Hausärztlicher Kompetenzerhalt: Die Zukunft der primärärztlichen Versorgung sichern!

Hans-Michael Mühlenfeld, Attila Altiner

Die CME-Fortbildungspflicht in Deutschland führt zu einer immer stärkeren Steuerung in Beziehung auf spezifische Themen. Es muss befürchtet werden, dass dies statt des eigentlich angestrebten Kompetenzerhalts zu einer Deprofessionalisierung führen könnte. Im Folgenden wird diese Problematik diskutiert und das evidenzbasierte Modell für hausärztliche Fortbildung und Kompetenzerhalt des Instituts für hausärztliche Fortbildung (IHF) vorgestellt.

Die Weiterentwicklung der hausärztlichen Versorgungskompetenz in einem an Herausforderungen reichen Umfeld wird langfristig nur durch geeignete Fortbildungsmaßnahmen erreicht werden können. Patientinnen und Patienten erwarten zu Recht die Einhaltung von Standards in den ärztlichen Kompetenzen der Versorgungsqualität [1]. Um eine solche Versorgung von Patienten im primärärztlichen Bereich zu gewährleisten, benötigen die hausärztliche Tätigen den Aufgaben angemessene Arbeitsbedingungen und hierbei eben auch die Möglichkeit, sich ihre Kompetenz zur patientengerechten Versorgung zu erhalten. Dabei basiert die (haus)ärztliche Kompetenz ganz erheblich auf der spezifischen Arbeitsmethodik im Niedrigprävalenzbereich [2]. Mit und in der Zeitschrift Allgemeinmedizin up2date versuchen wir daher, auch dieses hausärztliche Problem zu bearbeiten.

"Kompetenz ist mehr als Wissen!"

In Anlehnung an didaktische Modelle wie Kompetenzpyramide nach Miller [3] oder an die CanMed-Rollen [4] sind für den primärärztlichen Kompetenzerhalt stetige Selbstreflexion, das Entwickeln einer Haltung und das Erlernen verschiedenster kommunikativer Kompetenzen auf den unterschiedlichsten Ebenen notwendig. Wissen ist dabei nur ein Teil der professionellen Gesundheitskompetenz.

Seit 2004 sind alle niedergelassene Fachärzt*innen in Deutschland verpflichtet, an Fortbildungen teilzunehmen und 250 CME-Punkte in 5-Jahres-Abschnitten zu sammeln. Die gesetzliche Fortbildungspflicht unterscheidet jedoch weder nach Versorgungsebenen, noch werden Generalisten und Spezialisten differenziert betrachtet. Die Musterfortbildungsordnung enthält auch keine inhaltliche Struktur für den Fortbildungszeitraum. Das bedeutet in der Konsequenz, dass z. B. eine Allgemeinärztin mit 250 Stunden Fortbildung zu hoch-

spezialistisch geprägten Themen ihre Fortbildungspflicht erfüllen kann und weiterhin als Primärversorgerin tätig sein darf. Und dies, obwohl schon seit den achtziger Jahren international Konsens darüber besteht, dass Generalisten andere Fortbildungsbedarfe als Spezialisten haben [5]. Denn der primärärztliche Bereich ist dadurch gekennzeichnet, dass er für die gesamte Breite von Gesundheitsstörungen und Beratungsanlässen [6] zuständig ist. Deswegen ist eine besondere Fortbildungsstruktur zum umfänglichen Kompetenzerhalt notwendig [7], die sich schon allein im Sinne eines erkenntnistheoretischen Ansatzes erheblich von einer Fortbildungsstruktur von Spezialisten unterscheiden muss [5]. Ein Positivbeispiel hierfür sind die bundesweit etablierten Pharmakotherapie Qualitätszirkel im Rahmen der Hausarztzentrierten Versorgung [8].

Disease-Management-Programme präformieren Fortbildungsinhalte

Eine immer herausgehobenere Position innerhalb der Fortbildungslandschaft – v.a. im Blick auf den zeitlichen Umfang – nehmen mittlerweile die DMP-Fortbildungen ein: Sie werden gefordert um Patient*innen mit bestimmten chronischen Erkrankungen in Programmen einschreiben und auch entsprechend abrechnen zu können. Neben Diabetes mellitus, koronarer Herzkrankheit, Asthma bronchiale und COPD sind nun auch Disease Management Programme für Osteoporose, Herzinsuffizienz, Depression und chronischer Rückenschmerz geplant bzw. umgesetzt [9].

