



Prof. Dr. Hendrik van den Bussche

Thesen zur Qualität der ärztlichen Weiterbildung in Deutschland als Grundlage für Handlungsempfehlungen zu deren Optimierung unter besonderer Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Aspekte

1. Der ärztliche Qualifikationsprozess besteht aus zwei Abschnitten vergleichbarer Länge und Bedeutung, der ärztlichen Ausbildung als erstem, und der ärztlichen Weiterbildung als zweiten Abschnitt. Beide Abschnitte sind in Deutschland vollkommen voneinander getrennte Einheiten mit unterschiedlichen Zuständigkeiten, obwohl sie funktional zusammenhängen und aufeinander abgestimmt sein müssten. Für die Ausbildung zuständig sind das Bundesgesundheitsministerium und der Bundesrat sowie die medizinische Fakultäten. Für die Weiterbildung sind es die Bundesländer und die Landesärztekammern. Eine optimale Abstimmung beider Abschnitte setzt voraus, dass die genannten zuständigen Instanzen sich intensiver austauschen und hinsichtlich beider Abschnitte gemeinsame Entscheidungsprozesse initiieren.
2. Die ärztliche Weiterbildung wird in Deutschland primär als ein learning-by doing, ein learning-on-the-(hospital)-job, als ein Nebenprodukt ärztlicher Arbeit begriffen. Die Weiterzubildenden sind in erster Linie Arbeitnehmer des Krankenhauses mit allen Rechten und Pflichten, welche mit dem Arbeitnehmerstatus zusammenhängen. Ein etwaiger Status als Weiterzubildende existiert nicht.
3. Diese ärztliche Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer arbeiten im klinischen Bereich in der Mehrzahl der Fälle am Rande ihrer Belastungsgrenze. Überlange Arbeitszeiten, Wochen- bzw. Nachtdienste (vielfach mit Übertretung gesetzlicher Grenzen), Schichtarbeit, instabile Einsatzplanung mit häufigen Dienstplanänderungen, mangelnde Anleitung und Supervision und eine – gemessen an den Mindestzeiten der Weiterbildungsordnung – vielfach überlange Dauer der Weiterbildung kennzeichnen deren Alltag im Krankenhaus. Ein beträchtlicher Anteil dieser Ärzte und Ärztinnen gilt als burnout-gefährdet. Ein strukturierter Lernprozess ist unter diesen Umständen im Krankenhausalltag kaum möglich.

4. Die beschriebenen Arbeitsbedingungen sind insbesondere mit den Lebenswelten von Ärztinnen kaum vereinbar. Es ist evident, dass die Bewältigung dieser Probleme insbesondere für Ärztinnen mit Kind besonders schwierig ist. Hinter diesen Arbeitsbedingungen steht die traditionelle Vorstellung eines allzeit verfügbaren männlichen Alleinverdieners, dem – wenn verheiratet bzw. Elter geworden – eine Partnerin zur Seite steht, die sich hauptsächlich dem Haushalt und der Kindererziehung widmet. Viele Ärztinnen, die sich den Anforderungen der Weiterbildung stellen, haben weit größere Hürden zu bewältigen als die männlichen Kollegen, wenn Sie – wie üblich – trotz der Berufstätigkeit dennoch die Hauptlast der privaten Haushaltsführung und der Kindererziehung tragen (müssen). In den Weiterbildungsordnungen finden sich darüber hinaus mehrere Vorschriften, die eine Karriere von Ärztinnen in den prestigeträchtigeren Disziplinen der Medizin stark behindern: Eine Weiterbildung in Teilzeit ist betrieblich fast unmöglich; Tätigkeiten, die kürzer sind als ein halbes Jahr, werden auf die Weiterbildung nicht angerechnet; Unterbrechungen wegen Schwangerschaft bedeuten vielfach einen (längeren oder gar definitiven) Karrierebruch. Ärztinnen, insbesondere mit Kind, sind somit bereits ab Weiterbildungsbeginn im Vergleich zu Ärzten in Bezug auf eine Karriere im Rückstand, der während der gesamten Weiterbildung nicht aufgeholt wird. Im Anhang zu diesem Summary wird in einem „Kompendium geschlechtsspezifischer Unterschiede“ summarisch aufgeführt, welche Unterschiede zwischen Ärzten und Ärztinnen einerseits, zwischen Ärztinnen mit und ohne Kind bzw. zwischen Ärzten und Ärztinnen mit Kind andererseits bis dato empirisch festgestellt werden konnten.

