



Europäische Ministerkonferenz  
der WHO zum Thema Gesundheitssysteme:  
„GESUNDHEITSSYSTEME,  
GESUNDHEIT UND WOHLSTAND“  
Tallinn, Estland, 25.–27. Juni 2008

GESUNDHEITSSYSTEME UND POLITIKANALYSE

GRUNDSATZPAPIER

# Sind lebenslanges Lernen und Revalidierung Garanten für die Praxistauglichkeit von Ärzten?

Sherry Merkur, Philipa Mladovsky,  
Elias Mossialos und Martin McKee



Schlüssel Wörter:

PHYSICIANS

EDUCATION, MEDICAL,  
CONTINUING

CLINICAL COMPETENCE -  
standards

CERTIFICATION

DELIVERY OF HEALTH CARE

QUALITY OF CARE

HEALTH POLICY

EUROPE

Dieses Grundsatzpapier wurde für die Europäische Ministerkonferenz der WHO zum Thema Gesundheitssysteme (25. bis 27. Juni 2008, Tallinn, Estland) verfasst. Es erscheint in einer neuen Reihe, die sich an politische Entscheidungsträger und Gesundheitssystemmanager wendet.

In ihrem Rahmen sollen zentrale Aussagen entwickelt werden, welche die Gestaltung von Politik auf der Grundlage von Erkenntnissen unterstützen. Die Herausgeber beabsichtigen, die Reihe durch kontinuierliche Zusammenarbeit mit den Autoren auszubauen und die Berücksichtigung von Grundsatzoptionen und Umsetzungsfragen weiter zu verbessern.

© Weltgesundheitsorganisation 2008 bzw. Weltgesundheitsorganisation im Namen des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik 2008

---

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 Website des Regionalbüros für Europa ein Online-Formular für Dokumentation/ Information bzw. die Genehmigung zum Zitieren/ Übersetzen aus (<http://www.euro.who.int/PubRequest?language=German>).

---

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-/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 Weltgesundheitsorganisation unterstützt, empfohlen oder gegenüber ähnlichen, nicht erwähnten bevorzugt werden. Soweit nicht ein Fehler oder Versehen vorliegt, sind die Namen von Markenartikeln als solche kenntlich gemacht.

Die Weltgesundheitsorganisation hat alle angemessenen Vorkehrungen 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.

## Inhalt

	Seite
Zentrale Aussagen	
Kurzfassung	
Grundsatzpapier	
Das Thema: Lebenslanges Lernen und Revalidierung von Ärzten	1
Lebenslanges Lernen in der Praxis	5
Mögliche Herangehensweisen zur Steigerung der Attraktivität des lebenslangen Lernens	17
Schlussfolgerung und Überlegungen zur Umsetzung	20
Literatur	23

## Autoren

**Sherry Merkur**, LSE Health, Department of Social Policy, London School of Economics and Political Science, Vereinigtes Königreich, und Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik

**Philipa Mladovsky**, LSE Health, Department of Social Policy, London School of Economics and Political Science, Vereinigtes Königreich, und Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik

**Elias Mossialos**, LSE Health, Department of Social Policy, London School of Economics and Political Science, Vereinigtes Königreich, und Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik

**Martin McKee**, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Vereinigtes Königreich, und Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik

## Herausgeber

WHO-Regionalbüro für  
Europa und Europäisches  
Observatorium für  
Gesundheitssysteme  
und Gesundheitspolitik

## Redakteur

Govin Permanand

## Ko-Redaktion

Josep Figueras  
John Lavis  
David McDaid  
Elias Mossialos

## Redaktionsassistentz

Kate Willows  
Jonathan North

Die Autoren und Redakteure danken den Gutachtern für die Manuskriptdurchsicht und die vielen fachlich wertvollen Beiträge.

ISSN 1998-4219

## Zentrale Aussagen

### Thema und Kontext

- In einigen Ländern wird zunehmend nachdrücklich der Nachweis verlangt, dass praktizierende Ärzte nicht hinter vertretbare berufliche Standards zurückfallen. Auslöser dieser Forderung ist einerseits die Befürchtung, in der Grundausbildung erworbene Kenntnisse könnten rasch veralten. Andererseits zeigt sich darin das Bestreben, von Ärzten Rechenschaft über ihre Tätigkeit einzufordern.
- Man kann Ärzte für das lebenslange Lernen motivieren und dazu, Kenntnisse und Fertigkeiten fortlaufend zu aktualisieren. Dafür kommen eine Bewertung der ärztlichen Praxis, die Bestimmung relevanter Lernziele, der Erwerb von Fertigkeiten und Kenntnissen sowie Beurteilungsverfahren infrage.
- Eine Übersicht über die Gegebenheiten in ausgewählten europäischen Ländern sowie in Australien, Neuseeland und den Vereinigten Staaten von Amerika zeigt unterschiedliche Herangehensweisen, um ärztliche Kompetenz sicherzustellen. Das Ergebnis dieser Prozesse kann Rezertifizierung oder Lizenzverlängerung sein.
- Mit dem Begriff „Revalidierung“ sind alle Methoden abgedeckt, die dem Erhalt der ärztlichen Berufskompetenz dienen – zuallererst der Praxistauglichkeit. Im weiteren Sinne fallen darunter auch Maßnahmen gegen Ärzte mit ungenügender Praxistauglichkeit und folglich auch Methoden zur Verbesserung der ärztlichen Leistung.

### Sachdienliche Maßnahmen

- Medizinische Fortbildung und berufliche Weiterentwicklung sind am weitesten verbreitet und geeignet, die klinische Praxis und die gesundheitlichen Ergebnisse zu verbessern. Leistungsschwache Ärzte lassen sich damit jedoch nicht ermitteln.
- Anhand von Rezertifizierungsmaßnahmen lassen sich leistungsschwache Ärzte identifizieren. Wie Erfahrungen aus den USA zeigen, können auf diesem Wege auch gesundheitliche Resultate und die Versorgungsqualität angehoben werden.
- Es ist nicht möglich, fortlaufend die Leistung aller Ärzte in allen beruflichen Kompetenzbereichen zu überprüfen. Der Erkenntnisstand bezüglich des Instrumentariums zur Bewertung von Ärzten ist in den meisten Fällen wenig ergiebig, insbesondere im Hinblick auf die Behandlungsergebnisse. Auch Daten zur Kostenwirksamkeit fehlen weitgehend.

- Wenn die Revalidierung von staatlicher Seite vorgenommen wird, können damit Qualität und Rechenschaftslegung der Dienste kontrolliert werden. Im Rahmen von Selbstregulierung und Ko-Regulierung (zwischen berufsspezifischen und gesetzlich vorgesehenen Gremien) findet eine Neubestimmung der Berufsfreiheit ihren Ausdruck.

### **Überlegungen zur Umsetzung**

- Anreize und Sanktionen in unterschiedlicher Gewichtung eignen sich wahrscheinlich für die jeweiligen Länder am besten. Die derzeit schärfste Sanktion besteht im Entzug der Zulassung.
  - Es sind hoch entwickelte Informationssysteme erforderlich, um Revalidierungen durchführen und auswerten zu können.
  - In vielen Ländern ist es schwierig, die erforderlichen Ressourcen bereitzustellen, damit auch nur die grundlegenden Handlungskonzepte in die Tat umgesetzt werden können. Wenn die pharmazeutische Industrie zu den wichtigsten Geldgebern für die Revalidierung zählt, sollte von staatlicher Seite die Einrichtung einer unabhängigen Regulierungsinstanz erwogen werden, die das Prozedere inhaltlich festlegt.
-

## Kurzfassung

In einigen Ländern wird zunehmend nachdrücklich der Nachweis verlangt, dass praktizierende Ärzte nicht hinter vertretbare berufliche Standards zurückfallen. Auslöser dieser Forderung ist z.T. die Befürchtung, in der Grundausbildung erworbene Kenntnisse könnten rasch veralten. Der Nachweis wird in unterschiedlichen Formen verlangt, beginnend mit der – durch Sanktionsandrohungen untermauerten – Erwartung, dass Ärzte sich medizinisch fortbilden und beruflich weiterentwickeln, bis hin zur Forderung, die Aktualität der Fähigkeiten nachzuweisen, um weiter praktizieren zu dürfen. Als Beispiel für den letztgenannten Ansatz seien die im Vereinigten Königreich erarbeiteten Vorschläge für ein Revalidierungssystem genannt.

Lebenslanges Lernen ist ein Prozess, zu dessen Elementen die Beurteilung der praktischen Tätigkeit, die Bestimmung relevanter Lernziele, der Erwerb von Kenntnissen und Fertigkeiten und die Durchführung von Beurteilungen zählen. Schwerpunktmäßig geht es zum einen darum, durch medizinische Fortbildung und berufliche Weiterentwicklung auf dem Stand der Dinge zu bleiben, zum anderen, mittels verschiedener Beurteilungsverfahren und Rückmeldungen zu überprüfen, ob dieses Unterfangen erfolgreich war. Durch medizinische Fortbildung und ständige berufliche Weiterentwicklung kann ein Arzt Kenntnisse, Einstellungen und Fertigkeiten erweitern, was jedoch nichts über deren Qualität aussagt. Auch durch Audits und Feedback innerhalb eines Rückhalt gebenden Kontextes lässt sich ärztliche Berufspraxis verbessern. Rezertifizierung kann nach bestandenen Aufgaben erteilt werden. Mithilfe von Rezertifizierungssystemen sind die wenigen Ärzte mit schwerwiegenden professionellen Defiziten identifizierbar (Beispiele nur aus den USA). Revalidierung ist der Oberbegriff und fasst alles zusammen, was zur Sicherstellung ärztlicher Kompetenz vorgenommen und eingesetzt wird.

Abgestimmt auf die jeweiligen Gegebenheiten und den Bedarf ist von den Ländern zu erwägen, welchen Gremien die Regulierung der Ärzte überantwortet werden soll. Es scheint Übereinstimmung darin zu bestehen, dass Selbstregulierung bereitwilliger angenommen wird als staatliche Regulierung und dass sie Anreize für opportunistisches Verhalten und Verweigerung abbaut. Von einigen Seiten wird argumentiert, eine übereifrig betriebene Regulierung könne letztlich das Vertrauen in die Berufsgruppe und die Dienste eher unterlaufen als stärken. Es mag als Zeichen eines wachsenden Bewusstseins für die Problematik gelten, dass Formen der Ko-Regulierung oder partnerschaftlichen Regulierung zwischen Berufsorganisationen und gesetzlichen Körperschaften oder Zahlern vermehrt erprobt werden.

