, der am ständigen Suchen, Erwerben, Erneuern und Aktualisieren von Wissen, Fähigkeiten und Einstellungen beteiligt ist. Es gibt zwar keine allgemeingültige Methode, ein effektiver lebenslanger Lernender zu werden, aber als generelles Prinzip ist klar, dass Ärzte am besten lernen, wenn ihr bevorzugter Lernstil mit geeigneten Lernmethoden gepaart geht (5).

Der europäische Kontext

Ungeachtet der wachsenden Bedeutung von CME (wie die allgemeine Bezeichnung in der EU lautet; in diesem Text wird der Ansatz nur als CPD bezeichnet) und der Einführung von Revalidierungen in manchen EU-Ländern sind länderspezifische Daten rar. Es ist jedoch bekannt, dass CPD-Regulierungen in den EU-Staaten derzeit vielfältig sind. Obleich CPD wahrscheinlich eine nationale Verantwortung bleiben wird, gibt es aktuell keine Standards, die folgende Punkte regeln: Organisation und Management von Aktivitäten, Anreizstrukturen für die Beteiligung, Klassifizierungssysteme für Aktivitäten oder Leistungspunkte, Zulassungsstandards, ärztliche Ermessensfreiheit bei

Kasten 1: CanMEDS 2005 Physician Competency Framework

Das CanMEDS 2005 Physician Competency Framework (dt. Kompetenzrahmen für Ärzte) wurde erstmals in den 1990er Jahren vom Royal College of Physicians and Surgeons of Canada entwickelt und 2005 aktualisiert (6). Es ist ein Beispiel für einen konkreten CME-Rahmen, der diverse Kompetenzen in der Praxis anspricht. Das nachstehende Diagramm illustriert die Bereiche, Verbindungen und Überlappungen der sechs CanMEDS-Rollen (Kommunikator, Mitarbeiter, Manager, Gesundheitsverfechter, Wissenschaftler und Fachkraft), die zusammen die Kompetenz eines „medizinischen Experten“ bilden (7).



ROYAL COLLEGE
OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF CANADA

CANMEDS

- Als *medizinische Experten* integrieren Ärzte alle CanMEDS-Rollen und nutzen für ihre patientenorientierte Versorgung medizinisches Wissen, klinische Fähigkeiten und professionelle Einstellungen. „Medizinischer Experte“ ist die zentrale ärztliche Rolle.
- Als *Kommunikatoren* sorgen die Ärzte effektiv für eine Arzt-Patienten-Beziehung sowie einen dynamischen Austausch, der vor, während und nach dem Aufeinandertreffen aus medizinischen Gründen stattfindet.
- Als *Mitglieder* eines Teams arbeiten Ärzte wirkungsvoll mit anderen Gesundheitsfachkräften zusammen, um Patienten optimal zu versorgen.
- Als *Manager* sind Ärzte interne Beteiligte in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung. Sie organisieren nachhaltige Praktiken, treffen Entscheidungen über die Zuweisung von Ressourcen und tragen zur Effektivität des Gesundheitssystems bei.
- Als *Gesundheitsverfechter* nutzen Ärzte ihr Fachwissen und ihren Einfluss verantwortungsvoll, um die Gesundheit und das Wohlergehen individueller Patienten, des Gemeinwesens und der Bevölkerung zu fördern.

- Als *Wissenschaftler* beweisen Ärzte ein lebenslanges Engagement für reflektives Lernen und für die Erzeugung, Verbreitung, Anwendung und Übertragung medizinischen Wissens.
- Als *Fachkräfte* engagieren sich Ärzte für die Gesundheit und das Wohlergehen von Individuen und der Gesellschaft durch ethische Praxis, berufsständisch organisierte Regulierung und hohe persönliche Verhaltensstandards.

Das CanMEDS Framework wurde von Ärzten für Ärzte aufgestellt. Es wird behauptet, es erfülle die Bedürfnisse der Gesellschaft, und sein Endziel ist allgemein in allen Gesundheitssystemen: optimale Patientenversorgung (6). Dieser kompetenzbasierte Rahmen kann als Unterstützung für politische Entscheidungsträger und Interessengruppen dienen, wenn es darum geht, effektive Methoden für die Arbeit mit Ärzten und denjenigen auszuarbeiten, die sich für eine hochwertige Gesundheitsversorgung engagieren (6).

Copyright © 2006 The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.
<http://rcpsc.medical.org/canmeds>. Genehmigte Wiedergabe.

der Wahl der Fortbildungsmaßnahmen, vorherige Zulassung für Anbieter und Sponsoring durch die Industrie (8).

In einem Versuch, die ärztliche Kompetenz zu gewährleisten, wurden in die Regulierungssysteme mancher Länder Revalidierungsinitiativen aufgenommen. Der Zweck ärztlicher Revalidierung ist, erneut zu bestätigen, dass Qualifikation und Leistung des Arztes übereinstimmend mit vordefinierten professionellen Standards erhalten bleiben. Der Nachweis der anhaltenden Qualifikation und Leistung des Arztes – erworben durch CME-Programme (oder Systeme, die diese Werte und Prinzipien beherzigen) – ist ein Stützpfiler der Selbstregulierung des Berufsstands.

Die Steuerung von CPD-Systemen ist ebenso heterogen und findet entweder auf regionaler oder nationaler Ebene statt, obwohl Steuerung auf nationaler Ebene üblicher ist. In Europa regulieren berufsständische Verbände der Mediziner oder Versicherungsträger das lebenslange Lernen, indem sie eine Mischung aus Interessengruppen nutzen, um sicherzustellen, dass die Standards erhalten bleiben. Die verschiedenen Aufgaben von Behörden und Medizinerverbänden in einzelnen Mitgliedsstaaten in Verbindung mit den Sprachproblemen erhöhen die Komplexität des CPD-Systems in der EU.

Die meisten Länder haben ein System gewählt, das von Gesundheitsfachkräften verlangt, eine bestimmte Anzahl von Leistungspunkten innerhalb einer bestimmten Frist zu erwerben, die je nach Land von einem Jahr (Belgien) bis zu fünf Jahren (Frankreich) reicht. Obgleich viele Länder einen obligatorischen Ansatz gewählt haben (beispielsweise Frankreich, Italien, Österreich, Großbritannien, Kroatien, Ungarn), entspricht dieser Ansatz in vielen Fällen einer Prozessorientierung und nicht einem Regulierungssystem: Es hat keine

formellen Konsequenzen, wenn Ärzte nicht konform sind. Es gibt allerdings mehrere Ausnahmen, darunter Kroatien (wer nicht konform ist, benötigt eine Prüfung, bevor er weiter praktizieren kann), Deutschland (verminderte Erstattung, nach zwei Jahren Entzug der Zulassung), Ungarn (wer nicht konform ist, benötigt eine besondere Untersuchung vor einer Kommission), die Niederlande (Streichung aus dem Ärzteverzeichnis), Rumänien (Annullierung des Rechts zu praktizieren), Slowenien (erneute Prüfung), die Schweiz (Entzug der Mitgliedschaft in der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte) und Großbritannien (Beaufsichtigung der Praxis). Finanzielle Anreize für die Revalidierung gibt es in Norwegen (nur für spezialisierte Allgemeinärzte) und Belgien (nur für nicht in Krankenhäusern tätige Ärzte). Verschiedene Formen des Sponsorings für CPD-Veranstaltungen sind mit Ausnahme Norwegens gestattet, vorausgesetzt, dass Interessenkonflikte deutlich angegeben werden und Werbung während Veranstaltungen ist streng verboten.

Die Mobilität der Ärzte und Patienten erhält ebenfalls immer mehr Aufmerksamkeit. Es gibt Bedenken, wie man die Kompetenz von Ärzten am besten sicherstellen kann, die in einem Land zum Praktizieren zugelassen sind und gerne in einem anderen Land praktizieren wollen. Zu den Herausforderungen, vor denen andere EU-Mitgliedsstaaten stehen, gehört das Scheitern des europäischen Rechtsrahmens, um in einigen Ländern die Einführung periodischer Validierungen und die Notwendigkeit, an CPD teilzunehmen, anzuerkennen (9). Aus diesem Grund gewinnt die Revalidierung in der EU wachsende Aufmerksamkeit.

Erschwerend kommen zu diesen Herausforderungen der Wunsch nach Zugang zu Onlinematerial und sein wachsendes Angebot hinzu. Mit der Einführung des World Wide Web als Mittel zum lebenslangen Lernen sind CPD-Aktivitäten nicht länger durch geografische Grenzen eingeengt. Es gilt, über Prinzipien, Werten und Messgrößen nachzudenken, mit deren Hilfe Ärzte, die sich in einem Mitgliedsstaat mit CPD befassen, das Gelernte mit den Anforderungen des Staates abgleichen können, in dem sie gerade praktizieren.

Wir bemerken deshalb, dass es innerhalb Europas derzeit keinen gemeinsamen akzeptierten Ansatz des lebenslangen Lernens gibt. Weitgehende Übereinstimmung herrscht jedoch darin, dass Patienten am besten gedient ist, wenn diejenigen, die sie versorgen, ihre Kompetenz erhalten, indem sie sich Strategien des kontinuierlichen Lernens und der Beurteilung zu eigen machen. Optimalerweise wären diese Strategien „in hohem Maße selbstgesteuert, mit Inhalten, Lernmethoden und Lernressourcen, die speziell für den Zweck ausgesucht sind, Wissen, Fähigkeiten und Einstellungen, die Ärzte in ihrem beruflichen Alltag benötigen und die zu besseren Patientenergebnissen führen“ (10). Es müssen auch Politiken des lebenslangen Lernens entwickelt werden, die sich ändernde wirtschaftliche, politische und soziale Landschaften

widerspiegeln. So könnten sie beispielsweise effiziente Ansätze für Erhaltung und Verbesserung der Qualifikationen eines älter werdenden Gesundheitspersonals umfassen, das derzeit vor schnellen technologischen Fortschritten und organisatorischen Umstrukturierungen steht.

Um die Diskussion voranzutreiben, behandelt der nächste Abschnitt folgende Fragen:

- Welche Fähigkeiten benötigen Ärzte in Zukunft, um „gute lebenslang Lernende“ zu sein?
- Was sind die besonderen Bedürfnisse und Probleme, die ein Überdenken der Konzepte und Prozesse des lebenslangen Lernens in Europa auslösen könnten?
- Gibt es Modelle oder Rahmenbedingungen für CPD, die als Plattform für die Entwicklung neuer (oder die Änderung bestehender) Modelle des lebenslangen Lernens in Europa dienen könnten?

Versorgungsqualität durch Strategien des lebenslangen Lernens sicherstellen

Welche Fähigkeiten benötigen Ärzte in Zukunft, um „gute lebenslang Lernende“ zu sein?

Um mit der Entwicklung eines Modells des lebenslangen Lernens beginnen zu können, das in der gesamten EU einsetzbar wäre, muss man die grundlegenden Fähigkeiten verstehen, die Ärzte benötigen, um als Lernende „effektiv“ zu sein. Diese Fähigkeiten können dann übersetzt werden in Bedürfnisse auf individueller Ebene, auf der Ebene des CPD-Anbieters und auf Systemebene (d. h. in Bezug auf politische Optionen und Umsetzung).

Befürworter des Ansatzes eines lebenslangen Lernens argumentieren, dass Ärzte nur dann effektive lebenslang Lernende sein können, wenn sie mit festgelegten Lernkompetenzen zu praktizieren beginnen. Beispiele solcher Kompetenzen wurden von der Working Group for Pursuing Excellence in Practice (dt.: Arbeitsgruppe zum Erreichen von Spitzenleistungen in der Praxis) umrissen, einem CanMEDS-Wissenschaftler-Workshop über lebenslanges Lernen (11). Diese Kompetenzen machen es möglich, dass Ärzte auf Praxiserfahrungen zurückgreifen können, um ihre Praxis durch einen Prozess des Nachdenkens kritisch zu beurteilen und zu ändern, der sie in die Lage versetzt, „komplexe Situationen zu begreifen“ und „aus Erfahrungen zu lernen“ (12). In den letzten zehn Jahren erhielt die Anpassung medizinischer Programme mehr Aufmerksamkeit, um einige dieser Kompetenzen gezielt anzusprechen. Das bot Einrichtungen, Fachfirmen und zugelassenen Verbänden die Möglichkeit, ihre CPD-Aktivitäten auszuweiten. Die von der Arbeitsgruppe umrissenen

Lernkompetenzen – die als Anforderungen an die Praxis vorgeschlagen wurden – lassen sich in fünf nachstehend beschriebene Kategorien unterteilen.

Kenntnis des Praxisprofils des Arztes

Die erste Lernkompetenz ist die Fähigkeit, ein Praxisprofil anzulegen und zu verwenden, das die Probleme und Fragen in der eigenen Praxis beschreibt. Die Entwicklung eines Praxisprofils ermöglicht einem Arzt, eine Lernstrategie zu entwickeln, die speziell auf seine Praxis als Teil des größeren Kontexts im Gesundheitssystem ausgerichtet werden kann (13). Diese Kompetenz verbessert die Fähigkeit eines Arztes, an lebenslangen Lernaktivitäten teilzunehmen, die für seinen Berufsalltag als individuellem Lernenden und als Teil eines Gesundheitsversorgungsteams relevant sind. Für die meisten Ärzte haben Anzahl und Art der klinischen Probleme, die sie beurteilen, diagnostizieren und managen einen tiefgreifenden Einfluss auf ihre Strategien des lebenslangen Lernens. Lernen kann jedoch auch mit anderen Dimensionen des Berufslebens zusammenhängen, zum Beispiel mit Lehre, Forschung und Verwaltung (z. B. Medizinethik, Risikomanagement, Patientensicherheit, Büromanagement und der Aktivität als Gesundheitsverfechter).

Das Anlegen eines korrekten Praxisprofils erfordert die Untersuchung und Zusammenfassung verschiedener Datenquellen, zum Beispiel elektronischer Patientenakten, Patientenverzeichnisse und Daten über Beschwerden. Von diesen Datenquellen ausgehend sollten Ärzte auch Zugang zu verschiedenen Arten zuverlässiger Daten haben, darunter Praxis- und Verschreibungsmodelle, Leistungsniveaus, kritische Ereignisse usw. Praxisprofile ermöglichen es den Ärzten, geeignete Lernaktivitäten auszuwählen (z. B. dort, wo es Lücken gibt), messbare Lernziele festzulegen und relevante Ergebnismessgrößen zu erreichen. Da sich die Praxis eines Arztes im Laufe seiner Karriere entwickelt, muss ein Praxisprofil ständig neu bewertet und aktualisiert werden. Durch die Bereitstellung von Audit- und Feedbackdaten könnte das Gesundheitssystem es dem Arzt erleichtern, mehr über seine Praxis zu wissen.

Beobachtung des Umfelds

Die zweite Lernkompetenz ist die Fähigkeit, sein Umfeld systematisch und effektiv auf neue und relevante Ideen abzuklopfen. Dabei geht es zum Beispiel um die Fähigkeit, Innovationen in der Entwicklungsphase zu erkennen, neue Erkenntnisse zu finden, die vom Berufsstand untersucht und abgesegnet wurden (z. B. Praxisleitlinien), und alte Praktiken zu identifizieren, die nicht weiter angewendet werden sollten, weil sie nicht mehr effektiv oder potenziell schädlich sind.

Auf individueller Ebene sind Ärzte mit einem „Ozean“ an Informationen konfrontiert, der über viele Tausend Zeitschriften, Bücher, Monografien,

Berichte und Leitlinien verteilt ist (14, 15, 16). Ein systematischer Ansatz der Beobachtung seines Umfelds gestattet dem Arzt, Informationen auf der Grundlage von Relevanz und Validität auszufiltern, sodass sichergestellt ist, dass sie die klinisch gesehen nützlichsten Informationen enthalten (17). Beispiele hierfür sind elektronische Wissensverbreitungsstrategien, die dem Arzt Zusammenfassungen relevanter oder kritisch besprochener Fachliteratur, Arzneimittelwarnungen oder Praxisleitlinien liefern. Zur Beobachtung können auch Erinnerungssysteme im Rahmen elektronischer Krankenakten gehören oder die Teilnahme an Diskussionsrunden oder Konferenzen, der Ideenaustausch mit Fachkollegen oder anderen Gesundheitsfachkräften, die ähnliche oder gemeinsame Praktiken ausüben.