Die Anforderungen hierzu variieren je nach Bundesland; führen aber dennoch dazu, dass sich viele Hausärzt*innen vorrangig an DMP-Fortbildungen beteiligen – und wichtige Fortbildungsthemen brach liegen bleiben, obwohl es eigentlich einen Bedarf daran gäbe.

Die Einführung weiterer DMPs stellt einen erheblichen Eingriff auf die Auswahl der Themen tatsächlich absolvierter hausärztlicher Fortbildung dar. Am Ende würden Hausärzt*innen, die DMP anbieten, ihre Fortbildungspflicht ausschließlich mit Fortbildungen zu acht oder zehn Krankheitsbilder erfüllen könnten.

Tatsächlich findet sich also kein Modell zum Kompetenzerhalt, das auf ein auf Lehr- und Lerntheorien basiertes curriculares System setzt, wie es für das Medizinstudium oder in geringerem Maß auch für die Weiterbildung (Kompetenzzentren Allgemeinmedizin) existiert.

Schon seit längerem wird auch öffentlich Kritik an der Qualitätssicherungssystematik in der Fortbildung bzw. deren Umsetzung durch die ärztlichen Körperschaften geäußert [10]. Nicht nur Fachkreisen, sondern zunehmend auch Patient*innen ist es oft bewusst, dass Versorgungskompetenz und Qualität im ambulanten Versorgungsbereich stark divergieren. Beispielsweise werden von immer weniger Hausbesuche durchgeführt [11].

Degeneralisierung und Deprofessionalisierung drohen

Vor diesem Hintergrund wird die berechtige Sorge deutlich, dass durch fehlgesteuerte Fortbildungen und damit ausbleibenden Kompetenzerhaltung die Generalistinnen und Generalisten ihren Arbeitsauftrag nicht mehr angemessen erfüllen können, was de facto einer Deprofessionalisierung entspricht [12].

Diese Erosion hausärztlichen professionellen Handelns mit entsprechender Reduktion der Handlungsautonomie betreiben auch die ärztlichen und Körperschaften selbst, respektive der Gesetzgeber widerspricht der eigentlichen Intention einer Qualitätssicherungsmaßnahme.

Aus dem internationalen Vergleich verschiedener Fortbildungssysteme in Europa [13] leiteten die Autorinnen und Autoren im Jahr 2020 folgende zu adressierende Themenfelder für die Weiterentwicklung eines hausärztlichen Fortbildungskonzeptes ab:

- Erarbeitung eines Lernzielkataloges für die hausärztliche Fortbildung
- Förderung innovativer Lehr- und Lernformate
- Einrichtung eines Kompetenzzentrums in Analogie zur Weiterbildung
- Nutzung von Synergien in Fort- und Weiterbildung
- Schaffung geeigneter Lern-Management Plattform (en)
- Schaffung klarer Regularien im Umgang mit Sponsoring
- Entwicklung neuer Finanzierungsmodelle

 Förderung des Wettbewerbs und Förderung wissenschaftlich basierter Evaluation der Fortbildungsangebote

Was wäre also zu tun?

Bereits ab 2007 wurde durch das Institut für hausärztliche Fortbildung (IhF) im Deutschen Hausärzteverband [https://www.ihf-fobi.de] eine spezifisches Fortbildungskonzept und kontinuierlich – insbesondere in den Verträgen zur Hausarztzentrierten Versorgung) [14] – entwickelt [15].

So benennt die Strukturierte hausärztliche Fortbildung (ShF) fünf Kategorien, die innerhalb der fünf Jahre bearbeitet werden müssen (den aufmerksamen Leser*innen der Allgemeinmedizin up2date wird die Aufteilung bekannt vorkommen):

- 1. Allgemeines/Notfälle (16 Stunden)
- 2. Prävention (40 Stunden)
- 3. Symptome/Syndrome (40 Stunden)
- 4. Spezifische Patientengruppen (50 Stunden)
- 5. Hausärztliche Therapien/Tools (24 Stunden)

Erforderlich sind ferner 80 Stunden Teilnahme an einem Qualitätszirkel. So wird den Hausärztinnen und Hausärzten ein Überblick über "noch offene" Bereiche ihrer Fortbildungsbedarfe ermöglicht.