Hinsichtlich der Konzeptumsetzung sind beträchtliche Unterschiede feststellbar, was die an Ärzte gestellten Anforderungen sowie das Ob-und-Wie der

Revalidierung betrifft. Diese Varianten spiegeln die unterschiedlichen Traditionen – etwa die Vorstellungen von Berufsfreiheit, von Normen zur Rolle des Staates, vom Umfang der Übertragung an regionale Stellen und der Rolle der Zahler, z.B. der Sozialversicherungen. Einigkeit herrscht jedoch weitgehend darüber, dass eine Revalidierung transparent und nicht strafend sein sollte und dass es schwerpunktmäßig um berufliche Weiterentwicklung sowie darum geht, die wenigen „schlechten“ Ärzte ausfindig zu machen, die ein Risiko darstellen könnten. Es ist nicht klar, wie die Bewertung von Ärzten am wirkungsvollsten vorzunehmen ist. Wahrscheinlich sind es Anreize und Sanktionsandrohungen in unterschiedlicher Gewichtung, was in den einzelnen Ländern am besten funktioniert. Die schwerwiegendste Strafan drohung besteht im Entzug der Zulassung. Weniger gravierend ist der Verlust der Zertifizierung, wie in den USA, wo eine Zertifizierung nicht gesetzlich vorgeschrieben ist, um den Arztberuf auszuüben. Das Rezertifizierungssystem wurde in den USA erst eingeführt, nachdem die Bewertungsmethoden schrittweise evaluiert worden waren. Daraus ist für Länder, die solch ein System einführen wollen, die Empfehlung abzuleiten, schrittweise vorzugehen.

Die Informationslage ist für die Durchsetzung von entscheidender Bedeutung. Es muss Informationssysteme geben, um die Auswirkung der Revalidierung zu evaluieren. Länder, die über ein ausgefeiltes Gesundheitssystem und eine funktionierende elektronische Gesundheitsdokumentation verfügen, sind bei der Umsetzung von Revalidierungsvorhaben im Vorteil.

Die Entscheidungsträger müssen überlegen, wie das lebenslange Lernen finanziert werden soll. Hierbei ist das Schulungsangebot von dessen Regulierung zu trennen. Die Mittel für die Regulierung werden entweder vom Staat oder von einzelnen Berufsgruppen gestellt (oft über die Berufsverbände), während Mittel für die Schulungen auch aus anderen Quellen stammen können – vorwiegend aus Zuwendungen der pharmazeutischen Industrie. Da sich daraus eine mögliche inhaltliche Einflussnahme der Industrie auf die berufliche Weiterentwicklung ergibt, sollte von staatlicher Seite die Bildung eines unabhängigen regulierenden Gremiums erwogen werden, das die Details entsprechend dem Bedarf des Gesundheitssystems festlegt.

---

## Grundsatzpapier

### Das Thema: Lebenslanges Lernen und Revalidierung von Ärzten

Man ist sich zunehmend einig darüber, dass eine abgeschlossene medizinische Grundausbildung für einen Arzt nur den ersten Schritt im lebenslangen Lernen bildet. In vielen Ländern geht man dazu über, die fortlaufende Aktualisierung von Kenntnissen und Fertigkeiten motivierend zu unterstützen und in einigen Fällen auch zu fordern.

#### *Wege zum lebenslangen Lernen*

Zum lebenslangen Lernen gehört zumindest, dass Ärzte an medizinischen Fortbildungen teilnehmen, mit denen sie auf dem aktuellen Stand von klinischen Entwicklungen und medizinischem Wissen gehalten werden sollen. Ein erweitertes Verständnis von beruflicher Weiterentwicklung sieht medizinische Fortbildung und dazu die Entfaltung von persönlichen, sozialen und Managementfähigkeiten vor. In einer noch weitergehenden Form kommen kollegiale Begutachtung, externe Begutachtung und Praxisinspektionen zur Anwendung. Das Ergebnis dieses Prozesses kann Rezertifizierung oder Lizenzverlängerung sein. Dies ist allerdings nur selten der Fall.

In einigen wenigen Ländern wird von Ärzten verlangt, ihre fortbestehende Praxistauglichkeit ausdrücklich nachzuweisen. Der *General Medical Council* im Vereinigten Königreich prägte den Begriff Revalidierung und definierte ihn als Evaluierung der Praxistauglichkeit eines Arztes (1). Zwar steht die Bewertung im Zentrum dieser Definition, aber anerkanntermaßen handelt es sich hier um einen Bildungsprozess, der die berufliche Weiterentwicklung begünstigen und helfen soll, nicht praxistaugliche Personen ausfindig zu machen. Revalidierung ist somit ein Baustein in einem breiter angelegten Prozess mit dreifacher Zielsetzung:

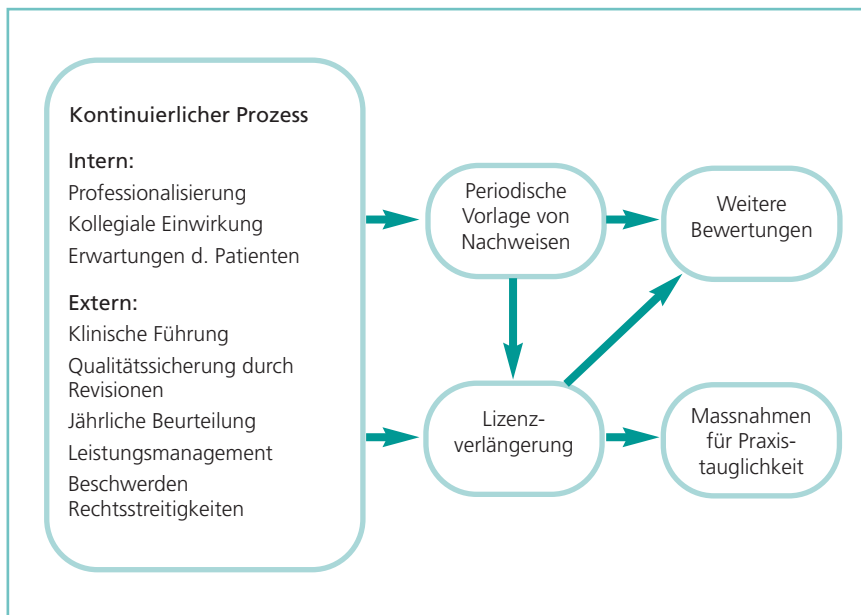
- Aufbau eines Systems für berufliche Rechenschaftslegung
- Sicherstellung, dass ein Grundniveau der Versorgung nicht unter akzeptable Standards absinkt
- Förderung einer kontinuierlichen Verbesserung der Versorgungsqualität (2,3).

Abbildung 1 veranschaulicht diese Zusammenhänge.

Das vorliegende Grundsatzpapier befasst sich mit Ansätzen für eine Revalidierung von Ärzten, die in Europa im Entstehen sind. Nach einer Diskussion der den Rahmen setzenden und die Auswahl der Ansätze beeinflussenden Faktoren folgt ein Überblick über den Stand von Erarbeitung und Umsetzung der Konzepte in europäischen Ländern, wobei auf die problematischen Punkte besonders eingegangen wird. Flankierend werden Beispiele aus Australien,



**Abb. 1. Das vollständige System kontinuierlicher und episodischer Qualitätssicherung**



Quelle: Pringle (1).

Neuseeland und den Vereinigten Staaten von Amerika angeführt und abschließend die Erkenntnisse aufgrund der verschiedenen Herangehensweisen diskutiert und Optionen für die Umsetzung erörtert.

Neben einer eingehenden Literaturrecherche liegen diesem Papier zugrunde:

- Ein Fragebogen zu Struktur, Prozess und Regulierung des lebenslangen Lernens mit Antworten aus Belgien, Deutschland, Frankreich, Österreich, den Niederlanden, Spanien und dem Vereinigten Königreich.
- Informationen der Europäischen Vereinigung der Fachärzte, des Europäischen Akkreditierungsrates für Ständige Medizinische Fortbildung und der *European Academy of Teachers in General Practice* sowie Informationen aus Quellen im Internet, etwa die vom Europäischen Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik vorgelegten Länderprofile „Gesundheitssysteme im Übergang“.

### *Der thematische Kontext*

Das europäische Projekt ExPeRT (external peer review techniques – Techniken für externe kollegiale Begutachtung), das von der Europäischen Kommission ab August 1996 für die Dauer von drei Jahren finanziert worden war, benannte die vier wichtigsten Modelle für externe kollegiale Begutachtung, deren Ziel die Messung der Qualität von Dienstleistungsmanagement und Dienstleistung ist: Akkreditierung der Gesundheitsversorgung, die Standards 9000 der Internationalen Organisation für Normung (ISO) (diese Akkreditierungsstandards waren ursprünglich für die Industrie entwickelt worden, werden seither aber auch in der Gesundheitsversorgung in den Bereichen Radiologie, Laborsysteme und Qualitätssysteme in klinischen Abteilungen angewandt), die *European Foundation for Quality Management Excellence Model* (eine Einrichtung zur Selbstbewertung für den Einsatz von externen Begutachtungen zwecks Erreichen von Qualitätsstandards) sowie *visitatie* – ein holländischer Ausdruck, der für „Visitation“ oder Formen der kollegialen Begutachtung steht (4–6).

Das Projekt ExPeRT definierte Visitation als eine auf Standards basierende Erhebung vor Ort, vorgenommen von medizinischen Fachleuten zum Zweck der Qualitätsbewertung der beruflichen Leistung von Kollegen, vorgenommen mit dem Ziel, die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern. Dieses Modell wurde am weitesten von den medizinischen Fachverbänden in den Niederlanden entwickelt, doch auch in verschiedenen anderen europäischen Ländern ist die Begutachtung durch Gruppen von Kollegen zu einer wichtigen Form der Qualitätsverbesserung in der primären Gesundheitsversorgung geworden. In den vergangenen 10 Jahren sind in Belgien, Dänemark, Deutschland, Irland, den Niederlanden, Norwegen, Österreich, Schweden, der Schweiz und im Vereinigten Königreich eine beträchtliche Anzahl solcher kollegialen Gutachtergruppen (auch als Qualitätszirkel bekannt) entstanden (7).