Wissensmanagement in der Praxis

Die dritte Lernkompetenz ist die Fähigkeit, ein persönliches Wissensmanagementsystem aufzubauen, das die Grundlage für Medienkompetenz bildet. Beispielsweise könnten Lernende „RSS-Feeds“ anlegen (personalisierte Internetinformationen, die für den jeweiligen Arzt interessant sind). Dieses System würde die aktuellsten Informationen liefern, die zum Praxisprofil des einzelnen Arztes passen, und zwar unter Nutzung bibliografischer Datenbanken im Internet, die Einträge für einen einfachen Abruf klassifizieren und speichern können. Damit das effektiv und effizient funktioniert, müssen Einrichtungen dafür sorgen, dass geeignete Arbeitsmittel vorhanden sind. Die absolute Mindestanforderung ist beispielsweise ein einfacher Zugang von Ärzten zu Computersystemen, Zugang zu wichtigen Quellen von Evidenzinformationen (z. B. die Cochrane Collaboration), zu Instrumenten, die am Point-of-Care zur Verfügung stehen (z. B. Instrumente zum Durchsuchen elektronischer Datenbanken), und anderen Technologien im Zusammenhang mit Quellen im Internet. Die Entwicklung von theoriegesteuertem Fortbildungsmaterial, Onlinekursen, Lernheften und anderen Formen von Fortbildungsinstrumenten, die dazu gedacht sind, Ärzten das Management ihrer Praxis beizubringen, ist entscheidend. Auch hier sollte das Lernen als Notwendigkeit betrachtet werden, die allen Elementen des Systems gemeinsam ist: dem Einzelnen, dem CPD-Anbieter und dem Gesundheitssystem. Jeder Bestandteil sollte zu den anderen komplementär sein und nicht als Hindernis für das Lernen im gesamten System. Dann könnten Kriterien aufgestellt werden, welche Zeitungsartikel ausführlich gelesen (also nicht nur überflogen) werden sollten, und mit der Nutzung eines Lernportfolios verbunden werden, das dazu dient, Lernprojekte auszuwählen und zu verwalten, die eine ständige Verbesserung der Praxis unterstützen. Schließlich stellen Online-Diskussionsforen ein Mittel dar, um neue Informationen und Ideen zur Verbesserung der Praxis auszutauschen.

Das schnelle Anwachsen medizinischen Wissens hat dazu geführt, dass Ärzte in der Lage sein müssen, sich an Veränderungen anzupassen und ihre Leistungen

kontinuierlich zu verbessern (18). Die Fähigkeit, ein persönliches Wissensmanagementsystem aufzubauen und umzusetzen (Auswahl des Lesestoffs, Ressourcenmanagement für effektives Lernen am Arbeitsplatz, Anlegen von Aufzeichnungen, die persönliches Fachwissen umschreiben), ist eine Schlüsselkompetenz. Ärzte benötigen Schulung, um diese Arten personalisierter Lernportale einzurichten, in denen Wissen, das den Bedürfnissen des Einzelnen entspricht, diesem automatisch aus Onlinequellen übermittelt wird oder von ihm schnell dort abgeholt werden kann (19,20).

Fragen stellen und beantworten

Die vierte Lernkompetenz ist die Fähigkeit, „gute“ Fragen zu formulieren und Wege aufzuzeigen, wie diese Fragen in Lerngelegenheiten umgemünzt werden können. Fragen zu stellen ist eine häufige und automatische Tätigkeit von Ärzten (21). Einige Fragen spiegeln einen unmittelbaren Bedarf wider, um Ungewissheit aus der Welt zu schaffen oder ein Problem zu lösen. Beispielsweise ist die Formulierung einer Frage bei der Versorgung eines individuellen Patienten häufig ein Zeichen für das Bedürfnis, Erkenntnisse zu erwerben, um eine Entscheidung treffen zu können. Andere Fragen sind nicht dringend und werden gestellt, um ein besseres konzeptionelles Verständnis zu erwerben. Oder sie beruhen ganz einfach auf einer gewissen Neugier. Fragen können durch ein breites Spektrum an Tätigkeiten angeregt werden (z. B. Teilnahme an der Visite, Lesen von Literatur, Arbeit als Dozent oder Überprüfen von Leistungsdaten) und können Lernbedürfnisse bei diversen Kompetenzen aufdecken.

Da Ärzte am besten lernen, wenn das Lernen kontextbezogen erfolgt, einem bestimmten Bedarf entspricht und einen direkten Bezug zu ihrer Arbeit hat (22,23), ist die Fähigkeit, eine gut formulierte Frage zu stellen und zu beantworten eine zentrale Lernkompetenz. Unglücklicherweise bleiben viele in der Praxis gestellte Fragen unbeantwortet, weil der Zugang zu Wissensressourcen am Point-of-Care fehlt, weil es an Zeit mangelt, nach Erkenntnissen zu suchen, oder weil es problematisch ist, eine beantwortbare Frage zu formulieren (21,22). Deshalb könnte eine gemeinsame Verantwortung der Einzelpersonen und der Einrichtungen ins Auge gefasst werden, bei der die Einrichtungen sicherstellen, dass „Lernressourcen“ (z. B. Internetzugang und relevante Lernmaterialien wie medizinische Zeitschriften und Onlinekurse) leicht zugänglich gemacht werden.

Der Zugang zur Nutzung von Hilfsinstrumenten zum Formulieren von Fragen wie PICO (Population, Intervention, Comparator, Outcome) und ihre Förderung könnten helfen, Suchstrategien zu definieren und Evidenz in klinischen Bereichen zu analysieren (24,25). Die Einführung zentraler Verzeichnisse, Strategien und/oder Instrumente, die dazu dienen, Fragen aufzuzeichnen, nachzuverfolgen und zu lösen (zu verstehen), könnte die Bewertung von Wissen und seine Übertragung auf die Praxis erleichtern.

Praxisbeurteilung und -verbesserung

Die fünfte Lernkompetenz ist die Fähigkeit, Prozesse und Instrumente zu nutzen, um die Auswirkungen des Lernens auf die Verbesserung von Wissen, Fähigkeiten und Leistungen in der Praxis kontinuierlich zu beurteilen und zu messen. Aus Sicht des Einzelnen oder des Teams ist eine Beurteilung ein wichtiger Bestandteil des individuellen Lernens oder des Lernens in der Gruppe, weil es dem Einzelnen oder dem Team gestattet, die Frage „Sind mein/unser Wissen und meine/unsere Fähigkeiten auf dem aktuellen Stand?“ zu beantworten. Zu den Beurteilungsstrategien gehören Wissensbeurteilungen durch Multiple-Choice-Fragen oder Fragen mit Kurzantworten, Simulationen (anhand von standardisierten Patienten, extrem realistischen Puppen oder Computersimulationen), direkte Beobachtung und die Audit- und Feedback-methode.

Einrichtungen und Gesundheitssysteme sollten unbedingt dazu ermutigt werden, Prozesse zu entwickeln und zu fördern, die Lernenden Daten und Feedback liefern, die aussagekräftig sind, um Lücken zu entdecken (mit oder ohne Vergleichsdaten von anderen Ärzten mit vergleichbarer Praxis), die die Erkennung ansonsten unbemerkter Bedürfnisse ermöglichen. CPD-Pläne aufgrund derartiger Beurteilungsstrategien tragen dazu bei, dass messbare Ergebnisse erzielt werden.

Die Nutzung von Daten durch Ärzte, um Kompetenz und Leistung zu verbessern, ist noch immer selten (26) und ihre eigene Beurteilung ihrer Stärken und Schwächen in Bezug auf Wissen, Fähigkeiten, Einstellungen und Leistungen sind oftmals unzutreffend (27). Vergleich zwischen Selbstbeurteilungen von Ärzten und ihrer Beobachtung durch Dritte weisen wenig oder gar keine Korrelation auf oder sogar ein umgekehrtes Verhältnis (28). Es konnte gezeigt werden, dass Ärzte mit der am wenigsten zutreffenden Selbstbeurteilung auch die mit den geringsten Fähigkeiten und dem größten Selbstvertrauen waren (29). Diese Studien untermauern den Entwicklungsbedarf an neuen Initiativen und Formaten, die den Selbstbeurteilungsprozess verbessern und breitere Kompetenzfelder (wie das lebenslange Lernen), genauer bewerten (27).

Wenn sie Lücken bei Wissen, Fähigkeiten oder Leistungen schließen sollen, müssen Ärzte sowohl die Gelegenheit haben als auch in der Lage sein, Beurteilungen ihrer eigenen beruflichen Praxis vorzunehmen oder zu planen, sie müssen ihre Leistungen an bestimmten Versorgungsstandards messen und danach ihre Ergebnisse in durchführbare Pläne umwandeln. Leider ist keine Beurteilungsoption einheitlich effektiv und die durchschnittliche Leistungsverbesserung mit bestehenden Ansätzen ist moderat (üblicherweise 5 bis 10 %) (30).

Es ist absolut erforderlich, dass politische Optionen diese Kompetenzfelder berücksichtigen, um zu gewährleisten, dass es eine gemeinsame Verantwortung des einzelnen Arztes, der Anbieter, die CPD-Ressourcen entwickeln (z. B. externe Fachfirmen), und des Gesundheitssystems (z. B. Krankenhäuser oder regionale Regierungsbehörden) gibt.

Welche besonderen Bedürfnisse und Fragen stehen hinter Untersuchungen von Konzepten und Prozessen des lebenslangen Lernens in Europa?

Ob CPD-Systeme effektiv dabei sind, Ärzte zu einem Lernen zu veranlassen, das direkt mit einer verbesserten Patientenversorgung in Verbindung steht, bleibt ungewiss. Derzeit gibt es keine konsistente Strategie oder Vereinbarung dahingehend, wie kontinuierliches Lernen in der Praxis organisiert, strukturiert, vermittelt, dokumentiert und reguliert sein sollte. Die besonderen Bedürfnisse und Fragen, die hinter der Notwendigkeit stehen, die Konzepte des lebenslangen Lernens in Europa – und insbesondere in der EU – zu überdenken, werden nachstehend auf der Grundlage der wichtigsten Themen zusammengefasst, die in den Quellen auftauchen (1).

Beteiligung an Aktivitäten des lebenslangen Lernens: Verpflichtung oder Freiwilligkeit?

Schnelle Veränderungen der Erkenntnisse, die in die Patientenversorgung einfließen, bedeuten, dass Mitglieder medizinischer Berufe an Lernaktivitäten teilnehmen müssen, die dazu gedacht sind, ihre Wissensbasis, Fähigkeiten, Kompetenzen und Leistungen zu verbessern. Um das Privileg der Selbstregulierung zu bewahren, haben Mitglieder des Berufsstands der Mediziner eine Verpflichtung, sich an CPD zu beteiligen, um (öffentlich) die Qualifikationen nachzuweisen, die zu besitzen sie behaupten.

Definition des Bedarfs einer zeitbegrenzten Zertifizierung und der Anforderungen für eine Neuzertifizierung

Die Anwendung eines Systems zur Kompetenzbeurteilung endet üblicherweise, wenn Ärzte in die Praxis gehen. Die Behauptung „einmal drin, hat man fürs ganze Leben ausgesorgt“ ist nicht länger haltbar. Obgleich Regulierungssysteme entweder formative oder summative Strategien verwenden, besteht Bedarf, einen – rund um Kompetenzen und Leistung verankerten – Prozess zur Förderung von Spitzenleistungen zu definieren.

Management von Systemen oder Aktivitäten des lebenslangen Lernens (z. B. national oder regional)

Wenn das Lernen von Einzelnen, Gruppen und Teams nachhaltig sein soll, ist die Unterstützung durch Lernsysteme notwendig, die die Fähigkeiten des lebenslangen Lernens fördern, durch Systeme zum Management von Wissen,

das für die individuelle Praxis relevant ist, und durch Daten, die das Erkennen von Kompetenz- und Leistungslücken ermöglichen. Dieses System wird die Entwicklung formeller Lernaktivitäten, praxisbasierten Lernens und Beurteilens erfordern.

Definition von Sanktionen oder Auswirkungen der Nichtbeteiligung an CME

Ogbleich die Beteiligung an CME derzeit in manchen Ländern obligatorisch ist, sind die Sanktionen oder Implikationen der Nichtbeteiligung noch zu definieren. Wenn Ärzte sich nicht in Lernsystemen engagieren, die beabsichtigen, ihre CPD zu verbessern, ist es notwendig, eine Reihe von Faktoren zu definieren, über die nachgedacht werden sollte, bevor Privilegien oder Approbationen entzogen werden. Dazu könnten Überlegungen zu kontextuellen Faktoren ebenso gehören, wie die Erforschung von Hindernissen, die das Engagement im Lernsystem eingeschränkt haben könnten, und die ausdrückliche Beachtung angemessener Prozesse.

Entwicklung von Anreizstrukturen für eine effektive Beteiligung in CME/CPD-Aktivitäten (z. B. Lernpunktsysteme, Optionen der leistungsgerechten Bezahlung)

Anreizsysteme für das Engagement in CME/CPD-Aktivitäten sind weltweit unterschiedlich und reichen von Privilegien im Krankenhaus und bei der Approbation bis zur Bezahlung. Anreize können intrinsische (Professionalität) oder extrinsische (leistungsgerechte Bezahlung) Motivatoren oder Androhungen sein (verminderte Erstattungen). Anreizstrategien erfordern sorgfältiges Nachdenken, um unerwünschte Folgen zu vermeiden.

Entwicklung von Klassifikationen oder Taxonomien für CPD-Aktivitäten über nationale Systeme hinweg

Weil Ärzte sich frei von System zu System bewegen können, um Lernaktivitäten nachzugehen, ist es erforderlich, eine einheitliche Klassifizierung von Aktivitäten zu besitzen, die das Verständnis und die Übersetzung von Leistungspunkten fördert. Da in verschiedenen Zusammenhängen ähnliche Begriffe verwendet werden (z. B. Selbstbeurteilung), um unterschiedliche Aktivitäten zu beschreiben, ist die Entwicklung einer gemeinsamen Taxonomie wichtig dafür, die Einbeziehung von CPD-Aktivitäten über nationale Systeme hinweg zu fördern.

Definition von Prinzipien, Werten und Messgrößen für CPD-Zulassungssysteme: Konzentration auf CPD-Anbieter, CPD-Aktivitäten/Programme oder beide

Unabhängig davon, ob CPD von einer Organisation angeboten wird oder Teil eines individuellen Programms ist, werden Zulassungssysteme entwickelt, um besondere kontextuelle oder kulturelle Faktoren oder Fortbildungsprioritäten anzusprechen. Die Fähigkeit verschiedener CPD-Systeme, sich gegenseitig anzuerkennen und an ihrer Weiterentwicklung mitzuarbeiten, kann jedoch

unterstützt werden, wenn Konsens über eine Reihe von Prinzipien, Werte und Messgrößen herrscht, die jedes CPD-System widerspiegeln sollte. Dieser Prozess hilft, die Grundlage für eine beträchtliche Äquivalenz verschiedener CPD-Zulassungssysteme zu definieren.

Festlegen des Grades, bis zu dem Ärzte sich entscheiden können, Lernaktivitäten auszuwählen, die ihre praxisspezifischen Lernbedürfnisse erfüllen

Lernen in der Praxis ist kontextbezogen und sollte von den besonderen Bedürfnissen der Ärzte gesteuert werden. Da verschiedene Ärzte lernen, Bedürfnisse oder Probleme auf unterschiedliche Weise anzusprechen, sollten CPD-Systeme eine breite Vielfalt von Lernstrategien umfassen und die Lernenden ermutigen, verschiedene Lernstrategien zu wählen (d. h. unterschiedliche Arten und Zeitabstände), um sie in die Lage zu versetzen, besonderen Bedürfnissen zu entsprechen.

Vorherige Zulassung von Anbietern

Von Ärzten wird erwartet, dass sie Lerngelegenheiten nutzen, die einigermaßen frei von kommerzieller Beeinflussung sind und die sich auf den Lernenden konzentrieren. Innerhalb eines nationalen CPD-Systems sollten diese Lerngelegenheiten zugelassen werden. Die Benennung wird als Zeichen von Zustimmung oder Qualität gesehen und bestätigt, dass bestimmte Standards oder Kriterien erfüllt werden. Die vorherige Zulassung gestattet Anbietern, als zugelassene Anbieter anerkannt zu werden, die in der Lage sind, lokal und national vollkommen zulassungsfähige CPD-Veranstaltungen auszurichten.