5. Ärztinnen machen in Zukunft zwei Drittel der Weiterzubildenden aus. Diese werden auch Kinder haben und diese angemessen betreuen wollen, Teilzeitverträge und flexible Arbeitszeiten einfordern und Elternzeit nehmen. Auch unter den männlichen Weiterzubildenden machen sich Auffassungen bemerkbar, die ein subjektiv ausgewogenes Verhältnis von Privatem und Beruflichem, eine insgesamt geringere Arbeitsbelastung, eine Abflachung der Hierarchien und – nicht zuletzt – eine qualifizierte Weiterbildung einfordern. Nur eine konzertierte Aktion aller zuständigen Instanzen – Ärztekammern, Gesundheitsbehörden, Fachgesellschaften, Krankenhausträgern und Gewerkschaften – wäre in der Lage, basierend auf einer detaillierten Diagnostik dieser fraueninadäquaten Aspekte der Weiterbildungsordnungen, eine Weiterbildungskonzeption zu entwickeln und umzusetzen, welche die neuen Lebenswelten von Ärztinnen – und jungen Ärzten – adäquat berücksichtigt.

6. Aufgrund der gegebenen bzw. erwarteten Doppelbelastung bevorzugen Ärztinnen – insbesondere mit Kind – zurzeit im Vergleich zu Ärzten Disziplinen, Krankenhauspositionen, Versorgungssektoren und Arbeitszeiten, die – gemessen an den traditionellen Prestigekriterien – jeweils eher nicht zur „Spitze“ gehören. Beispielsweise suchen Ärztinnen für die Zeiten der Weiterbildung und auch danach Teilzeitstellen, finden sie aber kaum. Wenn eine Modernisierung der Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen nicht gelingt, ist

speziell mit Besetzungsproblemen in einzelnen dieser Disziplinen bzw. von Positionen mit Leitungsaufgaben im Krankenhaus zu rechnen.

7. Das beschriebene learning-on-the-job impliziert, dass der ärztlichen Weiterbildung der theoretische Unterbau fehlt. Nach Ansicht der Ärztekammern ist dies auch nicht erforderlich, da die theoretische Qualifizierung mit der Approbation abgeschlossen sei. Eine theoretische Weiterqualifizierung wird bestenfalls zur Privatsache deklariert. Das elementare Prinzip jeglicher beruflicher Bildung, die Kombination von Theorie und Praxis, fehlt in der ärztlichen Weiterbildung; es gibt de facto nur Praxis.

8. Das Fehlen eines theoretischen Unterbaus wird deutlich an der geringen Rolle, die die evidenzbasierte Medizin in der Weiterbildung spielt. Eine Medizin ohne Evidenzbasierung birgt aber die Gefahr der Aufrechterhaltung veralteter Behandlungskonzepte, geringerer Patientensicherheit, unnötigem Ressourcenverbrauch und – last but not least – unkritischer Ärzte und Ärztinnen gegenüber dem eigenen Handeln. Im Gegensatz dazu lernen Weiterzubildende in anderen OECD-Ländern systematisch die evidenzbasierte Medizin im klinischen Alltag anzuwenden. Darüber hinaus ist deren Weiterbildung gekennzeichnet durch eine Vielzahl von Veranstaltungen und Übungen mit dem Ziel, den jeweils aktuellsten Stand der Medizin zu vermitteln. Das in Deutschland geltende Weiterbildungskonzept bedeutet einen Rückstand gegenüber der Mehrzahl der westlichen OECD-Staaten. Es ist denkbar, dass fachärztliche Anerkennungen aus Deutschland in nicht allzu ferner Zukunft im Ausland auf eine zunehmende Skepsis bezüglich deren Gleichwertigkeit stoßen werden.