Das ExPeRT-Team vertrat die Ansicht, grundsätzlich könnten die Modelle für Qualitätssicherung innerhalb von Europa zusammengeführt werden, doch ob das praktikabel sei, hänge von der Bereitschaft von staatlichen Stellen, Leistungserbringern im Gesundheitswesen, einzelnen Fachleuten und Organisationen für Qualität im Gesundheitswesen ab, sich zusammenzusetzen und bestimmte sachdienliche Empfehlungen zu verabschieden (6). Ein derartiger Konsens wiederum erfordere die Vervollständigung fachlicher Analysen durch eine gründlichere konzeptionelle Analyse der sich verschiebenden Rollen und Machtverhältnisse in Bezug auf die Rechenschaftslegung in den europäischen Gesundheitssystemen (5).

Das Potenzial für die Realisierung verschiedener Modelle zur Qualitätssicherung ist in den einzelnen Ländern unterschiedlich und drückt die Machtverhältnisse zwischen den jeweiligen Zuständigen aus. Im Vereinigten Königreich z.B. vertritt

der größte Teil der Öffentlichkeit und der Hausärzte die Ansicht, Ärzte sollten regelmäßig überprüft werden um sicherzugehen, dass ihre Kenntnisse und Fähigkeiten noch zeitgemäß sind (8). Ähnliche Einstellungen werden aus den USA berichtet. Dort meint die Öffentlichkeit, Ärzte sollten bei den von ihnen am häufigsten behandelten Beschwerden hohe Erfolgsraten aufweisen können und periodisch einen schriftlichen medizinischen Wissenstest ablegen (9). Im Vereinigten Königreich führten eine Reihe von Faktoren dazu, den Status quo in Frage zu stellen. Insbesondere veranlassten Politiker gründliche Ermittlungen in Situationen, in denen ärztliches Verhalten nicht dem zu erwartenden Standard entsprach (10, 11), um damit die staatliche Regulierung der Berufsgruppe zu stärken (12). Dergleichen kommt zwar selten vor, doch verweisen solche Fälle auf eine Schwäche der zugrunde liegenden Systeme, mittels derer bei nachweislich unbefriedigender Leistung zu einem frühen Zeitpunkt eingegriffen werden könnte. In anderen Ländern sind die Patienten der ärztlichen Kompetenz gegenüber vielleicht weniger kritisch und verlangen weniger nachdrücklich nach Möglichkeiten, Rechenschaft einzufordern.

Ein weiterer Anlass das lebenslange Lernen ernstlich zu thematisieren sind die Hinweise auf das Ausmaß ärztlicher Irrtümer (13–15). Zwar handelt es sich dabei überwiegend um ein Systemversagen im weiteren Sinne, aber diese Vorfälle nähren die Bedenken hinsichtlich der ärztlichen Kompetenz. Einer von Eurobarometer durchgeführten Erhebung zufolge (16) bezeichnen fast vier von fünf Bürgern der Europäischen Union (78%) medizinische Kunstfehler als ein Problem in ihrem Land. In Italien (97%), Polen (91%) und Litauen (90%) betrachtet die große Mehrheit der Befragten dies als ein wichtiges Problem – im Gegensatz zu Dänemark und Finnland, wo die Bevölkerung ärztliche Irrtümer nicht für ein aktuelles Problem hält (16).

Alldem liegt die Einsicht zugrunde, dass sich in der Medizin ein schneller Wandel vollzieht und dass Kenntnisse und Fertigkeiten von Ärzten im Lauf der Zeit veralten können. Einer Metaanalyse zur Beziehung zwischen Erfahrung und Versorgungsqualität zufolge stellten 32 von 62 Studien (52%) bei allen untersuchten Behandlungsergebnissen abnehmende Leistungen mit zunehmenden Praxisjahren fest. Der Schluss liegt nahe, dass ältere Ärzte und solche, die seit vielen Jahren praktizieren, über weniger Faktenwissen verfügen, mit geringerer Wahrscheinlichkeit den angemessenen Versorgungsstandards genügen und möglicherweise dürrtigere Behandlungserfolge aufweisen können (17).

Noch ein Umstand zwingt die Länder, zu übereinstimmenden Konzepten für lebenslanges Lernen zu kommen, nämlich das Recht von Gesundheitsfachkräften und Patienten, sich grenzüberschreitend zu betätigen bzw. um Versorgung nachzusuchen. Ausgelöst durch einige viel beachtete Fälle stehen die Patientenbewegungen innerhalb der Europäischen Union hoch auf der politischen Tagesordnung (18–20), während die Bewegungen von Gesundheitsfachkräften

bisher weniger Aufmerksamkeit auf sich zogen (21). Berufliche Freizügigkeit beruht auf der wechselseitigen Anerkennung von Fachqualifikationen, womit angenommen wird, dass eine in einem Mitgliedstaat erworbene Praxisberechtigung auch für alle anderen Mitgliedstaaten gilt. Dies stimmt mit dem Prinzip der Freizügigkeit überein, das in verschiedenen europäischen Verträgen verankert ist. Die Barrieren sollten deshalb nicht höher sein als unbedingt nötig. Daraus leitet sich der Ruf nach einer besseren internationalen Abstimmung von Ausbildung, Zulassung und fortlaufender Bewertung von Ärzten ab. Es ist jedoch erstaunlich wenig verbreitet, wie Ärzte in den verschiedenen Mitgliedstaaten bewertet werden, wer mit der Regulierung beauftragt ist, welche Formen der Regulierung gebräuchlich sind und wie diese durchgeführt wird.

## Lebenslanges Lernen in der Praxis

### *Wer reguliert lebenslanges Lernen in Europa?*

In vielen westeuropäischen Ländern wird das lebenslange Lernen von Berufsorganisationen der Ärzte reguliert, manchmal im Rahmen gesetzlich verankerter Bestimmungen. In anderen Fällen sind Versicherer tonangebend und verlangen von ihren Vertragsärzten die Erfüllung bestimmter Auflagen. In den meisten Fällen sind verschiedene Repräsentanten verschiedener Gremien für die Einhaltung der Standards zuständig.

In Frankreich sind drei Berufskörperschaften entsprechend befasst: die *Conseils Nationaux de Formation Médicale Continue* (nationale Räte für die medizinische Fortbildung ambulant tätiger Ärzte, niedergelassener Ärzte und Krankenhausärzte). Zum Zeitpunkt der Abfassung des vorliegenden Papiers hatte jedoch nur der Rat für niedergelassene Ärzte Auflagen für die medizinische Fortbildung formuliert. Außerdem propagiert die französische Gesundheitsbehörde, die zusammen mit den Komitees für die Krankenhäuser dem Parlament rechenschaftspflichtig ist, medizinische Audits. Regionale Räte für medizinische Fortbildung haben zu gewährleisten, dass die Ärzte die Auflagen erfüllen, und die jeweiligen regionalen Räte des französischen Ärzteverbandes können in gebotener Weise einschreiten, falls dies unterbleibt.

Im Vereinigten Königreich ist die Teilnahme an Veranstaltungen zur beruflichen Weiterentwicklung seit Langem Voraussetzung für eine Beschäftigung im staatlichen Gesundheitsdienst und seit Kurzem auch für die fortbestehende Zugehörigkeit zu den *Royal Colleges*, die für die fachärztliche Ausbildung und Standards eine Schlüsselrolle spielen. Das Gesundheitsministerium in England hat sich verpflichtet, ein verbindliches Revalidierungssystem einzuführen, mit dem alle Ärzte erfasst werden sollen, unter welchen Gegebenheiten auch immer sie praktizieren (22). Die Ärzte sollen alle fünf Jahre ihre Praxislizenz erneuern müssen. Den *Royal Colleges* wird für die Rezertifizierung der Ärzte eine Rolle

zukommen, während der *General Medical Council* für die Qualitätssicherung im Anerkennungsverfahren für die Lizenzverlängerung zuständig sein wird.

In Belgien erteilt der Minister für Bevölkerungsgesundheit die Zulassung für Ärzte. Diese Lizenz berechtigt lediglich dazu, sich Arzt für Allgemeinmedizin oder Facharzt zu nennen. Ärzte müssen eine weitere Zulassung beim *Institut national d'assurance maladie-invalidité* beantragen, wenn ihren Patienten die Behandlung erstattet werden soll, und sie können um eine weitere Akkreditierung nachsuchen und damit höhere Bezüge erlangen.

Zuständigkeiten und Verfahren für die Regulierung von Ärzten spiegeln die unterschiedlichen Rahmenbedingungen in den Ländern wider. Tabelle 1 erlaubt den Vergleich der Revalidierungsansätze in ausgewählten Ländern der Europäischen Region der WHO. Berufsgruppenspezifische Selbstregulierung überwiegt und findet gelegentlich völlig unabhängig von staatlichen Stellen, in anderen Fällen unter staatlicher Aufsicht oder mit staatlicher Beteiligung statt. Es scheint verbreiteter Konsens zu sein, dass eine Selbstregulierung bereitwilliger akzeptiert wird und weniger Anreiz für opportunistisches Verhalten und Verweigerung gibt.

### ***Die Rolle der medizinischen Regulierungsinstanzen***

Die Regulierungsbehörden in Europa haben eine Reihe von Schritten unternommen, um Kenntnisse und Fertigkeiten der Ärzte zu validieren. Nachstehend werden ausgewählte Beispiele vorgestellt.

Seit dem Jahr 2005 müssen Ärzte in den Niederlanden sich medizinisch fortbilden und alle fünf Jahre einer kollegialen *visitatie* unterziehen. Die Revalidierung ist Bedingung für den Eintrag ins Ärztereister. Diese Visitationen werden von einem Kollegium aus drei Ärzten durchgeführt, von denen einer kürzlich visitiert worden war und ein anderer demnächst visitiert werden wird. Visitationen bestehen aus einer umfassenden Praxisbewertung und fortlaufenden Diskussionen zur Befolgung klinischer Leitlinien sowie der Einbeziehung von Patientenäußerungen.