Definition von Industrieinbindung und -sponsoring bei CPD-Aktivitäten oder -Veranstaltungen

Die Fortbildungsaktivitäten, die in ein nationales CPD-System eingebunden sind, sollten entwickelt werden, um sicherzustellen, dass der Inhalt der höchsten akademischen Qualität und Integrität entspricht, dass er ausgewogen und frei von kommerziellem Einfluss ist. Die Akzeptanz finanzieller Unterstützung für zugelassene CPD-Aktivitäten oder -Veranstaltungen durch die Industrie sollte sich an ethischen Standards oder Leitlinien ausrichten, die ausdrücklich beschreiben, wie eine solche Finanzierung angenommen und anerkannt wird.

Gibt es Modelle oder Rahmenbedingungen für CPD, die als Plattform für die Entwicklung neuer Modelle oder die Änderung bestehender Modelle des lebenslangen Lernens in Europa dienen könnten?

Weltweit gibt es Heterogenität in Bezug auf Modelle des lebenslangen Lernens. Diese Unterschiede bestehen teilweise wegen der großen Diversität auf folgenden Gebieten: Struktur der Gesundheitssysteme, medizinische Ausbildungsmodelle, Zulassungssysteme, soziale und wirtschaftliche Konstrukte

und geografische Lage. Trotz dieser Unterschiede gibt es einige nachstehend aufgeführte gemeinsame Merkmale (31).

- Viele verwenden Systeme von Leistungspunkten (z. B. gibt es Leistungspunkte für die Anzahl der Stunden einer Fortbildungsaktivität).
- Aktivitäten werden wie folgt klassifiziert: „Live“- oder externe Aktivitäten (z. B. Kurse, Seminare), interne Aktivitäten (z. B. praxisbasierte Aktivitäten, Fallkonferenzen) und dauerhafte Materialien (z. B. gedruckte Unterlagen, CDs).
- In Systemen, in denen es obligatorische Neuzertifizierung oder Revalidierung gibt, ist es Pflicht, ein kontinuierliches Lernengagement nachweisen zu können.

Es gibt drei Modelle, die als Plattform für die Änderung bestehender Modelle infrage kommen oder dafür, ein neues Modell des lebenslangen Lernens zu entwickeln, das für die Staaten Europas und insbesondere die EU infrage kommt.

Ergebnisbasiertes Modell

Ein ergebnisbasiertes Modell (32) befasst sich im Wesentlichen mit den ärztlichen Leistungen und konzentriert sich letztlich darauf, die Patientenergebnisse zu verbessern. Leistungsbeurteilungen können sich auf Variablen im Versorgungsprozess oder auf Ergebnisse in der Praxis konzentrieren. Beurteilungen können vollkommen individuell oder gemeinschaftlich sein, sind aber häufig beschränkt, weil Daten, Instrumente oder Unterstützungsstrategien kaum verfügbar sind. Datenspeicher auf institutioneller, regionaler, provinzieller oder nationaler Ebene kann Ärzten Zugang zu ihren Leistungsdaten im Vergleich zu Fachkollegen oder eingeführten Versorgungsstandards gewähren.

Die Erkenntnisse über die Effektivität von Beurteilungstechniken (z. B. Audit und Feedback, wissenschaftliche Weiterbildung in der Arztpraxis, Simulation, Selbstbeurteilungsprogramme, Feedback aus mehreren Quellen, Nutzung der elektronischen Patientenakte) haben gezeigt, dass sie die Berufspraxis verbessern und in einigen Fällen auch die allgemeine Versorgungsqualität. Die Effekte dieser Techniken für Patientenergebnisse bleiben jedoch relativ unbekannt. In der Literatur über ärztliche Selbstbeurteilung findet sich, dass die Fähigkeit eines Arztes zur Selbstbeurteilung eines Bestandteils seiner Berufspraxis beschränkt ist, sofern es nicht einen strengen Prozess dafür gibt und er von Leistungsdaten geleitet wird (33,34). Ärzte mit hohen Leistungen unterschätzen ihre Fähigkeiten, aber die schlechteste Genauigkeit der Selbstbeurteilung findet man bei den Ärzten, die am wenigsten befähigt sind und das größte Selbstvertrauen haben (27). Für eine Untersuchung des Audit- und Feedbackansatzes als speziellen Mechanismus, um eine gute ärztliche Praxis sicherzustellen, siehe Themenüberblick 3.

Die Beurteilung von Ärzten muss in den größeren Kontext der Praxis – und das entsprechende Gesundheitssystem – eingebettet sein und von ihm unterstützt werden. Die Beurteilung muss als formativer Prozess angesehen werden, der dazu dient, Praxisbereiche zu erkennen, auf die sich zukünftiges Lernen konzentrieren sollte. Deshalb muss Beurteilung in einem Umfeld stattfinden, das sowohl von Drohungen mit Rechtsstreitigkeiten als auch von Versagensängsten frei ist. Die Beurteilung muss auf jede Dimension der Berufspraxis zutreffen (klinische Tätigkeit, Lehre, Verwaltung, Forschung) sowie auf alle Inhalte (Wissen, Fähigkeiten, Einstellungen) und auf jede Rolle oder Kompetenz wie im CanMEDS-Modell in Abb. 1 beschrieben. Schließlich sollten Beurteilungsstrategien sowohl auf/mit individueller (z. B. Überprüfung der persönlichen Praxis) als auch auf/mit kollektiver (gemeinschaftliche Praxisüberprüfung) Ebene/Perspektive gefördert werden.

Kompetenzbasiertes Modell

Die Zulassungsstandards für CPD-Anbieter oder -Programme beruhen größtenteils auf Fortbildungskriterien, die mit einer Beurteilung irgendeines Bedarfs beginnen. Bei den meisten Programmen wird dieser Bedarf durch Planungsausschüsse definiert, die das gewünschte Zielpublikum widerspiegeln. Die Bedürfnisanalyse bestimmt die Entwicklung von Lernzielen, die Auswahl der Lernmethoden und den Erfolg dabei, den Bedarf des Arztes zu decken. Es wird angenommen, dass Beteiligung zu einem Lernen führt, das in die Praxis übernommen wird. Die Auswirkung förmlicher CPD, die auf diesem Programmplanungsmodus beruht, wurde umfassend untersucht. Mehrere systematische Studien aus jüngerer Zeit, die die Auswirkung auf vorgegebene Ergebnisse bzw. die Effektivität des Lernens in der Gruppe untersuchten, fanden heraus, dass es einen moderat positiven Einfluss auf das Wissensniveau hat und nur einen geringen bis vernachlässigbaren Effekt auf das klinische Verhalten und die Patientenergebnisse (35,36). Angesichts der Beschränkungen aktueller CPD-Systeme (die sich auf Zufriedenheitsresultate konzentrieren und denen es an einem Ansatz auf Bedarfsbasis usw. mangelt) hat es Vorteile, wieder ein CPD-System einzuführen, das sich um leistungssteigernde Kompetenzen dreht und die Versorgungsqualität ebenso erhöht wie die Patientensicherheit.

Kompetenzbasierte CPD fördert die Bedeutung eines Lernens, das dafür entwickelt wurde, in der Praxis zu quantifizierbaren Verbesserungen zu führen. Wenn Assistenzärzte mit den erforderlichen Lernkompetenzen in die Praxis kommen, sind sie in der Lage, einen praxisspezifischen CPD-Plan zu entwickeln, der ihren Bedürfnissen entspricht, ihre Leistungen laufend verbessert und die Auswirkung ihres Lernens auf ihre Praxis und das Gesundheitssystem, in dem sie arbeiten, misst (37). Kompetenz fördert das Engagement für ein Lernen, das teilweise auf authentischen Beurteilungen aktuellen Wissens, aktueller Fähigkeiten und Fertigkeiten beruht. Kompetenzbasierte CPD würde Lernen

nicht auf einen Vortragssaal und kleine Arbeitsgruppen beschränken. Lernen, das die Kompetenz verbessert, könnte ebenso durch Austausch von „Geschichten“ und Erfahrungswissen im Wohnzimmer des Arztes erfolgen, wie in Simulationszentren und beim Praktizieren unter den Augen eines Mentors oder Coachs. Lerngelegenheiten sollten so eng wie möglich mit der Praxis zusammenhängen und beispielsweise Individuen in die Lage versetzen, das in Kursen oder Workshops Gelernte schnell in ihrem Praxiskontext anzuwenden und zu beurteilen.

Zugleich ist das kompetenzbasierte Modell nicht auf Beurteilungen von Wissen, Fähigkeiten oder Leistung in der klinischen Praxis beschränkt: Es sind auch Beurteilungen erforderlich, die sich über mehrere Kompetenzbereiche erstrecken, zum Beispiel die Kommunikationsfähigkeit, die Mitarbeiter und Aspekte der Professionalität. Anstatt einfach nur die Beteiligung an Lernaktivitäten „für Leistungspunkte“ zu dokumentieren, würde ein CPD-Kompetenzansatz von den Ärzten verlangen, Lernaktivitäten zu entwickeln, um definierte und messbare Ergebnisse zu erzielen.

Kompetenzbasierte CPD verändert den Ansatz der Bedürfnisidentifizierung aufgrund von Wahrnehmung und Meinung hin zu Bedürfnissen, die anhand von Leistungsmessgrößen, Gesundheitsergebnissen und negativen Ereignissen entwickelt wurden. Der Planungsprozess einer kompetenzbasierten Lernveranstaltung beginnt am Ende und arbeitet sich dann nach vorn vor, anstatt mit dem zu beginnen, was Ärzte wollen und von dem sie sich erhoffen, dass sich das Gelernte in die Praxis übernehmen lässt (38). Kompetenzbasierte CPD umfasst die Entwicklung von Lernaktivitäten über einen breiten Fächer von Veranstaltungen hinweg, von Konferenzen und Visiten bis zu Beurteilungen in einer realen, simulierten oder virtuellen Praxis. Um den Bedürfnissen verschiedener Ärzte in unterschiedlichen Phasen des Veränderungsprozesses gerecht zu werden, muss jede Lernaktivität mehrere Komplexitätsebenen haben. Schließlich fördert kompetenzbasierte CPD die Messung von Ergebnissen betreffend die Zufriedenheit von Lernenden. Das ist notwendig, um sicherzustellen, dass Wissen, Fähigkeiten oder Kompetenzen, die erworben wurden, in die Praxis übernommen und verinnerlicht werden. CPD-Anbieter leisten einen wichtigen Beitrag zur Entwicklung eines Kompetenzrahmens, der über die postakademische Ausbildung hinaus reicht und die Fähigkeit des einzelnen Arztes beeinflusst, seine Lernziele zu erreichen.

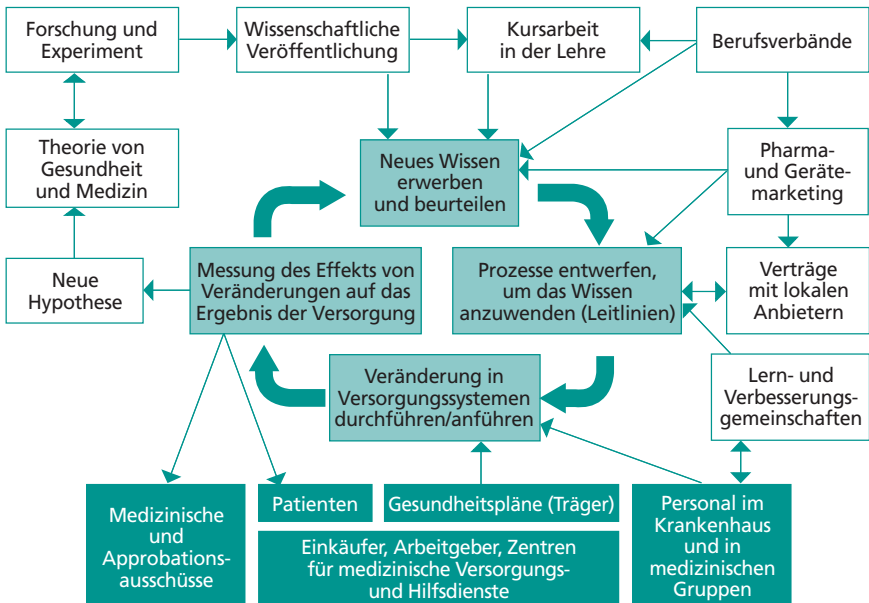
Ein kompetenzbasierter Ansatz der postakademischen medizinischen Ausbildung besitzt das Potenzial, die Zeit zu verkürzen, die zum Erwerb von Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten notwendig ist, sodass Ärzte schneller unabhängig praktizieren können. Ein Beispiel hierfür ist die Umsetzung eines Systems kompetenzbasierter postakademischer Ausbildung im Programm für

orthopädische Chirurgie der Universität Toronto, Kanada, das eine Verkürzung der Ausbildungsdauer von fünf auf drei Jahre prognostiziert (39). Obgleich kompetenzbasierte medizinische Ausbildung nicht notwendigerweise zu einer kürzeren Schulung führt, sondern eher den Kompetenzerwerb von einem vorgegebenen Zeitrahmen entkoppelt, werden in diesem ehrgeizigen Projekt wahrscheinlich einige Teilnehmer bestimmte gemessene Kompetenzniveaus früher als andere erreichen.

Systembasiertes Modell

Ein systembasiertes Modell, das die Beziehungen zwischen Wissenserzeugung, Wissenstransfer, praxisbasiertem Lernen und Professionalität erforscht, haben die Association of American Medical Colleges und die American Association of Colleges of Nursing entwickelt (40). Bestandteile des ursprünglichen Modells sind in Abb. 2 zusammengefasst.

Abb. 2: Modell des systembasierten Praxisverhaltens, Lernens und Verbesserns



Das Modell zeigt auf, wie neues Wissen entsteht (formuliert durch neue Hypothesen, die durch Bedürfnisse und Messungen der Versorgung entstanden sind), das dann von Autoren verbreitet oder übertragen wird (in Abb. 2 als weiße Kästchen dargestellt). Forschungsergebnisse und veröffentlichte Leitlinien werden von Berufsverbänden, Ausbildungseinrichtungen und medizinischem Personal übernommen (unter ihnen Ärzte, Krankenpflegekräfte, Apotheker usw.), und zwar über praxisorientierte „Wie wird es gemacht“-Kurse, die Ärzten und Praxismanagern helfen, Systeme neu zu entwerfen, um neues Wissen, neue Produkte und Methoden in tatsächlich Praxisveränderungen aufzunehmen (40). Die Rolle, die Pharmaunternehmen und Gerätehersteller und ihrem Marketing bei Erwerb und Beurteilung neuen Wissens oder seiner Anwendung in der Praxis zudedacht ist, bleibt sehr umstritten und gibt Anlass zu beträchtlichen Bedenken in Bezug auf Interessenkonflikte, Beeinflussung sowie die Kommerzialisierung der Ausbildung und des Gesundheitswesens.

Laut diesem Modell haben die Elemente in den dunklen Kästchen von Abb. 2 (medizinische und Approbationsausschüsse, Patienten usw.) wenig Einfluss auf CPD. Stattdessen stellen sie Ziele der ärztlichen Verantwortlichkeit dar. Allerdings können die Bemerkungen von Patienten und die Unterstützung durch medizinische und Approbationsausschüsse, Krankenhäuser und medizinisches Personal wichtige Beiträge zum ärztlichen Lernen darstellen.

Die leicht schattierten Kästchen in Abb. 2 unterstreichen die Aufgaben der Ärzte beim praxisbasierten Lernen. Die erste Aufgabe ist, neues Wissen zu erwerben und zu beurteilen (z. B. Lernen am Point-of-Care). Bei der zweiten Aufgabe geht es darum, Praxisprozesse zu entwerfen, um neues Wissen anzuwenden. Obwohl Ärzte oftmals wissen, welche Handlung die Richtige ist, gelingt es ihnen häufig nicht, zuverlässig zu erledigen, was sie tun wollten. Wie wichtig es ist, eine Kultur des „Lernens aus Erfahrungen“ zu schaffen, die das Experimentieren fördert, wird in diesem Modell hervorgehoben.