Strukturierte hausärztliche Fortbildung

Im Weiteren kommen dabei verschiedene didaktische Formate als Fortbildungsveranstaltungen zum Einsatz, da bekannt ist, dass verschiedene Formate unterschiedliche Effekte haben [16]. Die hausarztspezifische Fortbildungsstrategie beinhaltet neben dem klassischen Wissenstransfer (z.B. Vermittlung von neuem medizinischem Wissen im Sinne einer Strukturierten hausärztlichen Fortbildung) drei weitere Säulen des ärztlichen Kompetenzerhalt:

- Oualitätszirkelarbeit
- Hospitationen
- Fehlerkultur [13, 17]

In der durch das IHF entwickelten Struktur werden auch die Spezifika des Arbeitsbereiches und der Arbeitsmethodik berücksichtigt. Die inhaltliche Orientierung erfolgt dabei am Fortbildungscurriculum der wissenschaftlichen Fachgesellschaft (DEGAM) [18].

Vision: Individueller Fortbildungsplan

Zukünftig sollten der Hausärztinnen- und Hausärzteverband gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin einen spezifischen primärärztlichen Kompetenzerhalt erwirken.

Dabei muss hausärztliche Fortbildung folgenden Grundsätzen entsprechen:

- 1. Sie muss der hausärztlichen Arbeitsmethodik entsprechen.
- 2. Sie muss sowohl aus der hausärztlichen als auch der Patientenperspektive erfolgen.
- 3. Sie muss dem Hausarzt und der Hausärztin ermöglichen, sich in der Breite des Faches kompetent zu halten (Update Formate).
- 4. Sie muss Fortbildungsbedarfe und -bedürfnisse befriedigen.
- 5. Sie muss Zeit- und Ressourcen-effektiv sein.
- 6. Sie muss hinsichtlich von Interessen transparent und produktneutral sein.
- 7. Sie sollte so weit wie möglich evidenzbasiert sein.
- 8. Sie muss handlungsorientiert und umsetzbar sein.

Als weitere Strukturmaßnahme würde es zukünftig hilfreich sein, dass sich die Hausärztinnen und Hausärzte regelmäßig einen individuellen Fortbildungsplan erstellen, dessen Verbindlichkeit durch externe Maßnahmen (z.B. Offenlegung gewisser Daten, Inhaltliche Strukturvorgaben, Peer Group, Verträge) sichergestellt werden sollte [13].

Fazit

Falls der Trend zum Besuch thematisch stark eingeschränkter Fortbildungsangebote anhält, würde der Verlust der Handlungskompetenz zwangsläufig dazu führen, dass die primärärztliche Versorgungsebene austrocknet. Dieser Prozess der "Entärztlichung" der Primärversorgung [19] wird allerdings schon seit Jahren von interessierter Seite vorangetrieben. So wurde z.B. 2021 der Paragraf 64d SGB V eingeführt, der in Modellvorhaben die Verordnung von Arzneimitteln Pflegefachkräften überträgt [20].

Mit der Übernahme des IHF-Fortbildungskonzeptes in die Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung hat der Hausärztinnen- und Hausärzteverband einen wichtigen Schritt in Richtung der notwendigen Reform der hausärztlichen Fortbildung gemacht. Mit unserer Zeitschrift Allgemeinmedizin up2date haben Sie ein flankierendes Tool in der Hand, das uns hilft, die Ideen umzusetzen. Es gilt, diesen Weg nun konsequent weiterzuverfolgen und dabei einen (selbst-) kritischen Diskurs zu wagen.

Danksagung

Für ergänzende Hinweise: danken wir Jost Steinhäuser, Martin Scherer, Günther Egidi und Sandra Blumenthal.

Interessenkonflikt

Dr. Mühlenfeld ist Vorsitzender des Instituts für hausärztliche Fortbildung im Deutschen Hausärzteverband. Prof. Altiner gibt keine potenziellen Interessenkonflikte an.

Autorinnen/Autoren



Dr. med. Hans-Michael Mühlenfeld

Facharzt für Allgemeinmedizin, Lehrbeauftragter der Abteilung Allgemeinmedizin der Universität Göttingen, Gemeinschaftspraxis für Familienmedizin in Bremen



Prof. Dr. med. Attila Altiner

Ärztlicher Direktor der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung am Universitätsklinikum Heidelberg

Korrespondenzadressen

Dr. med. Hans-Michael Mühlenfeld

Gemeinschaftspraxis für Familienmedizin Woltmershauser Str. 215 a 28197 Bremen Deutschland drmuehlenfeld@t-online.de

Prof. Dr. med. Attila Altiner

Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung Universitätsklinikum Heidelberg Im Neuenheimer Feld 130.3 69120 Heidelberg Deutschland attila.altiner@med.uni-heidelberg.de