Ärzte in Deutschland erhalten ihre zum Praktizieren berechtigende Zulassung durch die zuständigen Ministerien der Bundesländer und werden durch die Ärztekammern in den Bundesländern (Berufsverbände) reguliert. Seit Verabschiedung des Gesundheitsreformgesetzes im Jahr 2004 wurden auf Ebene der Bundesländer eine Reihe von Akkreditierungsverfahren eingeführt. Nach dem deutschen Revalidierungsschema müssen Ärzte alle fünf Jahre medizinische Fortbildung nachweisen (250 Anrechnungspunkte von jeweils ungefähr 45 Minuten). Vertragsärzte der gesetzlichen Krankenversicherungen, die in der ambulanten Versorgung tätig sind, unterliegen nicht den detaillierten Regulierungen zu den Themenbereichen, die in der Fortbildung abzudecken

sind. Im Gegensatz dazu müssen Fachärzte im Krankenhaus nachweisen, dass sich 70% ihrer Berufsausbildung auf Themen ihrer Fachrichtung bezogen haben. Radiologen benötigen eine zusätzliche Rezertifizierung, wenn sie Mammographien vornehmen. Für ausschließlich privat praktizierende Ärzte sind diese Fortbildungen freiwillig. Im Verweigerungsfalle können die kassenärztlichen Vereinigungen der Bundesländer die Vergütung nach einem Jahr um 10% und nach zwei Jahren um 25% reduzieren. Falls das Zertifikat für medizinische Fortbildung nicht innerhalb von zwei Jahren nach Ablaufdatum erworben wird, kann die Zulassung entzogen werden. Alle Bundesländer mit Ausnahme von Baden-Württemberg haben ein computergestütztes Registrierungssystem für medizinische Fortbildung eingeführt. Ende Juni 2009 soll das System der medizinischen Fortbildung erstmals überprüft werden. Die Teilnahme an diesen Fortbildungen soll mit Qualitätssicherungssystemen verknüpft werden, um somit ein breiter ausgelegtes System der beruflichen Weiterentwicklung zu erlangen.

Im Vereinigten Königreich ist der *General Medical Council* für die Bewertung der Praxistauglichkeit von Ärzten zuständig und erarbeitet dafür gemeinsam mit staatlichen Stellen und Berufsorganisationen ein Revalidierungssystem. Der *Chief Medical Officer* für England initiierte im Juli 2006 öffentliche Beratungen zu künftigen Perspektiven. Er schlug vor, die Revalidierung zu untergliedern in:

1. Lizenzverlängerung, die eine Tätigkeit als Allgemeinmediziner erlaubt, und
2. Rezertifizierung für eine Tätigkeit als Allgemeinmediziner oder Facharzt (23).

Eine Lizenzverlängerung wäre alle fünf Jahre fällig, gestützt auf ein überarbeitetes Anerkennungsmodell, wie es derzeit vom staatlichen Gesundheitsdienst eingesetzt wird. Es soll jedoch auf alle Ärzte unabhängig von ihrem Arbeitsplatz angewandt werden und zudem die allgemeinen und speziellen Standards des *General Medical Council* integrieren sowie die Ansichten von Patienten und Kollegen (360° Rückmeldung). Die Rezertifizierung der Ärzte soll anhand der von den *Royal Colleges* erarbeiteten Verfahren erfolgen. Ärzte, die in einem der beiden Verfahren nicht bestehen, müssten eine Zeit lang unter Supervision praktizieren. Das Gesundheitsministerium billigte diesen zweigliedrigen Ansatz im Februar 2007 (20). Die zur Rezertifizierung führenden Erkenntnisse können aus unterschiedlichen Quellen stammen (je nach Fachrichtung), u.a. aus klinischen Audits, Wissenstests, Rückmeldungen von Patienten, Beurteilung durch den Arbeitgeber, kontinuierlicher beruflicher Weiterentwicklung oder Überwachung der Praxis (24). Die Qualitätssicherung für das Verfahren wird beim *General Medical Council* liegen.

In einigen Ländern ist die Teilnahme an medizinischen Fortbildungsprogrammen gängige Praxis. Das Fortbildungsprogramm für zugelassene Ärzte in Österreich, das Diplom-Fortbildungs-Programm, wurde im Dezember 2001 gebilligt. Das

**Tabelle 1. Revalidierung der Ärzteschaft in ausgewählten Ländern in der Europäischen Region der WHO**

Land	Revalidierungsformen				Sanktionen oder Belohnung	Regulation hauptsächlich durch	Weitere Instanzen
	Zeit- rahmen (in Jahren)	Medizinische Fortbildung und kontinuierliche berufliche Weiter- entwicklung	Kol- legiale Begut- achtung	Obligatorisch			
Belgien	3	ja	ja	nein	finanzielle Anreize (Bezüge ca. 4% erhöht)	Gesundheitsministerium (st) u. <i>Institut national d'assurance maladie- invalidité (Vs)</i>	n.z.
Bulgarien	3	ja	nein	nein	nein	Ministerium f. Gesundheit (st)	n.z.
Dänemark	n.z.	ja	ja	nein	nein	Dänischer Ärzteverband (BO)	Wissenschaftliche Gesellschaften d. Landes
Deutschland	5	ja	nein	ja (Allgemein- u. Fachärzte Vertragsärzte d. Krankenkassen)	Verweigerung führt zu Vergütungs- einbußen; nach weiteren 2 Jahren Entzug d. Zulassung	Ärzttekammern d. Bundesländer (BO)	Ministerien f. Gesundheit od. Soziales d. Bundes- länder (st); kassenärztliche Vereinigungen in d. Bundesländern (BO); Bundesvereinigung d. Kassenärzte (BO)
Finnland	1	ja	ja	nein	nein	Rat f. d. Evaluierung d. med. Fortbildung	Finnischer Ärzteverband (BO)

Frankreich	5	ja	ja <sup>a</sup>	ja	Gerichtsverfahren durch d. regionalen Räte d. französischen Ärzteverbandes (nicht überwacht)	Nationale Räte f. med. Fortbildung (BO)	Regionale Räte f. med. Fortbildung (BO); regionale Räte d. französischen Ärzteverbandes (BO); französische Gesundheitsbehörde (u.G.)
Griechenland	5	ja	nein	ja (für Ärzte im Nationalen Gesundheitsdienst)	nein	Komitee f. Bildung u. Ausbildung im Nationalen Zentralrat f. Gesundheit	Panhellenischer Ärzteverband; medizinische Fachgesellschaften; medizinische Hochschulen; Krankenhäuser im nationalen Gesundheitsdienst
Irland	5	ja	ja	ja	steht zur Entscheidung an	Medical Council (G)	Royal Colleges (BO); Irish Health Services Accreditation Board (u.G.)
Italien	3	ja	nein	ja	nein	Kommission f. med. Fortbildung beim Gesundheitsministerium (st)	Italienischer Ärzteverband (BO)
Kroatien	6	ja	nein	ja	bei Verweigerung Prüfung f. Zulassungserhalt verlangt	Kroatische Ärztekammer (u.G.)	Institut f. Lizenzierung u. Lizenzverlängerung; Fachgesellschaften (BO); kroatischer Ärzteverband (BO);

a (Evaluierung d. Berufspraxis)



**Tabelle 1. Revalidierung der Ärzteschaft in ausgewählten Ländern in der Europäischen Region der WHO (fortgesetzt)**

Land	Zeit- rahmen (in Jahren)	Revalidierungsformen				Sanktionen oder Belohnung	Regulation hauptsächlich durch	Weitere Instanzen
		Medizinische Fortbildung und kontinuierliche berufliche Weiter- entwicklung	Kol- legale Begut- achtung	Obligatorisch	ja nein			
Luxemburg	n.z.	ja	nein	nein	nein	Nationaler Ärzteverband (BO)	Facharztgesellschaften (BO); Abt. d. Krankenhäuser; Gesellschaft für wiss. Medizin	
Niederlande	5	ja	ja ( <i>visitatie</i> )	ja (Fachärzte)	Ausschluss aus d. Arztregister	Zentralkolleg f. Fachärzte (BO)	Zentrale Informationsstelle für Gesundheitsberufe (st)	
Norwegen	5	ja	nein	ja (für Allgemein- mediziner)	finanzielle Anreize bei Rezertifizierung	Norwegischer Ärzteverband (BO)	Gesundheitsministerium (st)	
Österreich	3	ja	ja	ja	gesetzliche Vorschrift	Österreichische Ärztchamber (PO)	Bundesministerium f. Gesundheit u. Frauen (st), Österreichische Akademie der Ärzte	
Portugal	n.z.	ja	nein	nein	nein	Portugiesischer Ärzteverband (BO)	n.z.	

Rumänien	5	ja	nein	ja	Entzug d. Zulassung	Rumänische Hochschule f. Ärzte (u.G.)	Wiss. Gesellschaften; Berufsorganisationen (BO)
Schweden	n.z.	ja	nein	nein	nein	Institut f. d. berufl. Weiterentwicklung v. Ärzten in Schweden (u.G.)	Schwedischer Ärzteverband (BO); schwedische Gesellschaft f. Medizin; Verbund d. schwedischen Kreisräte (st)
Schweiz	n.z.	ja	nein	ja (Fachärzte)	Verlust d. Mitgliedschaft im Schweizerischen Ärzteverband	Wiss. Gesellschaften u. Schweizerischer Ärzteverband (BO)	n.z.
Slowakei	5	ja	nein	ja	nein	Slowakischer Rat f. Akkreditierung (u.G.)	Slowakische Ärztekammer; slowakischer Ärzteverband (BO); Universitäten; wiss. Gesellschaften
Slowenien	7	ja	ja	ja (ca. 2,5% d. Ärzte pro Jahr)	Verweigerung führt zu erneuter Prüfung	Ärzttekammer Sloweniens (BO)	Gesundheitsministerium (st); slowenische medizinische Gesellschaft
Spanien	n.z.	ja (9 von 17 Provinzen)	nein	nein	je nach Kommissionen i.d. Provinzen unterschiedlich	Spanischer Ärzteverband (BO)	Ministerium f. Gesundheit u. Bildung (st); medizinische Hochschulen (BO); Kommission f. d. Fortbildung v. Gesundheitsfachkräften, Akkreditierungsrat f. medizinische Fortbildung