Das Modell umreißt auch die Beziehungen zwischen medizinischen Berufsverbänden, Lern- und Verbesserungsgemeinschaften, Pharmaunternehmen und Geräteherstellern sowie lokalen Anbietern von Fortbildung und Informationen, sodass Ärzte ihre Praxis überarbeiten können. Allerdings ist aus oben erwähnten Gründen die Trennung der Ausbildung von kommerziellen Einflüssen ein entscheidender Bestandteil jedes Lernsystems.

Wir lernen aus dem, was wir messen, und letztlich sind Messungen entscheidend für Verbesserungen. Die Entwicklung neuen Wissens durch die Erzeugung neuer Hypothesen beruht auf beobachteten Ergebnissen. Wichtig ist, dass Messungen oftmals als entscheidender Bestandteil der Verantwortlichkeit gegenüber der Öffentlichkeit angesehen werden.

Welche politischen Optionen, Voraussetzungen und Anreize sind erforderlich, um das Wissen und die Qualifikationen von Ärzten auf den neuesten Stand zu bringen?

Obligatorische Beteiligung an Systemen oder Programmen für lebenslanges Lernen bzw. CPD

Die schnell wachsende Versorgung mit Daten über die Gesundheitsversorgung und die zunehmende Besorgnis über Patientensicherheit, Versorgungsqualität und Anteile an negativen Ereignissen ist ein Argument dafür, sicherzustellen, dass alle in der EU praktizierenden Ärzte sich an kontinuierlichen Lernaktivitäten beteiligen sollten, die ihre Kompetenz und Leistung für die Dauer des Bestehens ihrer Praxis erhalten. Die Lücken zwischen den Erwartungen der Patienten und dem Können ihrer Ärzte sind eine Herausforderung für die Beziehung zwischen der Öffentlichkeit und dem Berufsstand. Diese Lücken haben den Berufsstand veranlasst, die Bekräftigungen seiner Professionalität zu intensivieren, und haben zur Entwicklung von Programmen des kontinuierlichen Lernens geführt, um die Verantwortlichkeit für die Kompetenzerhaltung in der Praxis zu erhöhen.

Allerdings ist eine einfache Messung der Beteiligung an CPD-Aktivitäten ein unzulänglicher Maßstab für Lernen, Veränderung oder Verbesserung. Argumente dafür, die Beteiligung an CPD zu fördern, aber nicht zur Pflicht zu machen, beruhen oftmals auf dem Mangel an Erkenntnissen darüber, ob die Beteiligung an obligatorischen CPD-Maßnahmen effektiv ist, und auf der Tatsache, dass lebenslanges Lernen bereits zur Professionalität der großen Mehrheit von Ärzten gehört (die sich bereits verpflichtet haben, ihre Kompetenz, ihre Leistung und ihre Gesundheitsergebnisse zu verbessern).

Falls die obligatorische Beteiligung an kontinuierlichem Lernen wertvoll für den Beruf und die Öffentlichkeit sein soll, dann werden die Systeme, die sich in Europa und in der EU entwickeln, nicht notwendigerweise für alle Ärzte gleich aussehen. Idealerweise sollten CPD-Systeme

- die Entwicklung von Fähigkeiten und Kompetenzen des lebenslangen Lernens unterstützen;
- relevant für das Praxisprofil jedes Lernenden sein;
- die wahrgenommenen und die nicht wahrgenommenen Bedürfnisse der Berufspraxis jedes Lernenden ansprechen (z. B. Lücken bei Wissen, Fähigkeiten oder Leistungen);
- laufenden Beurteilungen beinhalten, wie die Leistung des individuellen Lernenden oder des Versorgungsteams aussehen (z. B. Audit und Feedback). In diesem Sinne beruht das Eintreten für obligatorische

CME-Systeme auf einer öffentlichen Erwartung, einer beruflichen Notwendigkeit und einer regulatorischen Anforderung.

Tabelle 1 liefert eine ausführlichere Auflistung aller Argumente für und gegen die Einführung obligatorischer medizinischer Fortbildungssysteme.

Tabelle 1: Argumente für und gegen obligatorische CPD

Argumente für obligatorische CPD	Argumente gegen obligatorische CPD
Laufende professionelle Fortbildung von Ärzten ist notwendig, um die Öffentlichkeit zu schützen.	Gesundheitsexperten sollten selbst für ihre effektiven Leistungen verantwortlich sein, nicht nur für die Beteiligung; obligatorische CPD macht diese individuelle Verantwortlichkeit zunichte.
Die Beteiligung von Ärzten an Fortbildungsprogrammen ist gewährleistet.	Alles, was verlangt werden kann, ist Teilnahme; es gibt keine Garantie, dass sich Einstellungen, Wissen oder Fähigkeiten ändern.
Fortgesetzte Verantwortlichkeit für die Approbation in der Praxis ist gewährleistet.	Prinzipien des Lernens von Erwachsenen werden verletzt; es gibt ein sanktionierendes Element für diejenigen, die sich freiwillig an dem Prozess beteiligen.
Obligatorische CPD stellt einen Übergang zu effektiveren Systemen der beruflichen Verantwortlichkeit dar.	Ärzte könnten sich auf herkömmliche Programme verlassen, anstatt die Verantwortung für ihr eigenes Lernen zu übernehmen.
Ein informiertes professionelles Bewusstsein wird aufrechterhalten.	Die meisten Ärzte setzen ihr eigenes selbstgesteuertes Lernen fort; obligatorische CPD ist nur für diejenigen erforderlich, die sich noch nicht entschieden haben.
Ärzte werden sich für Fortbildung engagieren, um Bedürfnisse zu decken, von denen sie sonst möglicherweise nichts wissen würden.	Leistungen von Inkompetenten werden sich möglicherweise nicht verbessern.
Gut konzipierte Programme können für eine effektive Praxis sorgen.	Es gibt keine Erkenntnisse über eine verbesserte Praxis.
Berufliche und geografische Isolierung könnten minimiert werden.	Die angebotenen Programme könnten nicht konsistent sein und es könnte ihnen an Relevanz für die Bedürfnisse des Arztes mangeln.

Tabelle 1: Argumente für und gegen obligatorische CPD (Forts.)

Argumente für obligatorische CPD	Argumente gegen obligatorische CPD
Die Leistungen eines „zögerlichen“ Arztes werden verbessert.	Es kann zu einem Wildwuchs von Programmen zweifelhafter Qualität kommen.
	Obligatorische CPD ist eine teure Politik.

Quelle: zusammengefasst aus: Donen (41)

Obleich die Beteiligung an obligatorischen CPD-Systemen sicherstellt, dass jeder approbierte Arzt sich für die Erfüllung der Mindestanforderungen engagiert und sie auch erreicht, ist das Hauptargument gegen obligatorische CPD der Mangel an Erkenntnissen, dass Beteiligung an CPD die berufliche Praxis aufwertet oder verbessert. Verbessern obligatorische Systeme Wissen, Fähigkeiten oder Kompetenzen von Ärzten? Haben obligatorische CPD-Systeme einen Einfluss auf die Leistung oder auf Gesundheitsergebnisse?

Das herkömmliche CME-Modell beruhte auf der Annahme, dass das in Expertenvorträgen, in denen Ärzte hören, wie sie praktizieren sollten, vermittelte Wissen automatisch in der Praxis umgesetzt und die Patientenversorgung sich verbessern würde. Nach mehreren Jahrzehnten der Forschung auf der Grundlage dieses traditionellen CME-Modells, gibt es Erkenntnisse über eine anhaltende Lücke in der Versorgungsqualität: 30 bis 40 % der Patienten erhalten keine Behandlung von erwiesener Effektivität und 20 bis 25 % der Patienten erhalten eine Versorgung, die unnötig oder potenziell schädigend ist (42). Außerdem bleibt die Beachtung empfohlener Indikatoren der Gesundheitsversorgung Erwachsener gering, und zwar unabhängig von dem betreffenden Gesundheitsbereich: Bei der vorbeugenden Versorgung wurde ein Beachtungsgrad von 54,9 % festgestellt (43), bei der Akutversorgung lag er bei 53,5 % (43) und für die Versorgung chronischer Krankheiten betrug er 56,1 % (43).

Es gibt heute wachsende und durchgängige Erkenntnisse aus systematischen Untersuchungen, dass die Beteiligung am Lernen in der Gruppe effektiv darin ist, das Wissen zu verbessern, aber es hat eine geringere Auswirkung auf das Verhalten in der Praxis oder auf klinische Ergebnisse (35,36). Im Jahr 2009 zeigte die aktualisierte systematische Cochrane-Untersuchung kontinuierlicher Fortbildungstagungen und Workshops über die Berufspraxis und Ergebnisse der Gesundheitsversorgung, dass der Median der korrigierten absoluten Verbesserung bei der Konformität mit wünschenswerten Praktiken bei 6 % lag, und dass der Wert für die Patientenergebnisse 3 % betrug (44). Der Median der Verbesserungen der wünschenswerten Praxis stieg jedoch auf 13,6 %, wenn

die Gruppenveranstaltung durch didaktische und interaktive Lernmethoden ergänzt wurde, oder wenn die Komplexität der Verhaltensänderung moderat (10,5 %) oder gering (4,7 %) war. Was die Änderung des Verhaltens in der Praxis betrifft, belegen diese Resultate, dass Lernen in der Gruppe ebenso effektiv wie Audit und Feedback oder Besuche in der Praxis zu Ausbildungszwecken ist.

Obligatorische CPD-Programme werden nicht eingeführt, um die Kompetenz oder die bleibende Befähigung zum Praktizieren von Ärzten zu belegen oder zu widerlegen. Es gibt Prozesse und Strategien, um diese Feststellungen zu treffen. Die Beteiligung an obligatorischen CPD-Systemen mit effektiven Fortbildungsstrategien und -instrumenten zur Verbesserung von Wissen, zur Beurteilung und Verbesserung von Kompetenz und Leistung sowie zum Erzielen verbesserter Patientenergebnisse erfordert eine Kulturveränderung hin zu einem System der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung des Lernens, das dynamisch und ergebnisorientiert ist. Fortgesetztes lebenslanges Lernen in der Praxis dient als Grundstein dafür, die Erwartungen von Berufsstand, Öffentlichkeit und Gesundheitssystem zu erfüllen.

Entwicklung eines gemeinsamen CPD-Zulassungssystems für Anbieter und/oder Programme

Im Rahmen von akademischen und postakademischen medizinischen Ausbildungssystemen wurden Zulassungssysteme auf der Grundlage eingeführter Prinzipien, Standards und Messgrößen entwickelt und eingeführt. Was CPD betrifft, haben mehrere nationale CPD-Systeme Zulassungssysteme entwickelt, die sich auf die CPD-Anbieter (d. h. ein anbieterzentrisches Modell) oder individuelle Programme oder Aktivitäten (d. h. ein programmzentrisches Modell) oder beide konzentrieren. Zulassungssysteme für CPD-Aktivitäten beruhen üblicherweise auf Standards, die Ausdruck der ausbildungsbezogenen und ethischen Anforderungen sind, die erfüllt werden müssen, damit eine Aktivität in ein CPD-System aufgenommen wird oder sich für Leistungspunkte qualifiziert.

Innerhalb Europas und speziell der EU gibt es eine Gelegenheit, um die gegenseitige Anerkennung nationaler CPD-Zulassungssysteme durch alle Mitgliedsstaaten zu fördern. Ansätze zur gegenseitigen Anerkennung können so entwickelt werden, dass von allen CPD-Zulassungssystemen gefordert wird, gleich zu sein oder weitgehend übereinzustimmen. Weitgehende Übereinstimmung beruht auf der Fähigkeit jedes Systems, gemeinsame Prinzipien, Werte und Messgrößen widerzuspiegeln. Beispielsweise beschreiben die Prinzipien, Werte und Messgrößen, die von der „Rom-Gruppe“ entwickelt wurden, die bleibenden Werte, die ein CPD-System widerspiegeln sollte, und artikulieren dann die Verantwortlichkeiten der Zulassungsgremien, der Lernenden und der Anbieter oder Organisatoren von CPD-Aktivitäten

(Anhang 1). Unabhängig von der Reichweite der Lernaktivitäten innerhalb nationaler CPD-Rahmen oder der Anzahl von Leistungspunkten, die erwartungsgemäß erzielt werden sollen, fußt der Prozess der weitgehenden Übereinstimmung auf der Fähigkeit von CPD-Systemen, zu zeigen, wie diese Prinzipien, Werte und Messgrößen in jedem System umgesetzt und ausgedrückt werden. Hindernisse für die Übernahme oder Einführung extern ausgearbeiteter Lernaktivitäten ergeben sich aus einer Ungewissheit darüber, ob diese Aktivitäten entwickelt wurden, um ein gründliches Lernen zu fördern (31).

Beteiligung an Gruppenlernaktivitäten ist bei Ärzten beinahe allgemein verbreitet und die Literatur zur Bildungsforschung hat den Wert eines Lernens in der Gruppe hervorgehoben, das festgelegte Kriterien erfüllt. Infolge dessen tragen CPD-Zulassungssysteme zur Qualität der Ausbildung in obligatorischen Systemen ärztlichen Lernens bei. Ärzte verwenden verschiedene Lernstrategien, um die Bedürfnisse in ihrer Berufspraxis zu decken. CPD-Anbieter spielen eine wichtige Rolle bei der Entwicklung von Lernaktivitäten, die unter Fortbildungs- und Ethikgesichtspunkten streng sind. Die Schaffung von CPD-Zulassungsstandards und -systemen legt Anforderungen und Erwartungen an Anbieter oder Programme fest, indem es die Qualität des Bildungsprozesses sicherstellt und zum Vertrauen der Ärzte beiträgt, die sich dafür entscheiden, an diesen Aktivitäten teilzunehmen.

Ein gemeinsames Zulassungssystem konzentriert sich auf die Verbesserung von Qualität und Gründlichkeit der Anbieter oder Programme, auf die sich Ärzte verlassen oder die sie nutzen, um einen praxisspezifischen, auf dem Bedarf beruhenden Lernplan zu entwickeln und umzusetzen. Wie nachstehend beschrieben, lassen sich hilfreiche Beispiele in anderen Rechtsräumen finden.

Nordamerika

In den USA konzentriert sich das CPD-Zulassungssystem auf Anbieterorganisationen. Der Accreditation Council for Continuing Medical Education (dt. Zulassungsrat für kontinuierliche medizinische Fortbildung) ist das Gremium, das dafür verantwortlich ist, Zulassungsstandards aufzustellen und zu beobachten. Die Zulassungsstandards beurteilen die folgenden Bereiche: Zweck und Aufgabe des CPD-Anbieters; verschiedene Elemente im Zusammenhang mit dem Planungsprozess der Fortbildung; Strategien für die Beurteilung der Effektivität individueller CPD-Aktivitäten; allgemeine CPD-Programm- und -Organisationsrahmen, die gewährleisten, dass die erforderlichen Ressourcen, Politiken und Verfahren vorhanden sind, um die Zulassungsanforderungen zu erfüllen. Ständige Zulassung erfordert Konformität auf allen diesen Gebieten. Zulassung mit Empfehlung beruht auf der Fähigkeit, zu zeigen, wie der Anbieter Prozesse zur Verbesserung der klinischen Praxis entwickelt hat, wie er Hindernisse für Lernen und Veränderung aus der Welt geschafft hat und wie er innerhalb eines

Rahmens aus Institutionen und Systemen daran mitgewirkt hat, Qualitätsverbesserungen herbeizuführen. Die Zulassungsstandards spiegeln die Bedeutung grundlegender Lernaktivitäten wider, und zwar im Zusammenhang mit Bedarfsanalyse, Förderung des Lernens, Verbesserung bei Veränderungen und Leistung sowie Unabhängigkeit von kommerziellen Einflüssen.