Literatur

- [1] Laurant M, Reeves D, Hermens R et al. Substitution of doctors by nurses in primary care. Cochrane Database Syst Rev 2005: CD001271 doi:10.1002/14651858.CD001271. pub2
- [2] Sturm D. Wozu die ollen Kamellen der Berufstheorie? Zugriff am 08. Juli 2024: https://www.hausarzt.digital/politik/ wozu-die-ollen-kamellen-der-berufstheorie-24145.html
- [3] Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/ performance. Acad Med 1990; 65: S63–67 doi:10.1097/ 00001888-199009000-00045
- [4] CanMEDS-Allgemeinmedizin Working Group on Curriculum Review.https://www.medizin.uni-tuebingen.de/files/view/ rmxoD5O2jl5Gz5ZQVnyNq1GP/Canmeds_German%20Version.pdf
- [5] Curry L. Do Family Physicians Differ From Specialists? A Particular Care in Continuing Medical Education Patterns Can Fam Physician 1984; 30: 2405–2406
- [6] Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Fachdefinition Allgemeinmedizin. Zugriff am 08. Juli 2024: https://www.degam.de/fachdefinition
- [7] Wübken M, Oswald J, Schneider A. Umgang mit diagnostischer Unsicherheit in der Hausarztpraxis. ZEFQ 2013; 107: 632–637
- [8] Institut für Hausärztliche Fortbildung. Unser Fortbildungsangebot zur Themenwelt Pharmakotherapie. Zugriff am 08. Juli 2024: https://aerzte.ihf-fortbildung.de/themenwelten/ pharmakotherapie/
- [9] Gemeinsamer Bundesausschuss. Disease-Management-Programme. Zugriff am 08. Juli 2024: https://www.g-ba.de/ themen/disease-management-programme/
- [10] Gehle HA. Criteria to Assess Independence in Continuing Medical Education (CME): Independence through Competence and Transparency. J Eur CME 2020; 9: 1811557 doi:10.1080/21614083.2020.1811557
- [11] Deutsches Ärzteblatt. Ärzte machen weniger Hausbesuche. 13. Juni 2018. Zugriff am 08. Juli 2024: https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/95839/Aerzte-machen-weniger-Hausbesuche
- [12] Bourgeois-Law G. Education or regulation? Exploring our underlying conceptualisations of remediation for practising physicians Med Educ 2019; 53: 276–284 doi:10.1111/medu.13745.
- [13] Löffler C, Wollny A, Altiner A. Challenges and opportunities for general practice specific CME in Europe - a narrative review of seven countries. BMC Med Educ 2022; 22: 761 doi:10.1186/s12909-022-03832-7

- [14] HzV-Vertrag gemäß § 73 b Abs. 4 Satz 1 SGB V mit der hkk Erste Gesundheit im KV Bezirk Bremen; Einzelheiten zu Qualifikations- und Qualitätsanforderungen an den Hausarzt. Zugriff am 08. Juli 2024: https://www.hausaerzteverband.de/fileadmin/user_upload/hzv/Bremen/Vertr%C3% A4ge%20zur%20Hausarztzentrierten%20Versorgung% 20gem.%20%C2%A7%2073b%20SGB%20V/hkk/ 04_2014_04_14_hkk%20HB_Anlage%202_Qualifikationsanforderungen.pdf
- [15] Lichte T, John B, Bawidamann G et al. Kompetenz freiwillig verbessern. Die Strukturierte hausärztliche Fortbildung (ShF). Hausarzt 2004; 16: 20–22
- [16] Forsetlund L, O'Brien MA, Forsén L et al. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and healthcare outcome. Cochrane Database Syst Rev 2021; 2021: CD003030 doi:10.1002/14651858. CD003030.pub3
- [17] Lalley JP, Miller RH. The learning pyramid: Does it point teachers in the right direction? Education 2007; 128: 64
- [18] DEGAM. Kompetenzbasiertes Curriculum Allgemeinmedizin. Zugriff am 08. Juli 2024: https://www.degam.de/files/inhalt/sektionen/weiterbildung/2021_Kompetenzbasiertes Curriculum.pdf
- [19] Zimmermann T. Primäre Gesundheitsversorgung/Primary Health Care. Zugriff am 08. Juli 2024: https://leitbegriffe. bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/primaere-gesundheitsversorgung-primary-health-care/
- [20] Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBI. I S. 2477). Zugriff am 08. Juli 2024: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/__64 d.html

Bibliografie

Allgemeinmedizin up2date 2024; 5: 192–195 **DOI** 10.1055/a-2360-4459

ISSN 2699-8696

 $\ensuremath{\mathbb{Q}}$ 2024. Thieme. All rights reserved. Georg Thieme Verlag KG Rüdigerstraße 14,

70469 Stuttgart, Germany

https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/ris/ 10.1055/a-1141-6507/id/R11416507-12/BIB