**Tabelle 1. Revalidierung der Ärzteschaft in ausgewählten Ländern in der Europäischen Region der WHO (fortgesetzt)**

Land	Revalidierungsformen					Regulation hauptsächlich durch	Weitere Instanzen
	Zeitraum (in Jahren)	Medizinische Fortbildung und kontinuierliche berufliche Weiterentwicklung	Kolllegiale Begutachtung	Obligatorisch	Sanktionen oder Belohnung		
Tschechische Republik	5	ja	nein	ja	keine Sanktionen in den ersten 6 Jahren (2004–2010)	Ärztchamber (u.G.)	n.z.
Türkei	1	ja	nein	nein	nein	Akkreditierungsrat d. türkischen Ärzteverbandes (BO)	n.z.
Ungarn	5	ja	ja	ja	bei Verweigerung spezielle Prüfung vor einer Kommission verlangt	Ärztchamber	Komitee f. Qualitätskontrolle in d. med. Fortbildung
Vereinigtes Königreich	5	ja	ja (360° Feedback)	anstehend: niedergelassene Allgemeinmediziner u. Fachärzte	Negativbewertung hat Supervision d. Praxis zur Folge	Gesundheitsministerium (st)	General Medical Council (BO); Royal Colleges (Allgemeinmediziner u. Fachärzte) (BO)
Zypern	3	ja	nein	ja	nein	Ärzteverband Zyperns	Wissenschaftliche Gesellschaften d. Landes

Anmerkung: Tabelle 1 verzeichnet die regulierende Instanz oder Behörde, soweit bekannt:

st: staatlich;

u.G.: unabhängiges Gremium;

VS: Versicherung;

n.z.: nicht zutreffend;

BO: Berufsorganisation.

Quelle: ausgewertete Länderfragebögen (Belgien, Deutschland Frankreich, Niederlande, Österreich, Spanien und Vereinigtes Königreich) sowie Webseiten von Europäische Vereinigung der Fachärzte und *European Medical Network* (übrige Länder).

Zertifikat ist drei Jahre lang gültig. Ärzte müssen 150 Anerkennungspunkte erwerben, von denen 120 aus zertifizierten Fortbildungen im Bereich ihrer Fachrichtung stammen müssen. Mindestens 40 Anerkennungspunkte müssen in der engeren Spezialisierung des Arztes erworben sein. Anerkennungspunkte können auch durch kollegiale Begutachtungen angesammelt werden. Seit 2001 ist ein Gesetz in Kraft, das die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen und berufliche Weiterentwicklung für Ärzte verpflichtend macht. Die Zuständigkeit liegt per Gesetz bei der Österreichischen Ärztekammer. Die eigentliche Ausführung des Programms erfolgt durch die Österreichische Akademie der Ärzte als deren für Bildung und Ausbildung zuständiger Sektion. Die Kammer vertritt die Ansicht, die Fortbildung für Mediziner solle unabhängig und international wettbewerbsfähig sein, hohen wissenschaftlichen Standards genügen und nicht an wirtschaftliche Interessen geknüpft sein (25).

In Belgien sind Allgemeinmediziner und Fachärzte gesetzlich verpflichtet, gewisse Standards einzuhalten. Finanzielle Anreize sollen zur weiteren Akkreditierung anregen. Das Gesundheitsministerium vergibt die zum Praktizieren berechtigende Lizenz. Allgemeinmediziner müssen bestimmte Kriterien erfüllen, darunter: Patientenakten führen, Teilnahme an der örtlichen Rufbereitschaft, Sicherstellung von Versorgungskontinuität, Vornahme von mindestens 500 Konsultationen im Jahr. Zudem haben sie regelmäßig für Erweiterung und Erhalt ihrer medizinischen Kenntnisse, Fertigkeiten und Leistungsfähigkeit zu sorgen. Durch die Akkreditierung kann das letztgenannte Kriterium erfüllt werden, oder aber der Arzt weist pro Jahr 20 Stunden medizinische Fortbildung nach, die vom Lizenzierungsausschuss für Allgemeinmediziner anerkannt sind. Fachärzte müssen ihre Kompetenz während ihrer gesamten Berufstätigkeit anhand von praktischen und wissenschaftlichen Fortbildungsveranstaltungen erhalten und ausbauen.

Das *Institut national d'assurance maladie-invalidité* akkreditiert einen Arzt, wenn weitere Auflagen erfüllt sind, etwa die Teilnahme an medizinischen Fortbildungsveranstaltungen und kollegialen Begutachtungen. Die Akkreditierung ist zwar nicht zwingend vorausgesetzt, sie erlaubt es dem Arzt jedoch, höher zu liquidieren und kann somit das Jahreseinkommen um ungefähr 4% steigern (26). Eine Akkreditierung ist drei Jahre lang gültig. Für die Verlängerung werden von Fach- und Allgemeinärzten 200 Anerkennungspunkte aus medizinischer Fortbildung sowie die Teilnahme an mindestens zwei kollegialen Begutachtungen pro Jahr verlangt. Für Krankenhausärzte ist die Teilnahme am kollegialen Begutachtungsprozess verpflichtend, selbst wenn sie keine Akkreditierung anstreben.

Frankreich hat ein System eingeführt, das in Teilen der Revalidierung dient. Es hat ausdrücklich zum Zweck, Kosten aufgrund ineffizienter Versorgungsleistungen einzudämmen. Fortbildungsveranstaltungen und Audits (als Evaluierung von

Berufspraxis) wurden 2004 unabhängig voneinander eingeführt. Die Teilnahme an beiden Verfahren ist Pflicht und sollte alle fünf Jahre bewertet werden. Der Generalinspektor für Soziales hat dazu jedoch Kritik geäußert, da beide Verfahren nicht fortlaufend überprüft werden. Zudem haben sich einige kritische Punkte gezeigt, u.a.:

- Ein Mangel an Information zur klinischen Praxis der Ärzte
- Kosten und Finanzierungsgewähr von Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte
- Interessenkonflikte beim Management des Systems sowie
- Schwächen bei der konzeptuellen Grundlage und dem Management des Systems (27).

Weiterhin und aufgrund des Umstandes, dass die für die Regulierung der Fortbildung und die Voraussetzungen für die Evaluierung der Berufspraxis zuständigen Institutionen nicht denselben gesetzlichen Status haben, erwies sich die Evaluierung von Berufspraxis als schwierig und erfolgte mit Verzögerung. Da die Einführung einer Fortbildungspflicht für Ärzte im Jahr 1996 die Teilnahme nicht steigerte, wird vielfach bezweifelt, dass sich das Verhalten der Ärzte ändert, solange rigorose Vorkehrungen für die Durchsetzung fehlen.

In Spanien ist die Fortbildung für Ärzte den Angaben zufolge fragmentiert. In den Regionen, die für die Gesundheitsversorgung zuständig sind, nimmt das Interesse an der Erarbeitung von Plänen für eine Zertifizierung und Rezertifizierung jedoch zu. Der Gesetzgeber hat die Notwendigkeit von sowohl Zertifizierung als auch Rezertifizierung erkannt, und die medizinischen Hochschulen haben ein System freiwilliger Fortbildung für Ärzte eingerichtet. Die spanische Kommission für die Fortbildung von Gesundheitsfachkräften gab 1998 den Anstoß für ein landesweites medizinisches Fortbildungssystem, das sich an die katalanischen Erfahrungen mit einem umfassenden Fortbildungs- und Akkreditierungssystem für Ärzte (28) anlehnt. Bis zum Jahr 2005 war es jedoch nur durch neun von 17 Regionalausschüssen umgesetzt worden.

Wie diese Zusammenfassung zeigt, existieren beträchtliche Unterschiede hinsichtlich der Auflagen für Ärzte sowie der Art und Weise, wie auf deren Erfüllung gedrungen wird. Darin spiegeln sich die unterschiedlichen Traditionen, etwa die Vorstellungen von Berufsfreiheit, die Normen zur Rolle des Staates, das Ausmaß der Aufgabenübertragung an regionale Gremien und die Rolle der Zahler, etwa der Sozialversicherungen.

### ***Außereuropäische Beispiele für lebenslanges Lernen***

In den Vereinigten Staaten verfolgt man mit dem Zertifizierungssystem des *Specialty Board* eine der umfassendsten Herangehensweisen an lebenslanges

Lernen. Ursprünglich war die Teilnahme an diesem System freiwillig. Doch wuchs der Druck auf die Ärzteschaft, sich um eine Zertifizierung und nachfolgend Rezertifizierung zu bemühen, sodass im Jahr 2006 87% der Ärzte in den USA zertifiziert waren (29). Einer der Gründe hierfür war die erstarkende Verbraucherbewegung im Gesundheitswesen, ein weiterer, dass in strukturierten Behandlungsprogrammen eine Zusammenarbeit mit zertifizierten Ärzten bevorzugt wurde. Der dritte Grund ergab sich 2002, als alle 24 unter dem *American Board of Medical Specialties* zusammengefassten Gremien sich auf vergleichbare Standards für die Zertifizierung einigten, desgleichen auf die Voraussetzungen für die Rezertifizierung und auf eine weitere Auflage, die eine Evaluierung der Praxisleistung für den Zertifizierungserhalt vorsieht.

In allen Fachrichtungen hat der Rezertifizierungsprozess vier Voraussetzungen:

1. eine gültige und uneingeschränkte Lizenz des Bundesstaates, in dem der Arzt praktiziert
2. Selbstevaluierung des Kenntnisstandes zwecks Ausbau und Stärkung der Fortbildungsstandards, einschließlich des Nachweises von Studien in erheblichem Umfang
3. eine verlässliche Wissensprüfung ohne Zuhilfenahme von Gedächtnisstützen
4. Beurteilung der Leistung in der Praxis.

Hausärzte, Internisten und Kinderärzte ohne Zusatzspezialisierung gelten unter dem *American Board of Medical Specialties* als Fachärzte. Derzeit wird – je nach Fachrichtung – in Abständen von sechs bis zehn Jahren eine Rezertifizierung verlangt (29). Eine entsprechende Lizenz ist in den Vereinigten Staaten gesetzliche Voraussetzung, um ärztlich praktizieren zu können, eine Zertifizierung dagegen nicht. Es wird angeführt, einer der wichtigsten Vorzüge dieses Systems sei die Unabhängigkeit der landesweit tätigen Bewertungsinstanzen von den direkten Standesvertretungen (30).