In Kanada konzentriert sich das CPD-Zulassungssystem des Royal College of Physicians and Surgeons of Canada ebenfalls auf CPD-Anbieter. Es beruht auf der Einhaltung ähnlicher nationaler Zulassungsstandards. 2008 haben der Accreditation Council for Continuing Medical Education und das Royal College of Physicians and Surgeons of Canada einen Prozess durchlaufen, um die weitgehende Übereinstimmung dieser beiden Systeme festzulegen. Der Untersuchungsprozess beruhte auf dem Ausfüllen eines Fragebogens, dem Zurverfügungstellen der erforderlichen Unterlagen und einem Besuch vor Ort, um zu sehen, inwiefern Entscheidungen über die Einhaltung auf Daten beruhten. Die Schlussfolgerung lautete, dass beide Systeme weitgehend gleichwertig waren. Zusätzlich zur Entwicklung zugelassener Aktivitäten des Lernens in der Gruppe sind CPD-Anbieter in Kanada in der Lage, unabhängig Simulations- und Selbstbeurteilungsprogramme zu entwickeln, und man erwartet von ihnen, dass sie die Selbstlernaktivitäten einzelner Ärzte unterstützen können. Wer als CPD-Anbieter zugelassen ist (aufgrund der bewiesenen Einhaltung der Zulassungsstandards) erhält vom Royal College of Physicians and Surgeons of Canada die Genehmigung, die Aktivitäten anderer Organisationen zu bewerten und zu genehmigen, um sicherzustellen, dass sie die Bildungs- und Ethikstandards des Programms „Maintenance of Certification“ erfüllen. Außerdem werden Gesprächsrunden, Zeitschriftenklubs und Kleingruppen-Lernaktivitäten zugelassen, wenn gezeigt werden kann, dass sie die Zulassungsstandards einhalten, die für diese regelmäßig geplanten Sitzungen aufgestellt wurden.

Neuseeland und Australien

In Neuseeland wurde die Beteiligung an obligatorischen CPD-Systemen von der Regierung vorgeschrieben. In Australien haben die verschiedenen Royal Colleges CPD-Systeme entwickelt, aber die Beteiligung kann obligatorisch oder freiwillig sein. Ungeachtet der Beteiligungsanforderungen für die Teilnahme an lebenslangem Lernen gibt es kein etabliertes Zulassungssystem für Anbieter oder Programme. Ohne CPD-Zulassungssystem gibt es keinen Prozess, der sicherstellt, dass die entwickelten Bildungsprozesse die Bedürfnisse des Berufsstands decken. Es ist auch weder möglich, zu gewährleisten, dass die akademische Integrität und Ausgewogenheit des Inhalts frei von kommerziellen Einflüssen ist, noch lässt sich feststellen, ob es eine angemessene Beurteilung von Lernen, Veränderung oder Verbesserung gab.

Definition von Rolle und Erwartungen des Gesundheitssystems bei der Unterstützung der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung des Lernens

Ärzte können vor einer Vielzahl potenzieller Hindernisse stehen, die sie daran hindern, die Ergebnisse ihrer CPD auf die Optimierung der Versorgung zu übertragen. Diese Hindernisse können auf verschiedenen Ebenen auftauchen. So gibt es unter anderem strukturelle Probleme (z. B. finanzielle Fehlanreize), organisatorische Hindernisse (z. B. ein ungeeigneter Qualifikationsmix oder ein Mangel an Einrichtungen oder Geräten), Probleme mit Fachkollegen (z. B. die örtlichen Versorgungsstandards stimmen nicht mit den wünschenswerten Praktiken überein), persönliche Hindernisse (z. B. in Bezug auf Wissen, Einstellungen oder Fähigkeiten), Informationsüberlast bei komplexen Konsultationen, die zu Unterlassungen führen oder Probleme mit den Erwartungen von Patienten (z. B. an Verbraucher gerichtete Pharmawerbung). Um diese Hindernisse zu bekämpfen und die Vorteile des lebenslangen Lernens für Patientenversorgung und -ergebnisse zu optimieren, müssen Ärzte, CPC-Anbieter und das Gesundheitssystem einen Ansatz der „gemeinschaftlichen Verantwortung“ für lebenslanges Lernen und CPD verfolgen. Ebenso können Gesundheitssysteme die Aktivitäten des lebenslangen Lernens von Ärzten und CPD-Anbietern unterstützen, indem sie ein Umfeld erzeugen und unterstützen, das dem Lernen förderlich ist. Beispielsweise sollten Gesundheitssysteme den Zugang zur Erkenntnisbasis gewährleisten, die Wissensmanagementstrategien und Leistungsdaten untermauert. Gesundheitssysteme sollten auch zur Bereitstellung und Förderung zielgerichteter Strategien zur besseren Übertragung von Wissen beitragen.

Ausbildungs- und Gesundheitssysteme müssen eine Infrastruktur bereitstellen, die eine Reihe von Aktivitäten unterstützt, mit denen Ärzte und Gesundheitsteams ihre Leistungen in der Praxis beurteilen können. Beispielsweise benötigen Ärzte und andere Interessengruppen des Gesundheitswesens einen einfachen Zugang zu Wissensquellen und verbesserten „Push“-Aktivitäten, um Wissen zu verbreiten und den Wissenstransfer zu erleichtern. Zu Letzterem gehören elektronische Bibliotheken und Datenbanken (z. B. MEDLINE/PubMED), ärztliche Leistungsdaten (z. B. elektronische Gesundheitsdaten) und Lernmaterial am Point-of-Care (z. B. evidenzbasierte Zusammenfassungen). Im Allgemeinen sollten sich Ärzte auf zusammengefasstes Wissen basieren und nicht auf Einzelstudien, um sich für ihre Praxis zu informieren.

Leider haben viele Ärzte in ihrem Arbeitsumfeld keinen einfachen Zugang zu solchem Wissen. In Fällen, in denen Ärzte Zugang haben, zeigen Erkenntnisse, dass Suchfehler und die Unfähigkeit, genau formulierte Fragen zu stellen, wesentliche Hindernisse für den effizienten Zugang zu relevanten, hochwertigen Informationen sind. Gesundheitssysteme könnten den gleichberechtigten Wissenszugang bei Ärzten fördern, indem sie einen zentralen, koordinierten

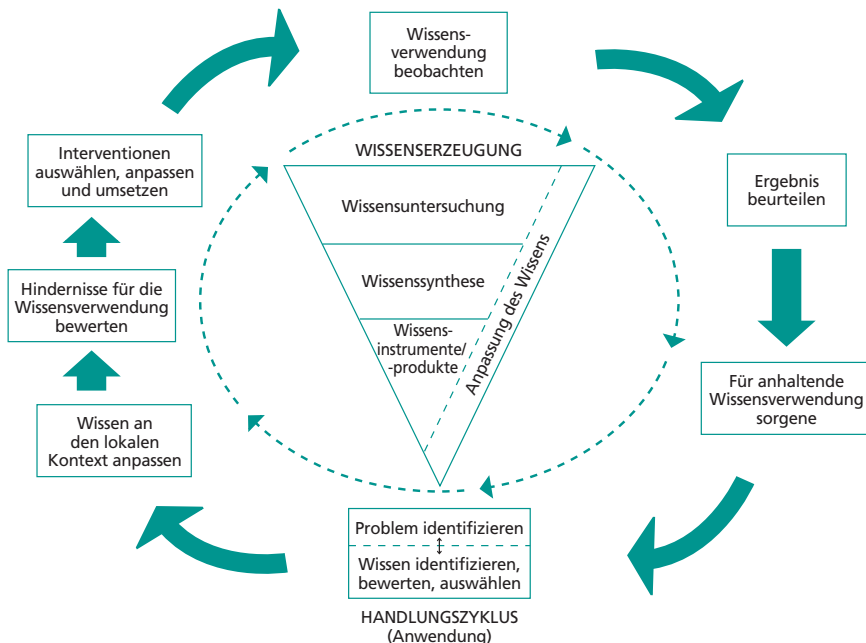
Einkauf nutzen und wichtige Wissensressourcen zur Verfügung stellen (z. B. indem sie eine elektronische Bibliothek aufbauen). Fragen wie der Internetzugang und der Erwerb von Fähigkeiten am Arbeitsplatz müssten eventuell ebenfalls angesprochen werden. Innerhalb der EU könnte es auch sprachliche Hindernisse geben, insbesondere wenn Lernmaterial über die Grenzen hinweg verbreitet wird.

Außerdem könnte es Ärzten auch an Zeit und Fähigkeiten mangeln, um Forschungswissen aufzusuchen und auszuwerten. Daher könnte die Entwicklung verschiedener „Push“-Strategien – siehe unten – zum Nachlesen einer Reihe von Erkenntnissen die Nutzung von Wissen durch Ärzte erleichtern.

- Wissensportale können genutzt werden, um Wissensquellen zu organisieren, auszuwerten und zusammenzufassen, um die Identifikation relevanten hochwertigen Wissens zu erleichtern.
- Asynchrone Wissensdienste können verwendet werden, um Forschungsinformationen zu filtern und auszuwerten, und um hochwertige, sehr relevante Forschungserkenntnisse für Kliniker herauszuheben (16,45).
- „Just-in-time“-Wissensdienste können Wissensunterstützung in Echtzeit (synchron) bieten, um praxisbasierte Fragen von Ärzten zu beantworten (46).
- Schnell reagierende Dienste können asynchrone Wissensunterstützung für Ärzte leisten, beispielsweise können sie eine Übersicht der Forschungsbasis innerhalb von ein bis zwei Wochen nach einer Anfrage liefern.

Gesundheitssysteme sollten auch die Mitverantwortung für Unterstützung, Förderung und Erleichterung der Wissensübertragung übernehmen. Gesundheitssysteme sollten danach streben, zu gewährleisten, dass neues Wissen optimal genutzt wird, um die Patientenversorgung zu verbessern. Der Wissenshandlungszyklus (Abb. 3) unterstreicht zentrale Prozesse im Zusammenhang mit Wissenserzeugung, -verarbeitung und -verwendung (47). In diesem Modell stellt der „Wissenserzeugungstrichter“ in der Mitte des Schaubilds die Generierung von Wissen, seine Synthese und die Entwicklung von Wissensinstrumenten dar. Die Handlungselemente des Zyklus beruhen auf Theorien über geplante Handlungen, die sich auf die absichtliche Entwicklung von Veränderungen in Gesundheitssystemen und -gruppen konzentrieren. Die erforderlichen Prozesse, um Wissen in einem Umfeld des Gesundheitswesens umzusetzen, wurden in den Zyklus aufgenommen: Problemerkennung, Bewertung der Determinanten des Wissenstransfers, Auswahl, Anpassung, Umsetzung und Beurteilung von Wissenstransferaktionen und die Festlegung von Strategien, um eine anhaltende Wissensverwendung zu gewährleisten.

Abb. 3: Wissens-Handlungszyklus



Die Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group (dt. Cochrane-Gruppe für effektive Praxis und Organisation der Versorgung) hat drei Übersichten von Wissensübertragungsaktivitäten aufgestellt (48,49,50). Bisher wurden Zusammenfassungen von mehr als 200 systematischen Untersuchungen professioneller Interventionen zur Verhaltensveränderung in der Datenbank „Rx for Change“ verfügbar gemacht, die aktuelle Forschungserkenntnisse über die Effekte von Strategien zur Verbesserung der Praxis der Arzneimittelverordnung und des Arzneimittelgebrauchs zusammenfasst (49). Anhang 2, der auf den hochwertigsten Untersuchungen in der Datenbank „Rx for Change“ (49) beruht, fasst die Effekte wichtiger Interventionen zusammen. Außerdem betrachten wir die wahrscheinlichen Mechanismen von Interventionen, die potenziellen Hindernisse, die diese Interventionen betreffen könnten, sowie einige praktische und logistische Fragen.

Alles in allem zeigen die Ergebnisse, dass die meisten Interventionen unter bestimmten Umständen effektiv sind und mit bescheidenen, aber wichtigen Effekten zusammenhängen. Während es eine umfangreiche Erkenntnisbasis gibt, die die Effektivität einiger Interventionen bestätigt (z. B. Audit und

Feedback; Ausbildungsbesuche vor Ort), gibt es viel weniger Erkenntnisse über andere Interventionen (z. B. die Rolle von Meinungsführern). Entsprechend sind die Überschneidungen begrenzt. Die Spanne der Ressourcen für diese Interventionen reicht von relativ billig (z. B. Ausbildungsmaterialien) bis zu relativ teuer (z. B. Besuche vor Ort). Angesichts der Kosten der Gesundheitsversorgung können sogar relativ geringfügige Effekte aufgrund relativ teurer Interventionen noch stets kostengünstig sein (51). Schließlich werden die praktischen Schritte, die für Interventionen erforderlich sind, in den verfügbaren Studien häufig nicht gut beschrieben. Einige dieser Interventionen könnten durch CPD-Mechanismen erfolgen (z. B. Ausbildungsmaterialien und Sitzungen), während andere wahrscheinlich eher vom Gesundheitssystem geleistet werden (z. B. Audit und Feedback und Erinnerungen). Das unterstreicht die potenzielle Bedeutung der Abstimmung von CPD und lebenslangem Lernen mit den Prioritäten des Gesundheitssystems.

Überlegungen zur Umsetzung

Im Rahmen des Nachdenkens darüber, welche Infrastrukturüberlegungen für die Verfolgung irgendwelcher politischer Optionen gemacht werden sollten, konzentriert sich diese Diskussion insbesondere auf Überlegungen, wie länderübergreifendes Lernen/Training und neue Formen der Wissensübermittlung gefördert werden könnten.

Die Vielzahl der CPD-Systeme in Europa stellt eine Herausforderung für Gesundheitsfachkräfte und politische Entscheidungsträger dar, vor allem im Hinblick auf grenzüberschreitende Umzugs- und Praxisanforderungen. Speziell in der EU wird diese Vielfalt immer häufiger zu einem Hindernis für diejenigen, die in die Harmonisierung von CPD in allen Mitgliedsstaaten investieren. Um entsprechende nationale CPD-Systeme aufzubauen, müssen mehrere Infrastrukturprobleme erwogen werden, wenn die in diesem Grundsatzpapier umrissenen Politikoptionen erfolgreich umgesetzt werden sollen.

Gegenseitige Vereinbarung und Anerkennung von CPD

Am wichtigsten ist, dass es eine gegenseitige Vereinbarung und Anerkennung durch alle Ärzte, Interessengruppen und Medizinerverbände in allen Mitgliedsstaaten geben muss, dass Beteiligung an formeller CPD und im weiteren Sinne an lebenslangem Lernen eine akzeptierte und erforderliche berufliche und ethische Verpflichtung ist. Es ist eine wesentliche Grundlage für die erfolgreiche Harmonisierung in allen Mitgliedsstaaten, wenn es eine gemeinsame Vereinbarung zu diesem Zweck gibt.

Einheitliche Zulassungsstandards

Die Einheitlichkeit der Zulassungsstandards in den verschiedenen Ländern muss hergestellt werden, um sicherzustellen, dass Ärzte sich getrost grenzüberschreitend weiterbilden können. Die Prinzipien und Ergebnisse der Zulassung von CME/CPD-Anbietern und -Organisatoren sollten einheitlich sein. Diese Einheitlichkeit würde sicherstellen, dass Ärzte, die sich für Fortbildungsmaßnahmen interessieren, die in ihrem eigenen Land nicht angeboten werden, gewiss sein können, dass diese im Hinblick auf Inhalte der Maßnahmen, Ergebnisse und Qualität ähnlich sind.

Eine Gruppe von Führungspersonlichkeiten von CPC-Zulassungssystemen in mehreren EU-Mitgliedsstaaten, den USA und Kanada (Rom-Gruppe) hat begonnen, eine Konsenserklärung betreffend grundlegende Werte und Verantwortlichkeiten zu entwickeln, die hinter der weitgehenden Übereinstimmung von CPD-Systemen stehen. Diese Erklärung argumentiert, dass CME/CPD-Zulassungssysteme 1. die Leistung der Ärzte und dadurch die Gesundheit der Patienten verbessern sollten sowie 2. auf Informationen beruhen sollten, die die Fortbildungsbedürfnisse der Ärzte betreffen, wobei das Endziel ist, ihnen zu helfen, die Gesundheit zu verbessern.

Werte und Verantwortlichkeiten liefern ein klares Bild der Erwartungen, die in der EU auf breiterer Basis erwogen werden sollten.

1. Werte

CME/CPD-Systeme sollten auf bleibenden Werten beruhen, die

- die ärztliche Leistung verbessern und damit die Gesundheit der Patienten;
- auf Informationen über die Fortbildungsbedürfnisse von Ärzten aufbauen, wobei das Endziel ist, ihnen zu helfen, die Gesundheit zu verbessern.