In Neuseeland ist die Teilnahme an einem anerkannten Programm Pflicht, um eine Zulassung als Arzt (Facharzt) zu behalten. Im *New Zealand Medical Practitioners Act* von 1995 ist festgelegt, dass die ärztliche Zulassung oder das Praxiszertifikat eines Arztes mit Auflagen versehen oder suspendiert werden kann, falls die Leistungen bei Teilnahme an Rezertifizierungs- oder Kompetenzprogrammen unbefriedigend sind. In diesen Fällen muss der Arzt sich um den Erhalt der allgemeinen Zulassung bemühen, indem er unter Supervision praktiziert (26). Seit 2001 wird von jedem niedergelassenen Arzt erwartet, jährlich mindestens 50 Stunden für Fortbildungsveranstaltungen aufzubringen, u.a. für externe Audits, kollegiale Fallbegutachtung, Ergebnisanalyse und Praxisreflexion. Der *Medical Council of New Zealand* erteilt dafür jährlich ein Praxiszertifikat. Falls bestimmte Standards nicht eingehalten werden, wird die

Zulassung eingezogen. Für die Formulierung der Rezertifizierungsstandards ist ein Berufskollegium zuständig (1).

Die Bundesregierung von Australien legt seit den frühen 1990er Jahren und der Gründung des *Australian Council for Safety and Quality in Health Care* großes Gewicht auf Sicherheit und Qualität im Gesundheitswesen. Das Gesundheitssystem in Australien ist dezentralisiert. Medizinische Kuratorien auf bundesstaatlicher Ebene erteilen Ärzten die Praxiszulassung, befassen sich mit Beschwerden und mangelhafter Leistung. Ein in einem Bundesstaat zugelassener Arzt darf jedoch auch in anderen Bundesstaaten praktizieren (23). In Neusüdwaales müssen alle Ärzte seit dem Jahr 2000 jährlich ihre fortbestehende Praxistauglichkeit nachweisen. Dies geschieht in Form von umfangreichen Eigenangaben zu u.a. dem aktuellen Stand von Qualifikationen und Berufserfahrungen, Gesundheitsstatus, strafrechtlicher Verfolgung und Verurteilungen, disziplinarischen Maßnahmen sowie „Professionalität“. Unter diesen Punkt kann die Selbstbescheinigung von ärztlicher Fortbildung oder die Teilnahme an einem standardisierten Programm fallen, das von einem der fachärztlichen Hochschulen des Landes angeboten wird. Derzeit gibt es jedoch keine direkte Verknüpfung zwischen Einhaltung der jährlichen Meldungen und Verlängerung der staatlichen Zulassung (Rezertifizierung) (23).

## **Mögliche Herangehensweisen zur Steigerung der Attraktivität des lebenslangen Lernens**

### *Welche Modelle stehen zur Verfügung?*

Zwar sind im größten Teil Europas die Arbeiten an den Modellen noch nicht abgeschlossen und es ist kein eindeutig überlegener Ansatz erkennbar, aber es wäre viel aus den Erfahrungen von Ländern zu lernen, die bereits über entwickeltere Systeme verfügen, mit denen für lebenslanges Lernen gesorgt werden soll. Eine Untersuchung der aus Kanada, Neuseeland und dem Vereinigten Königreich vorliegenden Erfahrungen (31) gliederte die Modelle zur Bewertung des Fortbestandes von Berufskompetenz in zwei weit gefasste Kategorien, nämlich in ein Lernmodell und ein Bewertungsmodell, wobei letzteres in vier Untergruppen weiter unterteilt wurde. Nachstehend werden diese Modelle zusammengefasst und angegeben, wo in Europa sie derzeit Anwendung finden (vergleiche Tabelle 1).

#### *Das Lernmodell*

Nach diesem Modell gestaltete Programme honorieren für gewöhnlich die Teilnahme an formellen Fortbildungsveranstaltungen, Selbsteinschätzung des Lernbedarfs, Rückmeldung durch Patienten, wissenschaftliche Aktivitäten und Audits. Überwiegend basieren sie auf einer kontinuierlichen Qualitätsverbesserung. Dieses Modell zielt auf eine Verbesserung der klinischen



Kompetenz ab, kann jedoch leistungsschwache Ärzte nicht ausfindig machen. Alle in Tabelle 1 aufgeführten Länder setzen das Lernmodell ein, einige in Kombination mit anderen Modellen.

### *Das Bewertungsmodell*

Das Modell zur Bewertung praktizierender Ärzte betont berufliche Leistung wie auch die Fachkompetenz und kommt somit dem Gedanken der Revalidierung näher. Das entsprechende Instrumentarium ist an dasjenige angelehnt, das in der Grundausbildung und der Berufsausbildung eingesetzt wird, und dient spezifisch dem Zweck, die praktische Leistung des Arztes zu bewerten. Es sind z.B. Interviews, fallbasierte mündliche Prüfungen, Aktendurchsicht, von Kollegen vorgenommene Einstufung, Fragebögen zur Zufriedenheit der Patienten und Beobachtungen der Patientenkontakte. In der Studie wurde zwischen vier verschiedenen Bewertungstypen unterschieden, die jeweils ihre eigene Problematik aufweisen (31).

Reaktive Bewertung: Hierbei wird die Leistung eines Arztes erst nach Eingang einer Beschwerde oder eines Berichts über ein Problem bewertet. Leistungsschwäche bei den Berufsvertretern insgesamt lässt sich auf diese Weise nicht identifizieren. Keines der in Tabelle 1 aufgeführten Länder verlässt sich ausschließlich auf diese Methode.

Periodische Bewertung aller Berufsvertreter: Damit ist eine routinemäßige, vollständige Bewertung aller Ärzte in allen Kompetenzbereichen gemeint. Darunter können fallen: Beurteilung von Behandlungsergebnissen, Evaluierung von medizinischem Wissen und medizinischer Urteilsfähigkeit (Überprüfung von Referenzen) sowie die Einschätzung von Kollegen und Patienten. Dieser Ansatz ist überaus ehrgeizig, wenn nicht unrealistisch, und wird von keinem der in Tabelle 1 genannten Länder umfassend verfolgt.

Screening für alle Berufsvertreter: Hierbei erfolgt die Evaluierung unter spezifischen Kriterien mit dem Ziel, Inkompetenz im weiteren Sinne zu ermitteln, indem der Schwerpunkt auf bestimmte Qualitätsindikatoren gelegt wird. Für die einschlägigen Tests können Einstufungen durch Kollegen, Fragebögen zur Selbstbewertung und Patientenfragebögen eingesetzt werden. Es wurde jedoch kein einfacher Screeningtest gefunden, der ungenügende ärztliche Leistung zuverlässig, valide und praktisch nachweisen ließe. Dieses Modell findet in Frankreich, Irland, den Niederlanden, Österreich, Slowenien und im Vereinigten Königreich Anwendung.

Screening bei erhöhtem Risiko: Hierbei wird erst eine Gruppe zum Zweck einer eingehenderen Untersuchung ermittelt. Das kann durch Zugriff auf eine Datenbank geschehen, um „Ausreißer“ anhand von Indikatoren aufzuspüren, etwa dem Verschreibungs- oder Überweisungsverhalten. Eine weitere

Möglichkeit besteht darin, Ärztegruppen zu untersuchen, die statistisch eher eine unterdurchschnittlich gute Gesundheitsversorgung leisten, z.B. ältere Ärzte (17). Keines der in Tabelle 1 genannten Ländern scheint offiziell diesen Weg zu wählen. Da bei dieser Art von Zielgruppenauswahl die Gefahr einer Verletzung von Privatsphäre und Menschenrechten bestünde, dürfte sie in der Praxis nicht funktionieren.

Ein Hauptproblem für die sichere Ermittlung von Praxistauglichkeit liegt im ungenügenden Erkenntnisstand zu den einschlägigen Screeningmethoden. Eine kritische Betrachtung der Evidenz zur Effizienz von Audits und Feedback (32), Selbstbeurteilung (33), Feedback aus multiplen Quellen (34,35) und von Messwerten für Behandlungsergebnisse laut Patientenangabe (36) ergab, dass sich damit zwar Berufspraxis und Versorgungsqualität anheben lassen, dass jedoch wenig darüber bekannt ist, ob damit die gesundheitlichen Ergebnisse für die Patienten verbessert werden und ob Kostenwirksamkeit gegeben ist. Aufgrund der Erkenntnisse zu ärztlicher Fortbildung und beruflicher Weiterentwicklung (37–40) sowie Rezertifizierung (3,41–48) ist festzustellen, dass diese Methoden wohl die gesundheitlichen Ergebnisse für die Patienten anheben können, dass jedoch zuverlässige Daten zur Kosteneffizienz weitgehend fehlen.

### ***Regulierung und Vorkehrungen für die Durchsetzung***

Die Ergebnisse der Studie zur Situation in Kanada, Neuseeland und im Vereinigten Königreich (31) sowie ein internationales Gutachten (zu Australien, Finnland, Kanada, Neuseeland und den Vereinigten Staaten) über die Regulierung von Ärzten, in Auftrag gegeben vom *Chief Medical Officer* für England (23), lassen den Schluss zu, dass Selbstregulierung in europäischen und anderen international verfolgten Ansätzen der vorherrschende Weg ist, um Praxistauglichkeit der Ärzte zu gewährleisten. Das angloamerikanische Modell der „reinen“ Selbstregulierung scheint jedoch in Richtung auf eine von Berufsvertretern vorgenommene Regulierung abgewandelt worden zu sein, wobei Formen der Ko-Regulierung oder partnerschaftlichen Regulierung zwischen staatlichen Stellen oder Zahlern gebräuchlicher werden. Man hofft, dadurch mehr Transparenz und einsichtiger Rechenschaftslegung gegenüber externen Stellen zu erreichen. In einigen Ländern ist man dazu übergegangen, Lizenzierungsinstanzen und für Beschwerden zuständige Gremien zu trennen, um einem Protektionismus vorzubauen. Es wurde angeführt, die Trennung der Gremien zur Bewertung von denen zur Interessenvertretung sei für die Zertifizierungsstellen in Nordamerika von erheblichem Vorteil (30).