2. Verantwortlichkeiten im System (CPD-Zulassungsgremien)

Zulassungsorganisationen müssen Folgendes nachweisen:

- Fairness, Validität, Innovation, Ehrlichkeit und Konsistenz bei ihren Zulassungspraktiken
- Vernünftige Standards und Kriterien für CME/CPD-Anbieter/Organisatoren
- Übernahme von Verantwortung, Reaktionsfreudigkeit und Führung
- Der Zulassungsprozess umfasst die Überprüfung, dass die erforderlichen Pflichten von Anbietern/Organisatoren ausgeführt werden.
- Die Förderung kontinuierlicher Qualitätsverbesserung des Zulassungsprozesses sowie des Fortbildungssystems, das er unterstützt.

- Zusammenarbeit und Partnerschaft der Zulassungsgremien untereinander sowie zwischen Zulassungsgremien und Anbietern/Organisatoren.

Um Leistungspunkte beanspruchen zu können, muss der Lernende bestimmte Pflichten erfüllen, nämlich

- die Teilnahme an CME/CPD auf der Grundlage seines persönlichen Fortbildungsbedarfs;
- gewährleisten, dass seine Bedürfnisse relevant für seine Berufspraxis und Entwicklung im Kontext der Verbesserung von Versorgung und Gesundheit seiner Patienten sind;
- das Ausmaß beurteilen, in dem seine Bedürfnisse erfüllt wurden, und zwar im Kontext einer Veränderung von Wissen, Kompetenz oder Leistung;
- sicherstellen, dass Mechanismen vorhanden sind, die Bildungsaktivitäten frei von kommerzieller Beeinflussung halten.

Um Leistungspunkte zu gewähren, muss der Anbieter/Organisator von CME/CPD-Aktivitäten bestimmte Verantwortlichkeiten übernehmen, die nachstehend beschrieben sind:

- Jedes kommerzielle Interesse und jedes Industriesponsoring des Planers einer Aktivität, des Dozenten oder Moderators müssen dem Anbieter/Organisator, den Lernenden und den Zulassungsgremien mitgeteilt werden.
- Alle Unterstützungen, Sponsorings oder Finanzierungen durch kommerzielle Unternehmen des Gesundheitswesens dürfen Struktur und Inhalt der Fortbildungsaktivität nicht beeinflussen und sollten gegenüber den Teilnehmern und den Zulassungsgremien offengelegt werden.

Der Anbieter/Organisator muss

- dafür sorgen, dass es Ergebnismessgrößen für die Effektivität der Fortbildung gibt (ausgedrückt in Bezug auf die Erfüllung der Wissens-, Kompetenz- oder Leistungsziele der Aktivität);
- in der Lage sein, Teilnahmebestätigungen in einer Häufigkeit und Art auszugeben, die den Anforderungen der Regulierung entsprechen;
- sicherstellen, dass die Lernziele speziell in Bezug auf Wissen, Kompetenz oder Leistung formuliert werden und für die Zielgruppe geeignet sind;
- gewährleisten, dass die verwendeten Lehrmethoden sich für die angegebenen Lernziele eignen;
- in der Lage sein, zu zeigen, dass er die Qualität vorhergehender Fortbildungsaktivitäten evaluiert und nötigenfalls Verbesserungen vorgenommen hat.

Angebotsmechanismen für CPD

Im Einklang mit den Leitlinien, die in den Gesetzen über die Gegenseitigkeit festgehalten sind, sollte jedes Land seine eigenen Wege für das Angebot von CPD entwickeln und wählen. Die Tatsache muss betont werden, dass der Gedanke hinter der Harmonisierung im Rahmen dieses Grundsatzpapiers die gegenseitige Anerkennung und die Entsprechung von Werten und Standards ist. Jedes Land sollte auch eine Methode entwickeln (z. B. einen zentralen elektronischen Aufzeichnungsmechanismus), mit der sich Aktivitäten und Lernergebnisse verfolgen lassen. Wie beim CPD-Angebot würde man auch von Verfolgungsmechanismen erwarten, dass sie speziell entworfen wurden, um zur wirtschaftlichen, sozialen, kulturellen und technologischen Infrastruktur jedes Landes zu passen.

Industriesponsoring

Obleich viele Arten finanzieller Beziehungen zwischen Ärzten und denjenigen bestehen, die mit CPD-Aktivitäten zu tun haben, ist das kommerzielle Sponsoring die Beziehung, die am meisten Aufmerksamkeit erhalten hat und die am meisten Anlass zu Besorgnis gibt. Eine Meinung lautet, CPD sei bei der Unterstützung für die Entwicklung von CPD-Aktivitäten zu abhängig von der Industrie geworden. Tatsächlich zeigen Daten des Accredited Council for Continuing Medical Education, dass CPD allein in den USA ein Markt mit einem Volumen von 2 Mrd. US-Dollar pro Jahr ist. Weniger als 50 % seiner Einnahmen stammen von Ärzten (52).

Wie lauten angesichts sinkender Ausgaben für die Gesundheitsversorgung und steigenden Kosten die Optionen, um sicherzustellen, dass CPD sich seine Integrität als Bildungskonzept bewahrt und zugleich höhere Kosten ausgleicht? Morris et al. (2009) umrissen die folgenden Optionen und lieferten für jede Option sowohl positive als auch negative Faktoren (53).

Die erste Option ist, kommerzielles Sponsoring bei CPD-Veranstaltungen vollkommen zu verbieten. Das würde erfolgreich die meiste, vielleicht sogar die gesamte kommerzielle Beeinflussung bei CPD-Events aus der Welt schaffen. Da dann von den Ärzten erwartet würde, die gesamten Kosten zu decken, könnten sie beginnen, sinnvollere Fortbildungen für ihr Weiterbildungsbudget zu fordern. Das würde wiederum CPD-Anbieter veranlassen, hochwertigere Programme zu geringeren Kosten anzubieten.

Die zweite Option gestattet kommerzielles Sponsoring von CPD ohne Einfluss auf die Fortbildungsinhalte. Zwei Wege kämen infrage: ein Mechanismus der zusammengefassten Mittel oder ein Themenmenü. Der Mechanismus der zusammengefassten Mittel gestattet unabhängigen CPD-Ausbildungsförderungsunternehmen, Zuwendungen von Sponsoren entgegenzunehmen, die sie dann

als Förderungsmittel zur Unterstützung von Fortbildungsveranstaltungen weiterreichen. Es findet eine Sammlung von Mitteln statt und danach werden anhand eines transparenten und objektiven Prozesses Mittel auf der Grundlage der Verdienste des CPD-Programms für die Fortbildung vergeben. Die Geber dürfen jedoch nicht angeben, welche Programme sie bevorzugt fördern wollen. Die Verwendung eines Menüs von CPD-Themen ist ein Ansatz, bei dem eine renommierte dritte Partei die Aufgabe erhält, Fortbildungsbedarf festzustellen und zu fordern, dass die CPD-Zulassung ein Thema aus diesem Menü abdeckt.

Die letzte überlegenswerte Option untersucht die Zulassung bestimmter CPD-Aktivitäten anstelle von CPD-Anbietern. Obwohl die Zulassung auf Aktivitätsniveau ein Ansatz ist, der mehr Ressourcen erfordert, weil angesehene Standesorganisationen individuelle Programme begutachten müssen, könnte dieser Ansatz die Qualität der Lehre sicherstellen, wenn CPD-Aktivitäten ausgewählt werden.

Leistungsbeurteilung

Das Drängen auf Verbesserung der Versorgungsqualität, Patientensicherheit und Wirtschaftlichkeit hat als treibende Kraft für Veränderungen in der CPD-Welt gedient. Bei CPD geht es längst nicht mehr ausschließlich ums Lernen: Mehr Aufmerksamkeit und Erwartungen richten sich auf die Verbesserung der ärztlichen Leistung (klinische Fähigkeiten, Kommunikationsfähigkeit usw.) und letztlich auf die Patientenergebnisse. Leistungs- oder Kompetenzbeurteilung wird heute als Muss angesehen. Was die Leistungsbeurteilung betrifft, müssen Systeme sicherstellen, dass die Messungen von Gesundheitsergebnissen direkt mit CPD zusammenhängen. Wie bereits oben beschrieben, muss die Beurteilung von Ärzten sowohl in den größeren Kontext der Praxis – und das Gesundheitssystem, in dem sie praktizieren – eingebettet sein und von ihm unterstützt werden. Die Beurteilung muss als formativer Prozess angesehen werden, der dazu dient, Praxisbereiche zu erkennen, auf die sich zukünftiges Lernen konzentrieren sollte. Deshalb muss die Beurteilung in einem sicheren Umfeld stattfinden, das sowohl von Drohungen mit Rechtsstreitigkeiten als auch von Versagensängsten frei ist. Die Beurteilung muss auf jede Dimension der Berufspraxis zutreffen (klinische Tätigkeit, Lehre, Verwaltung, Forschung) sowie auf alle Inhalte (Wissen, Fähigkeiten, Einstellungen) und auf die oben erwähnten CanMED-Rollen oder -Kompetenzen.

Schließlich sollten Beurteilungsstrategien sowohl auf individueller (z. B. durch eine Überprüfung der persönlichen Praxis) als auch auf kollektiver (durch gemeinschaftliche Praxisüberprüfung) Ebene gefördert werden.

Zusammenfassung

In Europa gibt es derzeit keinen allgemein akzeptierten Ansatz des lebenslangen Lernens. Es herrscht jedoch Einmütigkeit auf breiter Front, dass Patienten am besten gedient ist, wenn die, die sie versorgen, ihre Kompetenz aufrechterhalten und sich Strategien des kontinuierlichen Lernens und Beurteilens zueigen machen.

Um die Beteiligung von allen Ärzten an kontinuierlichem Lernen zu fördern, und um die Verantwortlichkeit zu fördern, sollte über eine obligatorische Beteiligung an CPD-Systemen oder -Programmen nachgedacht werden. Es wird wichtig sein, die Qualität und die Gründlichkeit von Anbietern oder Programmen zu verbessern und sicherzustellen, auf die sich Ärzte verlassen, wenn es darum geht, einen auf die Praxis zugeschnittenen, bedarfsorientierten Lehrplan zu entwickeln und umzusetzen. Die Entwicklung eines gemeinsamen CPD-Zulassungssystems für Anbieter und Programme wird für entscheidend gehalten, ebenso wie das Konzept der „gemeinsamen Verantwortung“ von allen Teilen des Gesundheitssystems für die Förderung und Unterstützung eines Umfelds, in dem das Lernen stattfinden kann.

Quellenangaben

1. Alguire, P. C.: The future of continuing medical education [Die Zukunft der kontinuierlichen medizinischen Fortbildung], *American Journal of Medicine*, 2004, 116(11), S. 791–795.
2. Hammond, M., Collins, R.: Self-directed learning to educate medical educators. Part 1: How do we use self-directed learning? [Selbstgesteuertes Lernen, um medizinische Ausbilder auszubilden], *Medical Teacher*, 1987, 9(3), S. 253–260.
3. Regehr, G., Mylopoulos, M.: Maintaining competence in the field: learning about practice, through practice, in practice [Kompetenzerhalt im Alltag: Lernen über die Praxis, durch die Praxis, in der Praxis], *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 2008, 28(S1), S. S19–S23.
4. Bankey, R., Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.: *Lifelong learning* [Lebenslanges Lernen], Ottawa, Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, Centre for Learning in Practice, 2007.
5. Anderson, M. C.: New opportunities to improve physicians' lifelong learning [Neue Gelegenheiten um das lebenslange Lernen von Ärzten zu verbessern], *Academic Medicine*, 1996, 71(2), S. 115–116.
6. Frank, J. R.: *The CanMEDS 2005 Physician Competency Framework. Better standards. Better physicians. Better care.* [Der CanMEDS 2005 Kompetenzrahmen. Bessere Standards. Bessere Ärzte. Bessere Versorgung.], Ottawa, Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2005.
7. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada [Webseite]: CanMEDS, Ottawa, Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2009 (<http://rcpsc.medical.org/canmeds/>, Stand 14. Mai 2009).
8. Garattini, L., et al.: Continuing Medical Education in six European countries: a comparative analysis [Kontinuierliche medizinische Fortbildung in sechs europäischen Ländern: eine vergleichende Analyse], *Health Policy*, 2010, 94(3), S. 246–254.
9. Merkur, S., et al.: *Do lifelong learning and revalidation ensure that physicians are fit to practise?* [Stellen lebenslanges Lernen und Revalidierung von Ärzten sicher, dass Ärzte geeignet sind, zu praktizieren?], Kopenhagen, WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, 2008, Gemeinsames HEN-Observatory Grundsatzpapier, Nr. 12.

10. Bennett, N. L., et al.: Continuing medical education: a new vision of the professional development of physicians [Kontinuierliche medizinische Fortbildung: eine neue Vision der beruflichen Entwicklung von Ärzten], *Academic Medicine*, 2000, 75(12), S. 1167–1172.
11. Parboosingh, J., et al.: *Pursuing excellence in practice: a CanMEDS Scholar Workshop on Lifelong Learning* [Spitzenleistungen in der Praxis anstreben: ein CanMEDS-Workshop über lebenslanges Lernen für Wissenschaftler – unveröffentlichte Arbeit], 2008.
12. Mann, K., Gordon, J., MacLeod, A.: Reflection and reflective practice in health professions education: a systematic review [Reflexion und reflektive Praktiken in der Ausbildung von Gesundheitsberufen: eine systematische Untersuchung], *Advances in Health Sciences Education*, 2009, 14(4), S. 595–621.
13. Galbraith, R. M., Hawkins, R. E., Holmboe, E.S.: Making self-assessment more effective [Selbstbeurteilung effektiver machen], *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 2008, 28(1), S. 20–24.
14. McKibbon, K. A., Wilczynski, N. L., Haynes, R. B.: What do evidence-based secondary journals tell us about the publication of clinically important articles in primary healthcare journals? [Was sagen uns evidenzbasierte nachrangige Zeitschriften über die Veröffentlichung klinisch wichtiger Artikel in erstrangigen Zeitschriften des Gesundheitswesens?], *BMC Medicine*, 2004, 2, S. 33.
15. Coppus, S. F., et al.: A clinically integrated curriculum in evidence-based medicine for just-in-time learning through on-the-job training: the EU-EBM project [Ein klinisch integrierter Lehrplan in evidenzbasierter Medizin für Just-in-time-Lernen durch Ausbildung am Arbeitsplatz], *BMC Medical Education*, 2007, 7, S. 46.
16. Haynes, R. B., et al.: McMaster PLUS: a cluster randomized clinical trial of an intervention to accelerate clinical use of evidence-based information from digital libraries [McMaster PLUS: eine cluster-randomisierte klinische Studie einer Intervention, um die klinische Nutzung von evidenzbasierten Informationen aus digitalen Bibliotheken zu beschleunigen], *Journal of the American Medical Informatics Association*, 2006, 13(6), S. 593–600.
17. Davidoff, F., Florance, V.: The informationist: a new health profession? [Der Informierer: ein neuer Gesundheitsberuf?], *Annals of Internal Medicine*, 2000, 132(12), S. 996–998.
18. Shaughnessy, A. F., Slawson, D.: Are we providing doctors with the training and tools for lifelong learning? [Bieten wir Ärzten die Ausbildung und die Instrumente für lebenslanges Lernen?], *Western Journal of Medicine*, 1999, 171(5–6), S. 325–328.