Damit verknüpft ist die Frage, wer für die Durchsetzung von Bewertungsmethoden zuständig ist. Es besteht weitgehende Übereinstimmung darüber, dass diese transparent und nicht sanktionierend sein sollten und dass sie die Rechte von Patienten wie Ärzten zu respektieren haben. Der Schwerpunkt

sollte auf der beruflichen Weiterentwicklung und darauf liegen, die wenigen „schwarzen Schafe“ ausfindig zu machen (49). In Belgien z.B. wird die Akkreditierung eher nahe gelegt als angeordnet, indem teilnehmenden Ärzten höhere Bezüge in Aussicht gestellt werden. In Frankreich dagegen verweigern viele Ärzte trotz der gesetzlichen Auflage zur Fortbildung die Teilnahme, sehr wahrscheinlich, weil sowohl die Anreize fehlen (weder Belohnung noch Bestrafung) als auch die Kontrollinstanzen. Die Art und Weise, in der ein Konzept für Qualitätssteigerung durchgesetzt wird, beeinflusst also offenbar seine Effizienz erheblich.

Die Verfügbarkeit von Informationen als einer Dimension der Gesundheitssysteme variiert stark zwischen den Ländern und hat beträchtlichen Einfluss auf die Regulierung der Berufspraxis. Es besteht Bedarf an funktionstüchtigen Informationssystemen für viele Arten von Audits in Verbindung mit validen Messwerten für Behandlungserfolge. Länder, die über ein ausgefeiltes Gesundheitssystem und über eine funktionstüchtige elektronische Gesundheitsdokumentation verfügen, sind hier im Vorteil.

### **Schlussfolgerung und Überlegungen zur Umsetzung**

In verschiedenen Ländern der Europäischen Region der WHO herrscht ein günstiges Klima für eine kontinuierliche Bewertung der Praxistauglichkeit. Aus einer unmittelbaren Besorgnis durch medienwirksam verbreitete Meldungen über Kunstfehler heraus hat sich ein zunehmendes Interesse an Qualitätssicherung im Bereich der Gesundheitsversorgung allgemein entwickelt. Dieses weit gefasste Anliegen hängt mit dem zunehmenden Gewicht zusammen, das die Rechenschaftspflicht von Leistungserbringern gegenüber dem Staat in Zeiten von Reformbestrebungen für den Gesundheitssektor erhält. Die Entscheidungsträger müssen sich hierbei mit einer Reihe von spezifischen Aspekten der Bewertung von Praxistauglichkeit auseinandersetzen.

Es dürfte von den Rahmenbedingungen in den Ländern abhängen, welche Praxis die beste ist, dennoch lassen sich einige allgemeine Prinzipien bestimmen. Im Sinne der Zielsetzung für eine Revalidierung ist man sich in den meisten Ländern bewusst, wie wichtig eine kontinuierliche Leistungsverbesserung der Ärzte ist. Daher wurden ärztliche Weiterbildung bzw. berufliche Weiterentwicklung ins Leben gerufen. Es herrscht in der Europäischen Region jedoch Uneinigkeit hinsichtlich der Frage, ob Bewertung und Evaluierung nötig sind, und es gibt kein einzelnes, praktikables Testverfahren, mit dem sich Ärzte einwandfrei identifizieren ließen, deren Leistungen nicht genügen und die eingehender bewertet werden müssten. Ebenso unklar ist, ob sich mit irgendeinem System kriminelle Machenschaften wie die des Arztes Harold Shipman im Vereinigten Königreich hätten verhindern lassen. Das ist insbesondere angesichts der enormen Kosten einiger Systeme von Bedeutung, und es dürfen

in Zeiten, in denen in vielen Ländern Ärztemangel herrscht, auch nicht Ärzte in großer Anzahl für Kontrollfunktionen abgestellt werden. Außerdem gilt es, unerwünschte Nebenwirkungen wie z.B. Innovationsbarrieren zu verhindern. In Ländern, in denen eine Reform des Gesundheitssektors vonstatten geht, was sich typischerweise an der Trennung von Anbieter und Abnehmer und der verstärkten Managementfunktion des Staates zeigt, wird der Druck in Richtung auf verbesserte Mechanismen zur Qualitätskontrolle vermutlich zunehmen.

Unklar ist weiterhin, wo innerhalb des Gesundheitssystems die Zuständigkeit für die Bewertung von ärztlicher Leistung am besten anzusiedeln ist. Es scheint jedoch Konsens zu sein, dass Selbstregulierung bereitwilliger als staatliche Regulierung angenommen wird und den Anreiz für opportunistisches Verhalten und Verweigerung reduziert. Einige Kommentatoren führten an, eine übereifrige Regulierung könne das Vertrauen in die Ärzteschaft und die öffentlichen Dienste eher unterlaufen als stärken, indem eine Kultur des Misstrauens gefördert werde (50). Vielleicht ist es ein Zeichen eines wachsenden Bewusstseins für diese Problematik, dass Formen der Ko-Regulierung oder partnerschaftlichen Regulierung zwischen berufsständischen und staatlichen Stellen oder Zahlern häufiger werden.

Gleichzeitig lässt Selbstregulierung an Protektionismus denken. Andererseits darf die Selbstregulierung zwischen Ärzten, die in Wettbewerb miteinander treten, nicht zu persönlichen Animositäten führen. Dergleichen Überlegungen sind insbesondere in einigen östlichen Teilen der Europäischen Region der WHO angebracht, wo es unter kommunistischen Regimes zu zahlreichen Beispielen für den Missbrauch von Kontrollen über Ärzte gekommen war. Eine Lösungsmöglichkeit für diese Probleme besteht in der Trennung von bewertenden Instanzen und anderen landesweit tätigen Gremien, die als Interessenvertretung fungieren, wie im Falle der Zertifizierungsgremien in Nordamerika.

Weiterhin ist unklar, wie die Bewertung von Ärzten am wirkungsvollsten durchgesetzt werden kann. Vermutlich wirken Anreize und Strafandrohungen in jeweils unterschiedlicher Gewichtung in den einzelnen Ländern am besten. Die schwerwiegendste derzeit verhängte Strafe ist der Entzug der Zulassung. Weniger schwerwiegend ist der Verlust der Zertifizierung, wie in den USA, wo die Zertifizierung keine gesetzliche Voraussetzung für ärztliche Praxis darstellt. Ein entscheidender Faktor für die Wirksamkeit der Rezertifizierung in den USA ist, dass diese erst nach einer schrittweisen Evaluierung und Validierung der Bewertungsmethoden über einen längeren Zeitverlauf eingeführt wurde. Demzufolge sollten Ländern, die gleichfalls die Einführung eines derartigen Systems erwägen, ebenfalls schrittweise vorgehen.

Ein für die Konzeptumsetzung ähnlich kritischer Punkt wie die rigorose Durchsetzung ist die Verfügbarkeit von Informationen. Informationssysteme,

eine Gesundheitsinformatik und eine funktionstüchtige elektronische Dokumentation sind erforderlich, um Revalidierungskonzepte umzusetzen und ihre Auswirkungen zu evaluieren.

Schließlich müssen die Entscheidungsträger sich über die Finanzierung des lebenslangen Lernens Gedanken machen. Vielen Ländern fällt es schwer, die erforderlichen Mittel bereitzustellen, um auch nur die grundlegenden Handlungsansätze bezüglich ärztlicher Leistungsverbesserung umzusetzen, etwa die berufliche Weiterentwicklung. Ein Lösungsweg bestand in einer Annäherung an den Privatsektor, insbesondere an die pharmazeutische Industrie mit der Bitte, solche Aktivitäten zu unterstützen. Problematisch daran ist, dass diese inhaltlich Einfluss auf Maßnahmen der beruflichen Weiterentwicklung nehmen könnte. In Ländern, in denen die pharmazeutische Industrie zu den größten Geldgebern für kontinuierliche berufliche Weiterentwicklung und andere Programme zur Verbesserung und Bewertung von ärztlicher Leistung gehört, sollte die Regierung die Einrichtung einer unabhängigen Regulierungsstelle erwägen, die in Übereinstimmung mit dem Bedarf des Gesundheitssystems die Agenda festlegt.

Die hier unterbreitete Übersicht über Konzepte europäischer Länder lässt eine beträchtliche Variationsbreite in der Praxis erkennen. In gewisser Weise war das zu erwarten, denn es sind vielfältige Methoden denkbar, um ärztliche Leistung zu bewerten. Es war jedoch schwierig, selbst rudimentäre Informationen über die Funktionsweise der Systeme zu erheben, und das war wohl der beunruhigendste Aspekt der für dieses Grundsatzpapier vorgenommenen Untersuchung. Der dürftige Bestand an Daten und Informationen sowie die disparate Praxis legte es nahe, ein Forum zur Regulation der Ärzteschaft zu schaffen. Hier müssten die Länder über ihre Verfahrenspraxis, über Erkenntnisse und ungelöste Probleme berichten, damit zum gegebenen Zeitpunkt europäische Empfehlungen abgefasst werden können. Das WHO-Regionalbüro für Europa sollte die Einberufung eines derartigen Forums in Betracht ziehen, wo die Zuständigen (z.B. Vertreter der Gesundheitsministerien, der Ministerien für das tertiäre Bildungswesen und der Berufsverbände) sich gemeinsam ein Bild von den aktuellen Praktiken in Europa verschaffen und nach einem Konsens darüber suchen könnten, wie am besten schrittweise eine Evidenzbasis zu legen und Standards zu etablieren sind. Auf Ebene der Europäischen Kommission waren die Fortschritte bisher begrenzt. Bei einer Tagung der Hochrangigen Gruppe für das Gesundheitswesen und die medizinische Versorgung im Jahr 2006 lautete die abschließende Einschätzung, dass kein eindeutiger Konsens dazu erreicht werden konnte, welche konkreten Maßnahmen zu ergreifen sind, um Themen wie die kontinuierliche berufliche Weiterentwicklung voranzubringen. Folglich ist eine neue Richtlinie zu den Gesundheitsfachkräften derzeit nicht abzusehen (51).