19. Plsek, P. E., Greenhalgh, T.: The challenge of complexity in health care [Die Herausforderung der Komplexität im Gesundheitswesen], *BMJ*, 2001, 323(7313), S. 625–628.
20. Ho, K., et al.: Technology-enabled knowledge translation: frameworks to promote research and practice [Technologie-aktivierte Wissensübertragung: Rahmen zur Förderung von Forschung und Praxis], *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 2004, 24(2), S. 90–99.
21. Barrie, A. R., Ward, A. M.: Questioning behaviour in general practice: a pragmatic study [Hinterfragen des Verhaltens in der allgemeinärztlichen Praxis: eine pragmatische Studie], *BMJ*, 1997, 315(7121), S. 1512–1515.
22. Covell, D. G., Uman, G. C., Manning, P. R.: Information needs in office practice: are they being met? [Informationsbedürfnisse in der Praxis: Werden sie erfüllt?], *Annals of Internal Medicine*, 1985, 103(4), S. 596–599.
23. Ebell, M.: Information at the point of care: answering clinical questions [Information am Point-of-Care: Beantwortung klinischer Fragen], *Journal of the American Board of Family Practice*, 1999, 12(3), S. 225–235.
24. Huang, X., Lin, J., Demner-Fushman, D.: Evaluation of PICO as a knowledge representation for clinical questions [Evaluation von PICO als Wissensrepräsentation für klinische Fragen], *AMIA: Annual Symposium Proceedings*, 2006, S. 359–363.
25. Armstrong, E. C.: The well-built clinical question: the key to finding the best evidence efficiently [Die gut aufgebaute klinische Frage: der Schlüssel dazu, wie die besten Erkenntnisse effizient zu finden sind], *Wisconsin Medical Journal*, 1999, 98(2), S. 25–28.
26. Audet, A. M., et al.: Transparency as a pillar of a quality and safety culture: the experience of the New York City Health and Hospitals Corporation [Transparenz als Pfeiler einer Qualitäts- und Sicherheitskultur: die Erfahrung der New York City Health and Hospitals Corporation], *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 2008, 34(12), S. 707–712.
27. Davis, D. A., et al.: Accuracy of physician self-assessment compared with observed measures of competence: a systematic review [Genauigkeit ärztlicher Selbstbeurteilungen im Vergleich zu beobachteten Kompetenzmessgrößen: eine systematische Untersuchung], *JAMA*, 2006, 296(9), S. 1094–1102.
28. Eva, K. W., Regehr, G.: "I'll never play professional football" and other fallacies of self-assessment [„Ich werde niemals Fußballprofi“ und andere Trugschlüsse der Selbstbeurteilung], *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 2008, 28(1), S. 14–19.

29. Kruger, J., Dunning, D.: Unskilled and unaware of it: how difficulties in recognizing one's own incompetence lead to inflated self-assessments [Unfähig, ohne sich dessen bewusst zu sein: wie Schwierigkeiten, die eigene Inkompetenz zu erkennen, zu übertriebenen Selbstbeurteilungen führen], *Journal of Personality and Social Psychology*, 1999, 77(6), S. 1121–1134.
30. Jamtvedt, G., et al.: Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes [Audit und Feedback: Effekte für die berufliche Praxis und Ergebnisse der Gesundheitsversorgung], *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006, Nr. 2, CD000259.
31. Peck, C., et al.: Continuing medical education and continuing professional development: international comparisons [Kontinuierliche medizinische Fortbildung und kontinuierliche berufliche Weiterentwicklung: internationale Vergleiche], *BMJ*, 2000, 320(7232), S. 432–435.
32. Campbell, C., et al.: Competency-based continuing professional development [Kontinuierliche berufliche Weiterentwicklung auf Kompetenzbasis], *Medical Teacher*, 2010 (im Druck).
33. Eva, K. W., Regehr, G.: Self-assessment in the health professions: a reformulation and research agenda [Selbstbeurteilung bei Gesundheitsberufen: eine Neuformulierung und Forschungsagenda], *Academic Medicine*, 2005, 80(Beil.), S. S46–S54.
34. Regehr, G., Eva, K.: Self-assessment, self-direction, and the self-regulating professional [Selbstbeurteilung, Selbststeuerung und der selbstregulierende Fachmann], *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 2006, 449:34–38.
35. Marinopoulos, S. S., et al.: Effectiveness of continuing medical education [Effektivität einer kontinuierlichen medizinischen Fortbildung], *Evidence Report/Technology Assessment* Nr. 149, AHRQ Publication Nr. 07-E006. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2007.
36. Mansouri, M., Lockyer, J.: A meta-analysis of continuing medical education effectiveness [Eine Meta-Analyse der Effektivität kontinuierlicher medizinischer Fortbildung], *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 2007, 27(1), S. 6–15.
37. Batalden, P. B., Davidoff, F.: What is "quality improvement" and how can it transform healthcare? [Was ist „Qualitätsverbesserung“ und wie kann sie die Gesundheitsversorgung verändern], *Quality and Safety in Health Care*, 2007, 16(1), S. 2–3.

38. Moore, D. E. Jr., Green, J. S., Gallis, H. A.: Achieving desired results and improved outcomes: integrating planning and assessment throughout learning activities [Erwünschte Resultate und verbesserte Ergebnisse erzielen: Integration von Planung und Beurteilung in Lernaktivitäten], *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 2009, 29(1), S. 1–15.
39. Kraemer, W., Alman, B., Reznick, R.: Resident Training in 2009: it's the quality of time and not the quantity that matters [Schulung von Assistenzärzten 2009: Es kommt auf die Qualität der Zeit an, nicht auf die Menge], *COA Bulletin*, 2009, 85:1-4.
40. Association of American Medical Colleges, American Association of Colleges of Nursing.: *Lifelong learning in medicine and nursing: final report* [Lebenslanges Lernen in Medizin und Krankenpflege: Schlussbericht], Washington, DC, American Association of Colleges of Nursing, 2010.
41. Donen, N.: No to mandatory continuing medical education, yes to mandatory practice auditing and professional educational development [Nein zur Pflicht einer kontinuierlichen medizinischen Fortbildung, ja zu obligatorischen Praxisaudits und beruflicher Entwicklung der Fortbildung], *Canadian Medical Association Journal*, 1998, 158(8), S. 1044–1046.
42. Cabana, M. D., et al.: Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement [Warum befolgen Ärzte Leitfäden für die klinische Praxis nicht? Ein Rahmen für Verbesserungen], *JAMA*, 1999, 282(15), S. 1458–1465.
43. McGlynn, E. A., et al.: The quality of health care delivered to adults in the United States [Die Qualität der Gesundheitsversorgung von Erwachsenen in den USA], *New England Journal of Medicine*, 2003, 348(26), S. 2635–2645.
44. Forsetlund, L., et al.: Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes [Kontinuierliche Fortbildungssitzungen und -Workshops: Effekte für die Berufspraxis und Versorgungsergebnisse], *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009, CD003030.
45. Haynes, R. B., et al.: Second-order peer review of the medical literature for clinical practitioners [Sekundäruntersuchung durch Fachkollegen der medizinischen Literatur für klinische Ärzte], *JAMA*, 2006, 295(15), S. 1801–1808.
46. McGowan, J., et al.: A rapid evidence-based service by librarians provided information to answer primary care clinical questions [Ein schneller evidenzbasierter Service von Bibliothekaren liefert Informationen, um klinische Fragen aus der Primärversorgung zu beantworten], *Health Information and Libraries Journal*, 2010, 27(1), S. 11–21.

47. Graham, I. D., et al.: Lost in knowledge translation: time for a map? [Verloren in der Wissensübertragung: Zeit für eine Orientierung], *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 2006, 26(1), S. 13–24.
48. Bero, L. A., et al.: Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings [Die Lücke zwischen Forschung und Praxis schließen: eine Übersicht systematischer Untersuchungen von Interventionen, um die Umsetzung von Forschungsergebnissen zu fördern], *BMJ*, 1998, 317(7156), S. 465–468.
49. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health [Webseite]: Rx for Change, Ottawa, Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, 2010 (<http://www.cadth.ca/index.php/en/compus/optimal-ther-resources/interventions>, Stand 29. Mai 2010).
50. Grimshaw, J. M., et al.: Changing provider behavior: an overview of systematic reviews of interventions [Verhaltensänderung bei Leistungserbringern: eine Übersicht systematischer Untersuchungen von Interventionen], *Medical Care*, 2001, 39(Beil. 2), S. II2–II45.
51. Mason, J., et al.: When is it cost-effective to change the behavior of health professionals? [Wann ist es kostengünstig, das Verhalten von Gesundheitsfachkräften zu ändern], *JAMA*, 2001, 286(23), S. 2988–2992.
52. Accreditation Council for Continuing Medical Education: *ACCME® Annual Report Data 2007* [ACCME® Jahresbericht mit Daten des Jahres 2007], Chicago, Accreditation Council for Continuing Medical Education, 2008.
53. Morris, L., Taitsman, J. K.: The agenda for continuing medical education – limiting industry's influence [Die Agenda für kontinuierliche medizinische Fortbildung – Einschränkung des Industrieinflusses], *New England Journal of Medicine*, 2009, 361(25), S. 2478–2482.

Anhang

Anhang 1: Förderung der Globalisierung, der Gegenseitigkeit und der weitgehenden Übereinstimmung von Zulassungssystemen und Leistungspunkten bei CME und CPD

Hintergrund und Begründung

Man ist sich einig, dass eine angemessene Uniformität der Länder bei Prinzipien und Ergebnissen der Zulassung von CME/CPD, Anbietern, Organisatoren und des Leistungspunktesystems nützlich wäre. Ärzte könnten Leistungspunkte für verschiedene lokale, nationale und internationale Organisationen erwerben, die CME/CPD für den Zweck des Statuserhalts verlangen. Außerdem könnten Ärzte, die an Aktivitäten teilnehmen, und Organisationen, die zugelassene CME/CPD schätzen, sicher sein, dass die Ausbildung von guter und vorhersagbarer Qualität ist. Zu den vielen wichtigen Elementen von CME und Systemen zur beruflichen Entwicklung (CME/CPD) gehören auch die Folgenden: (i) Einbeziehung von Ärzten/Lernenden in den Lernprozess, um ihre persönliche CPD zu unterstützen; (ii) Anbieter und Organisatoren von Fortbildungsaktivitäten (oder Veranstaltungen), die für Ärzte eine Ausbildungsressource darstellen; (iii) Zulassungsorganisationen, die zertifizieren, dass die Anbieter und Organisatoren von Fortbildungsaktivitäten bestimmte Zulassungsstandards erfüllen, sodass Leistungspunkte für die Teilnahme an der Aktivität vergeben werden können.

Deshalb sind Vertreter von Organisationen aus den CME/CPD-Zulassungs- und Leistungspunktesystemen von Bulgarien, Kanada, Frankreich, Deutschland, Italien, Spanien, Großbritannien, den USA und der EU zu einem Konsens gelangt, dass die folgenden Punkte gemeinsame und dauerhafte Werte eines CME/CPD-Zulassungs- und Leistungspunktesystems sind. Darüber hinaus sind sie wesentliche und grundlegende/zentrale Verantwortlichkeiten von Anbietern/Organisatoren in derartigen Systemen. Es herrscht die Meinung vor, dass die Integration dieser Elemente in CME/CPD-Systeme den freien Wechsel von Lernenden zwischen den CME/CPD-Systemen der verschiedenen Länder erleichtert. Die Teilnehmer an diesem Konsensfindungsprozess sind der Ansicht, dass die Einführung von CME/CPD-Systemen, die unter Berücksichtigung dieser Werte und Verantwortlichkeiten aufgebaut wurden, zu gegenseitiger Anerkennung und Gegenseitigkeit führen und zugleich die kulturelle und historische Einzigartigkeit aller Beteiligten wahren.

Teilnehmende Organisationen

International

European Accreditation Council for Continuing Medical Education

National

Accreditation Council for Continuing Medical Education (USA)

American Medical Association (USA)

Bulgarische Union der wissenschaftlichen medizinischen Gesellschaften (Bulgarien)

College of Family Physicians of Canada (Kanada)

Federation of Royal Colleges of Physicians (Großbritannien)

Nationaler französischer Medizinrat (Frankreich)

Italienischer Verband der wissenschaftlichen medizinischen Gesellschaften (Italien)

Nationale CPD-Kommission des italienischen Gesundheitsministeriums (Italien)

Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (Kanada)

Spanischer Zulassungsrat für CPD (Spanien)

Regional

Bayerische Landesärztekammer (Deutschland)

Anhang 2: Systematische Suchstrategie für Artikel der WHO

Ovid MEDLINE(R), 1950 bis 2. Märzwoche 2010

	Suche	Ergebnis
1	exp Education, Medical/	108135
2	exp Education, Nursing/	62451
3	exp Education, Pharmacy/	3983
4	Education, Public Health Professional	334
5	Educational Measurement/	21852
6	Clinical Competence/	47956
7	Self-Evaluation Programmes/	848
8	continuing professional development.tw.	582
9	continuing medical education.tw.	3173
10	educational influential?.tw.	3
11	lifelong learning.tw.	509

Ovid MEDLINE(R), 1950 bis 2. Märzwoche 2010 (Forts.)

	Suche	Ergebnis
12	(reflective adj (learn\$ or practice)).tw.	530
13	(education\$ adj (method? or material? or program\$ or intervention\$ or meeting? or session? or strateg\$ or workshop? or visit?)).tw.	30326
14	Medical Audit/	12270
15	Nursing Audit/	2777
16	Clinical Audit/	227
17	Feedback/ or Feedback, Psychological/	24409
18	(audit adj2 feedback).mp.	271
19	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18	272330
20	Meta-Analysis as Topic/	9937
21	meta analy\$.tw.	27143
22	metaanaly\$.tw.	902
23	meta-analysis/	23488
24	(systematic adj (review\$1 or overview\$1)).tw.	20282
25	exp "Review Literature as Topic"/	4668
26	20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25	57532
27	cochrane.ab.	12936
28	embase.ab.	10479
29	(psychlit or psyclit).ab.	778
30	(psychinfo or psycinfo).ab.	3200
31	(cinahl or cinhal).ab./	4139
32	science citation index.ab.	1061
33	bids.ab.	276
34	cancerlit.ab.	455
35	27 or 28 or 29 or 30 or 31 or 32 or 33 or 34	19969

Ovid MEDLINE(R), 1950 bis 2. Märzwoche 2010 (Forts.)

	Suche	Ergebnis
36	reference list\$.ab.	5068
37	bibliograph\$.ab.	8035
38	hand-search\$.ab.	2259
39	relevant journals.ab.	399
40	manual search\$.ab.	1271
41	36 or 37 or 38 or 39 or 40	15294
42	selection criteria.ab.	12157
43	data extraction.ab.	5600
44	42 or 43	16809
45	"Review"/	1504311
46	44 and 45	11372
47	Comment/	404125
48	Letter/	672491
49	Editorial/	251714
50	Animals/	4510349
51	Humans/	11058165
52	50 not (50 and 51)	3359807
53	47 or 48 or 49 or 52	4311573
54	26 or 35 or 41 or 46	75147
55	54 not 53	69634
56	19 and 55	1728
57	limit 56 to English language	1580

Anhang 3: Zusätzliche Quellen

European Union of Medical Specialists. *Continuing medical education and professional development in Europe: development and structure* [Kontinuierliche medizinische Fortbildung und berufliche Entwicklung in Europa: Entwicklung und Struktur], Brüssel, European Union of Medical Specialists, 2010.

Gaga, M., Severin, T., Stevenson, R.: Continuing medical education across Europe: the role of EBAP and the ERS in facing the challenges of life-long learning [Kontinuierliche medizinische Fortbildung in ganz Europa: Welche Rolle spielen EBAP und ERS, um den Herausforderungen des lebenslangen Lernens zu begegnen], *European Respiratory Journal*, 2010, 35, S. 721–722.

Maisonneuve, H., et al.: Continuing medical education and professional revalidation in Europe: five case examples [Kontinuierliche medizinische Fortbildung und berufliche Revalidierung in Europa: fünf Fallbeispiele], *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 2009, 29, S. 58–62.

Michels, H. R.: Continuing medical education in Europe: NVVC, CVOI, ESC, UEMS and EBAC [Kontinuierliche medizinische Fortbildung in Europa: NVVC, CVOI, ESC, UEMS und EBAC], *Netherlands Heart Journal*, 2001, 9, S. 288–291.

Scrivens, E.: Policy issues in accreditation [Politische Fragen der Zulassung], *International Journal for Quality in Health Care*, 1998, 10, S. 1–5.

Shaw, K., Armitage, M.: Supporting revalidation: methods and evidence [Revalidierung unterstützen: Methoden und Erkenntnisse], *Clinical Medicine*, 2005, 5, S. 460–464.

Vandendael, K., Van, H. F.: Continuing medical education and its accreditation – an overview of the situation in the European Union and in the United States [Kontinuierliche medizinische Fortbildung und ihre Zulassung – eine Übersicht der Situation in der Europäischen Union und den USA], *European Journal of Cancer*, 2003, 39, S. 2430–2438.

Youngson, G. G., et al.: The UK proposals for revalidation of physicians: implications for the recertification of surgeons [Britische Vorschläge für die Revalidierung von Ärzten: Auswirkungen auf die Neuzertifizierung von Chirurgen], *Archives of Surgery*, 2010, 145, S. 92–95.