## Literatur

1. Pringle M. *Revalidation of doctors: the credibility challenge*. London, The Nuffield Trust, 2005.
2. Brennan TA et al. The role of physician specialty board certification status in the quality movement. *Journal of the American Medical Association*, 2004, 292:1038–1043.
3. Sutherland K, Leatherman S. Does certification improve medical standards? *British Medical Journal*, 2006, 333:439–441.
4. Shaw C. The role of external assessment in improving health care. *International Journal for Quality in Health Care*, 2000, 12:167.
5. Klazinga N. Re-engineering trust: the adoption and adaptation of four models for external quality assurance of health care services in Western European health care systems. *International Journal for Quality in Health Care*, 2000, 12:183–189.
6. Heaton C. External peer review in Europe: an overview from the ExPeRT Project. External Peer Review Techniques. *International Journal for Quality in Health Care*, 2000, 12:177–182.
7. Beyer M et al. The development of quality circles/peer review groups as a method of quality improvement in Europe. Results of a survey in 26 European countries. *Family Practice*, 2003, 20:443–451.
8. *Attitudes to medical regulation and revalidation of doctors. Research among doctors and the general public*. London, Market & Opinion Research International Ltd, 2005.
9. *Awareness of and attitudes toward board-certification of physicians*. Research for the American Board of Internal Medicine. Princeton, Gallup Organization, 2003 ([http://www.abim.org/pdf/publications/Gallup\\_Report.pdf](http://www.abim.org/pdf/publications/Gallup_Report.pdf), eingesehen am 25. April 2008).
10. Bristol Royal Infirmary Inquiry. *Learning from Bristol: the report of the public inquiry into children's heart surgery at the Bristol Royal Infirmary 1984–1995*. London, The Stationery Office, 2001.
11. The Shipman Inquiry. *Safeguarding patients: lessons from the past, proposals for the future*. London, The Stationery Office, 2004:1023–1176.
12. Heyrman J et al. Changing professional roles in primary care education. In: Saltman RB, Rico A, Boerma W, (Hrsg.). *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care*. New York, Open University Press, 2006:165–183.

13. Brennan TA et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. *New England Journal of Medicine*, 1991, 324:370–376.
14. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M. *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC, National Academy Press, 1999.
15. Wilson RM et al. An analysis of the causes of adverse events from the quality in Australian health care study. *Medical Journal of Australia*, 1999, 170:411–415.
16. *Medical errors*. Brussels, European Commission, 2006 (Special Eurobarometer 241; [http://ec.europa.eu/health/ph\\_information/documents/eb\\_64\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_information/documents/eb_64_en.pdf), eingesehen am 25. April 2008).
17. Choudhry NK, Fletcher RH, Soumerai SB. Systematic review: the relationship between clinical experience and quality of health care. *Annals of Internal Medicine*, 2005, 142:260–273.
18. *Consultation regarding Community action on health services*. Brüssel, Europäische Kommission, 2006 (SEC (2006) 1195/4).
19. Rosenmöller M, McKee M, Baeten R, (Hrsg.). *Patient mobility in the European Union. Learning from experience*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa im Auftrag des Projektes Europe 4 Patients und des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, 2006 ([http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20060522\\_1](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20060522_1), eingesehen am 25. April 2008).
20. *Report of the high level process of reflection on patient mobility and healthcare developments in the European Union*. Brüssel, Europäische Kommission, 2004 ([http://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/keydocs\\_overview\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_overview/keydocs_overview_en.htm), eingesehen am 25. April 2007).
21. Europäisches Parlament und Rat. Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung der beruflichen Qualifikationen vom 7. September 2005. *Amtsblatt der Europäischen Union*, 2005, L 255:22–143.
22. Department of Health. *White paper: trust, assurance and safety – the regulation of health professionals in the 21st century*. London, The Stationery Office, 2007.
23. Donaldson L. *Good doctors, safer patients: proposals to strengthen the system to assure and improve the performance of doctors and to protect the safety of patients*. London, Department of Health, 2006.
24. General Medical Council. Revalidation. *GMC Today*, 2007, May:8–9.
25. *Guideline of the Austrian Medical Chamber on CME*. Vienna, Austrian Medical Chamber, 2004.

26. Peck C et al. Continuing medical education and continuing professional development: international comparisons. *British Medical Journal*, 2000, 320:432–435.
27. D'Autume C, Postel-Vinay D. *Mission relative à l'organisation juridique, administrative et financière de la formation continue des professions médicales et paramédicales*. Paris, Inspection Générale des Affaires Sociales, 2006.
28. Gual A et al. Doctors in Spain: an old country, old and new structures, and a new future. *The Clinical Teacher*, 2005, 2(1):59–63.
29. Cassel C, Holmboe ES. Professional standards in the USA: overview and new developments. *Clinical Medicine*, 2006, 6:363–367.
30. Dauphinee WD. Self regulation must be made to work. *British Medical Journal*, 2005, 330:1385–1387.
31. St George I, Kaigas T, McAvoy P. Assessing the competence of practicing physicians in New Zealand, Canada, and the United Kingdom: progress and problems. *Family Medicine*, 2004, 36:172–177.
32. Jamtvedt G et al. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006, (2):CD000259.
33. Davis D et al. Accuracy of physician self-assessment compared with observed measures of competence: a systematic review. *Journal of the American Medical Association*, 2006, 296:1094–1102.
34. Lockyer J. Multisource feedback in the assessment of physician competencies. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 2003, 23:4–12.
35. Overeem K et al. Doctor performance assessment in daily practice: does it help doctors or not? A systematic review. *Medical Education*, 2007, 41:1039–1049.
36. Marshall S, Haywood K, Fitzpatrick R. Impact of patient-reported outcome measures on routine practice: a structured review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 2006, 12:559–568.
37. Davis D. Does CME work? An analysis of the effect of educational activities on physician performance or health care outcomes. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 1998, 28:21–39.
38. Brown C, Belfield C, Field S. Cost effectiveness of continuing professional development in health care: a critical review of evidence. *British Medical Journal*, 2002, 324:652–665.



39. Bloom B. Effects of continuing medical education on improving physician clinical care and patient health: a review of systematic reviews. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 2005, 21:380–385.
40. Marinopoulos SS et al. Effectiveness of continuing medical education. *Evidence Report/Technology Assessment*, 2007, 149:1–69.
41. Norcini JJ, Lipner RS, Kimball HR. Certifying examination performance and patient outcomes following acute myocardial infarction. *Medical Education*, 2002, 36:853–859.
42. Prystowsky JB, Bordage G, Feinglass JM. Patient outcomes for segmental colon resection according to surgeon's training, certification, and experience. *Surgery*, 2002, 132:663–670.
43. Sharp LK et al. Specialty board certification and clinical outcomes: the missing link. *Academic Medicine*, 2002, 77:534–542.
44. Silber JH et al. Anesthesiologist board certification and patient outcomes. *Anesthesiology*, 2002, 96:1044–1052.
45. Clay SW, Conatser RR. Characteristics of physicians disciplined by the state medical board of Ohio. *Journal of the American Osteopathic Association*, 2003, 103:81–88.
46. Kohatsu ND et al. Characteristics associated with physician discipline: a case–control study. *Archives of Internal Medicine*, 2004, 164:653–658.
47. Khaliq AA et al. Disciplinary action against physicians: who is likely to get disciplined? *American Journal of Medicine*, 2005, 118:773–777.
48. Chen J et al. Physician board certification and the care and outcomes of elderly patients with acute myocardial infarction. *Journal of General Internal Medicine*, 2006, 21:238–244.
49. Kmietowicz Z. Revalidation must serve doctors and the public. *British Medical Journal*, 2005, 330:1385–1387.
50. O'Neill O. *A question of trust: the BBC Reith Lectures 2002*. Cambridge, Cambridge University Press, 2002.
51. *Report on the work of the High Level Group in 2006*. Brussels, Directorate-General for Health and Consumer Protection, European Commission, 2006 (HLG/2006/8 FINAL).

Weltgesundheitsorganisation  
Regionalbüro für Europa  
Scherfigsvej 8,  
DK-2100 Kopenhagen Ø,  
Dänemark  
Tel.: +45 39 17 17 17.  
Fax: +45 39 17 18 18.  
E-Mail: [postmaster@euro.who.int](mailto:postmaster@euro.who.int)  
Website: [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)

Diese Publikation ist Teil einer gemeinschaftlich von Health Evidence Network und Europäischem Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik herausgegebenen Serie von Grundsatzpapieren. Die Serie richtet sich in erster Linie an pragmatisch orientierte politische Entscheidungsträger und behandelt Fragen wie: Ob oder warum ein Thema relevant ist, welche Konsequenzen bestimmte Strategien zu seiner Bewältigung erwarten lassen und wie sich die Strategien unter angemessener Berücksichtigung ihrer Durchführbarkeit zu tragfähigen Grundsatzoptionen kombinieren lassen.

Die Serie baut auf Berichten des Netzwerks und Hintergrundpapieren des Observatoriums auf und fußt auf einer rigorosen Durchsicht und Bewertung der verfügbaren Forschungserkenntnisse sowie der Abschätzung ihrer Relevanz in einem Kontext der Europäischen Region. Die Grundsatzpapiere bezwecken nicht die Vorgabe eines Idealtyps oder einer empfehlenswerten Herangehensweise. Vielmehr sollen sie durch die Synthese zentraler Forschungserkenntnisse und die Deutung ihrer grundsätzlichen Relevanz über mögliche Handlungsoptionen informieren.

Das **Health Evidence Network** (HEN) des WHO-Regionalbüros für Europa ist für die politischen Entscheidungsträger in den 53 Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO eine glaubwürdige Quelle von Erkenntnissen. Das HEN bietet durch seine evidenzbasierten Berichte, Hintergrundpapiere, Kurzfassungen und Notizen zeitgemäße Antworten auf Grundsatzfragen im Bereich Gesundheitspolitik, Gesundheitsversorgung und Gesundheitssysteme und seine Website ermöglicht den leichten Zugang zu den Erkenntnissen und Informationen aus einer Reihe von vernetzten Seiten, Datenbanken und Dokumenten.

Das **Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik** unterstützt und fördert durch seine umfassenden und gründlichen Analysen von Gesundheitssystemen in Europa eine wissenschaftlich fundierte Gesundheitspolitik. Politische Entscheidungsträger, Akademiker und Praktikern aus einem breiten Spektrum analysieren hier gemeinschaftlich Entwicklungen in der Gesundheitsreform und nutzen dabei Erfahrungen aus der ganzen Region zur Erhellung der grundsätzlichen Fragen. Die Texte des Observatoriums sind auch auf seiner Website erhältlich (<http://www.euro.who.int/observatory>).