Anhang 4: Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse der Übersicht der Untersuchungen

Intervention (Schlüsselreferenz)	Definition der Intervention, basiert auf (1)	Untersuchte Hindernisse	Effektivität	Überlegungen zu Ressourcen	Praktische Überlegungen
Gedrucktes Fortbildungsmaterial (2).	Verteilung von veröffentlichtem oder gedrucktem Material für die klinische Versorgung, darunter klinische Praxisleitlinien, audiovisuelles Material und elektronische Veröffentlichungen.	Individuelles berufliches Wissen (Einstellungen).	6 randomisierte kontrollierte Studien (RCTs). Generell effektiv. Median der Effektgröße +4,6 % absolute Verbesserung (Spanne).	Relativ kostengünstig.	Individuelles berufliches Wissen (Einstellungen).
Fortbildungssitzungen – didaktisch (3).	Leistungserbringer des Gesundheitswesens, die an Konferenzen, Workshops oder Traineeausbildungen teilgenommen haben.	Individuelles professionelles Wissen und Peer-Group, Einstellungen und Fähigkeiten.	30 RCTs. Generell effektiv. Median der Effektgröße bei 36 Vergleichen, 6 % absolute Verbesserung (Interquartilabstand 1,8 bis 15,9). Größere Effekte beobachtet bei höherer Beteiligung an Fortbildungssitzungen, Mischung aus interaktiven und didaktischen Fortbildungssitzungen, einfacherem Verhalten und schwerwiegenderen Ergebnissen.	Relativ kostengünstig (didaktisch) bis moderat kostspielig (Mischung/interaktiv: in der Regel höhere Moderatorenquote/Teilnehmer als bei didaktischen Aktivitäten).	Im Zusammenhang mit dem Gesundheitswesen allgemein gebräuchlich.

Intervention (Schlüsselreferenz)	Definition der Intervention, basiert auf (1)	Untersuchte Hindernisse	Effektivität	Überlegungen zu Ressourcen	Praktische Überlegungen
<p>Fortbildungsbesuch vor Ort in der Praxis (4).</p>	<p>Einsatz einer geschulten Person, die sich mit Leistungserbringern in ihrer Praxis traf, um sie in der Absicht zu informieren, die Praxis des Leistungserbringers zu ändern.</p>	<p>Individuelle berufliche Kenntnisse und Einstellungen, beurteilt anhand eines Ansatzes des Social-marketings (5).</p>	<p>69 RCTs. Generell effektiv. <i>Verordnungsverhalten:</i> Median der Effektgröße bei 17 Vergleichlichen 4,8 % absolute Verbesserung (Interquartilabstand 3,0 % bis 6,5 %) <i>Anderer Verhaltensweisen:</i> Median der Effektgröße bei 17 Vergleichlichen 6,0 % absolute Verbesserung (Interquartilabstand 3,6 % bis 16,0 %).</p>	<p>Relativ kostspielig wegen der Nutzung akademischer Aufbereiter, obgleich noch Effizienz möglich ist (6).</p>	<p>Wird in einigen Gesundheitssystemen verwendet. Ziel üblicherweise darauf ab, höchstens drei Botschaften in 10 bis 15 Minuten zu vermitteln (mit Ansatz, der auf den jeweiligen Leistungserbringer zugeschnitten ist). Konzentriert sich üblicherweise auf die Kontrolle relativ einfacher Verhaltensweisen individueller Ärzte (z. B. Auswahl von Arzneimitteln beim Verordnen).</p>

<p>Lokale Meinungsführer (7).</p>	<p>Nutzung von Anbietern, die von ihren Kollegen als „einen Einfluss auf die Fortbildung habend“ bezeichnet werden. Die Forscher müssen ausdrücklich angeben haben, dass ihre Kollegen die Meinungsführer identifiziert hatten.</p>	<p>Individuelles professionelles Wissen und Peer-Group, Einstellungen (Fähigkeiten).</p>	<p>12 RCTs. Generell effektiv. Median des Effekts 10 % absolute Verbesserung (absolute Spanne -6 % bis +25 %).</p>	<p>Mäßig kostspielig wegen der Notwendigkeit, eine Zielpopulation für jede Krankheit zu beobachten.</p>	<p>In Gesundheitssystemen kaum gebräuchlich. Die meisten Studien haben das Hiss-Instrument genutzt; um Meinungsführer (die auf dem Laufenden sind, gut kommunizieren und humanistisch sind) zu identifizieren. Die Intervention scheint krankheitsspezifisch zu sein (8). Abdeckung über soziale Netze ist unsicher. Vorübergehende Stabilität ist unsicher (8)</p>
<p>Audit und Feedback (9).</p>	<p>Eine Zusammenfassung klinischer Leistungen der Gesundheitsversorgung über einen bestimmten Zeitraum hinweg.</p>	<p>Berufliches Bewusstsein der aktuellen Leistung bei der individuellen Gesundheitsfachkraft (und in der Peer-Group).</p>	<p>118 RCTs. Generell effektiv. Median des Effekts bei 88 hochwertigen Vergleichen +5 % (Interquartilabstand +3 % bis 11 %). Größere Effekte werden festgestellt, wenn die Konformität am Studienbeginn gering ist.</p>	<p>Erforderliche Ressourcen hängen hauptsächlich mit Kosten der Datenabstraktion zusammen. Kann relativ kostengünstig sein, wenn die Daten mit routinemäßigen Verwaltungssystemen abstrahiert werden können.</p>	<p>Machbarkeit kann von der Verfügbarkeit hochwertiger Verwaltungsdaten abhängen.</p>

<p>Intervention (Schlüsselreferenz)</p> <p>Erinnerungen (10).</p>	<p>Patienten- oder besucherspezifische Informationen (die auf einem Computerbildschirm dargestellt werden), die dazu entwickelt oder gedacht sind, eine Gesundheitsfachkraft anzuregen, sich an Informationen zu erinnern.</p>	<p>Untersuchte Hindernisse</p> <p>Individuelle kognitive oder Gedächtnishindernisse im Beruf.</p>	<p>Effektivität</p> <p>28 RCTs. Generell effektiv. Median des Effekts bei 32 Vergleichen + 4,2 % (Interquartilsabstand 0,8 % bis +18,8 %).</p>	<p>Überlegungen zu Ressourcen</p> <p>Erforderliche Ressourcen schwanken je nach gewähltem Erinnerungsmechanismus. Wachsende Nutzung von Erinnerungen per Computer (wo die Aufnahme von Erinnerungen relativ kostengünstig ist).</p>	<p>Praktische Überlegungen</p> <p>Ungenügendes Wissen darüber, wie Erinnerungen optimiert und zur Priorität gemacht werden können).</p>
<p>Vielseitige Interventionen (11).</p>	<p>Eine Intervention die zwei oder mehr Komponenten umfasst.</p>	<p>Zielt auf mehrere Hindernisse ab, die die aufgenommenen Elemente der Intervention beeinflussen.</p>	<p>Grimshaw und Kollegen gelang es nicht, eine Dosis-Reaktionsanalyse aufzuzeigen (d. h. die scheinbaren Effekte von Interventionen wuchsen nicht parallel zur Anzahl der Komponenten).</p>	<p>Wahrscheinlich kostspieliger als einzelne Interventionen.</p>	<p>Es ist sorgfältig zu erwägen, wie Interventionen kombiniert werden, um additive oder synergistische Effekte zu gewährleisten (z. B. könnten Interventionen, die Elemente enthalten, die auf dieselben Hindernisse abzielen, nicht additiv/synergistisch sein.)</p>

Quellenangaben

1. Bero, L., Eccles, M., Grilli, R.: Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group. About The Cochrane Collaboration (Cochrane Review Groups (CRGs)) [Cochrane-Gruppe für effektive Praxis und Organisation der Versorgung. Über die Cochrane Collaboration (Cochrane-Untersuchungsgruppen (CRGs))], *Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group*, 2007, Ausgabe 4: Art. Nr. EPOC.
2. Farmer, A. P., et al.: Printed educational materials: effects on professional practice and health care outcomes [Gedrucktes Fortbildungsmaterial: Effekte auf Berufspraxis und Ergebnisse der Gesundheitsversorgung], *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008, CD004398.
3. Forsetlund, L., et al.: Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes [Kontinuierliche Fortbildungssitzungen und -Workshops: Effekte für die Berufspraxis und Versorgungsergebnisse], *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009, CD003030.
4. O'Brien, M. A., et al.: Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes [Fortbildungsbesuche vor Ort in der Praxis: Effekte für die Berufspraxis und Ergebnisse der Gesundheitsversorgung], *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007, CD000409.
5. Soumerai, S. B., Avorn, J.: Principles of educational outreach ('academic detailing') to improve clinical decision making [Prinzipien von Fortbildungsbesuchen vor Ort in der Praxis („Wissenschaftliche Weiterbildung direkt in der Arztpraxis“) um klinische Entscheidungen zu erleichtern], *JAMA*, 1990, 263(4), S. 549–556.
6. Mason, J., et al.: When is it cost-effective to change the behavior of health professionals? [Wann ist es kostengünstig, das Verhalten von Gesundheitsfachkräften zu ändern?], *JAMA*, 2001, 286(23), S. 2988–2992.
7. Doumit, G., et al.: Local opinion leaders: effects on professional practice and health care outcomes [Lokale Meinungsführer: Effekte für die Berufspraxis und Ergebnisse der Gesundheitsversorgung], *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007, CD000125.
8. Doumit, G.: *Opinion leaders: effectiveness, identification, stability, specificity, and mechanism of action* [Meinungsführer: Effektivität, Identifikation, Stabilität, Spezifität und Handlungsmechanismen], Doktorarbeit, Ottawa, Universität Ottawa, 2006.

9. Jamtvedt, G., et al.: Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes [Audit und Feedback: Effekte für die berufliche Praxis und Ergebnisse der Gesundheitsversorgung], *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006, Nr. 2, CD000259.

10. Shojania, K. G., et al.: The effects of on-screen, point of care computer reminders on processes and outcomes of care [Effekte von Erinnerungen auf dem Bildschirm am Point-of-Care, bei denen es um Prozesse und Ergebnisse der Gesundheitsversorgung geht], *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009, CD001096.

11. Grimshaw, J. M., et al.: Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies [Effektivität und Effizienz von Strategien zur Verbreitung und Umsetzung von Leitlinien] *Health Technology Assessment*, 2004, 8(6): S. iii–72.

Gemeinsame Grundsatzpapiere

1. Wie können europäische Gesundheitssysteme Investitionen in Gesundheitsstrategien für die Bevölkerung und ihre Umsetzung tragen?
David McDaid, Michael Drummond, Marc Suhrcke
2. Wie kann die Wirkung der Beurteilung von Gesundheitstechnologien verbessert werden?
Corinna Sorenson, Michael Drummond, Finn Børlum Kristensen, Reinhard Busse
3. Wo bleiben die Patienten bei Entscheidungen über ihre eigene Versorgung?
Angela Coulter, Suzanne Parsons, Janet Askham
4. Wie kann das Umfeld für die Versorgung älterer Menschen ausgewogener gestaltet werden?
Peter C. Coyte, Nick Goodwin, Audrey Laporte
5. In welchen Fällen haben vertikale (unabhängige) Programme einen Platz in Gesundheitssystemen?
Rifat A. Atun, Sara Bennett, Antonio Duran
6. Wie können Managementprogramme für chronische Krankheiten bei unterschiedlichen Versorgungsumfeldern und Leistungserbringern funktionieren?
Debbie Singh
7. Wie lässt sich die Migration von Fachkräften im Gesundheitswesen steuern, damit negative Auswirkungen auf das Angebot vermindert werden?
James Buchan
8. Wie kann ein optimaler Qualifikationsmix effektiv erzielt werden und warum?
Ivy Lynn Bourgeault, Ellen Kuhlmann, Elena Neiterman, Sirpa Wrede
9. Stellen lebenslanges Lernen und Revalidierung von Ärzten sicher, dass Ärzte geeignet sind, zu praktizieren?
Sherry Merkur, Philipa Mladovsky, Elias Mossialos, Martin McKee
10. Wie können Gesundheitssysteme auf die Alterung der Bevölkerung reagieren?
Bernd Rechel, Yvonne Doyle, Emily Grundy, Martin McKee
11. Wie können europäische Staaten effiziente, gerechte und nachhaltige Finanzierungssysteme für die langfristige Versorgung älterer Menschen entwickeln?
José-Luis Fernández, Julien Forder, Birgit Trukeschitz, Martina Rokosová, David McDaid
12. Wie kann die Gleichheit von Frauen und Männern von Gesundheitssystemen berücksichtigt werden?
Sarah Payne
13. Wie kann Telemedizin an einer integrierten Versorgung mitwirken?
Karl A. Stroetmann, Lutz Kubitschke, Simon Robinson, Veli Stroetmann, Kevin Cullen, David McDaid
14. Wie lassen sich Voraussetzungen schaffen, um die Qualifikationen von Ärzten an neue Anforderungen und lebenslanges Lernen anzupassen?
Tanya Horsley, Jeremy Grimshaw, Craig Campbell
15. Wie lässt sich ein attraktives und unterstützendes Arbeitsumfeld für Fachkräfte des Gesundheitswesens schaffen?
Christiane Wiskow, Tit Albrecht, Carlo de Pietro

Das Europäische Observatorium besitzt ein eigenes Programm von Grundsatzpapieren (siehe <http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/publications/policybriefs/joint-hen-obs-policy-briefs>)

Das HEN produziert Syntheseberichte und Zusammenfassungen (verfügbar unter <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence-network-hen>).

World Health Organization
Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8,
DK-2100 Copenhagen Ø,
Denmark
Tel.: +45 39 17 17 17.
Fax: +45 39 17 18 18.
E-mail: postmaster@euro.who.int
Web site: www.euro.who.int

Dieses Grundsatzpapier wurde verfasst für die Konferenz der belgischen Ratspräsidentenschaft „In die europäischen Gesundheitsexperten von morgen investieren: Spielraum für Innovation und Zusammenarbeit“ (La Hulpe, 9.–10. September 2010).

Diese Veröffentlichung gehört zur gemeinsamen Serie von Grundsatzpapieren des Health Evidence Networks und des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik. Diese Serie richtet sich vor allem an politische Entscheidungsträger, die sich umsetzbare Informationen wünschen. Sie behandelt Fragen wie beispielsweise: Stellt etwas ein Problem dar und warum? Was ist über die wahrscheinlichen Folgen bekannt, wenn bestimmte Strategien zur Problemlösung gewählt werden? Wie lassen sich diese Strategien unter Berücksichtigung von Überlegungen zur Umsetzung von Politiken angemessen zu brauchbaren politischen Optionen kombinieren?

Aufbauend auf den Syntheseberichten des Networks und den Grundsatzpapieren des Observatoriums beruht diese Serie auf einer gründlichen Untersuchung und Bewertung der verfügbaren Forschungserkenntnisse und einer Beurteilung ihrer Relevanz für europäische Zusammenhänge. Die Grundsatzpapiere beabsichtigen nicht, ideale Modelle oder empfohlene Ansätze zu bieten. Indem sie wichtige Forschungsergebnisse zusammenfasst und im Hinblick auf ihre Relevanz für die Politik interpretiert, will die Serie vielmehr Informationen über mögliche Optionen der Politik liefern.

Das **Health Evidence Network** (HEN) des WHO-Regionalbüros für Europa dient politischen Entscheidungsträgern in den 53 Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO als eine glaubwürdige Quelle von Erkenntnissen. Auf seiner eigenen Webseite (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/health-evidence-network-hen>) bietet es zeitgemäße Antworten auf Fragen zu Bevölkerungsgesundheit, Gesundheitsversorgung und Gesundheitssystemen in Form von evidenzbasierten Berichten oder Grundsatzpapieren, Zusammenfassungen oder Notizen sowie einen einfachen Zugriff auf Erkenntnisse und Informationen zahlreicher Webseiten, Datenbanken und Schriften.

Das **Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik** ist eine Partnerschaft, die eine evidenzbasierte Gesundheitspolitik durch umfassende und genaue Analysen von Gesundheitssystemen in der Europäischen Region der WHO unterstützt und fördert. Es vereint ein breites Spektrum von politischen Entscheidungsträgern, Wissenschaftlern und Praktikern mit dem Ziel, Trends bei Gesundheitsreformen gestützt auf Erfahrungen aus ganz Europa zu analysieren, um Fragen strategisch-politischer Bedeutung zu klären. Die Produkte des Observatoriums sind auf seiner Webseite (<http://www.healthobservatory.eu>) verfügbar.