9. Das Defizit im Erlernen der evidenzbasierten Medizin ist nur ein Beispiel für den unsystematischen Charakter des gesamten Weiterbildungsprozesses. Vorgeschrieben werden lediglich Mindestzeiten in einzelnen Disziplinen bzw. Weiterbildungsorten. Angenommen wird implizit, dass das Ableisten dieser Zeiten quasi-automatisch die fachärztliche Qualifikation mit sich bringt. In den Weiterbildungsordnungen fehlt es an Beschreibungen der in der Weiterbildung zu erwerbenden Kompetenzen und der daraus abgeleiteten Lernziele, der Lernsituationen zur Erreichung dieser Ziele, der Rückkopplungsschienen zwischen Lehrenden und Lernenden sowie der Modi zur Überprüfung der im Laufe und am Ende der Weiterbildung erworbenen Qualifikationen. Es fehlt den Weiterbildungsordnungen mit anderen Worten an jeglicher curricularer Struktur.

10. Ein weiteres Merkmal der aktuellen Weiterbildung ist – wie unter Punkt 9 bereits angedeutet – ist das Fehlen jeglicher systematischer Evaluation des Qualifikationsfortschritts der Kandidaten über den durchschnittlich sechsjährigen Weiterbildungsverlauf, genauso wie einer abschließenden Evaluation der Frage, ob die Absolventen und Absolventinnen der Weiterbildung über die notwendigen Kenntnisse, Fähigkeiten, Fertigkeiten und Erfahrungen verfügen, um den Anforderungen an einem/einer „fertigen“ Facharzt/-ärztin gerecht zu werden. Die aktuelle Praxis einer ca. dreißigminütigen unstrukturierten mündlichen „Prüfung“ spricht allen Prinzipien einer summativen Evaluation Hohn.

11. Die Realität der Weiterbildung ist im Übrigen dadurch gekennzeichnet, dass die wenigen Vorschriften zur Gestaltung des Weiterbildungsalltags in den WBO von den Weiterbildern nicht eingehalten werden. Die vorgeschriebenen Logbücher zur jährlichen Dokumentation der von den Weiterzubildenden erworbenen prozeduralen Erfahrungen (z. B. Operationen) werden vielfach nicht genutzt; die damit gemäß Weiterbildungsordnung in Zusammenhang stehenden jährlichen Fortschrittsgespräche werden vielfach nicht durchgeführt und somit auch nicht dokumentiert. Es ist ein Rätsel, wie diese Dokumente, die dem Antrag auf Zulassung zur Prüfung beizufügen sind, im Weiterbildungsalltag zustande kommen. Es wäre Aufgabe der Kammern und deren Aufsichtsbehörden, strikt dafür Sorge zu tragen, dass diese ohnehin minimalen Vorschriften auch eingehalten werden.

12. Hinzu kommt das Fehlen einer kandidatenunabhängigen Evaluation der Struktur- und Prozessqualität der Weiterbildung, die so angelegt ist, dass sie Defizite aufdeckt und Möglichkeiten für eine Optimierung der Weiterbildung aufzeigt. Die bisherigen Evaluationsansätze der Kammern und des Marburger Bundes basieren ausschließlich auf subjektiven Meinungen von Befragten, leiden unter niedrigen Rücklaufquoten und genügen qua Aufbau und Auswertung nicht wissenschaftlichen Kriterien. Ob es nach den Erhebungen der Jahre 2009 bis 2014 noch weitere Untersuchungen geben wird, bleibt abzuwarten. De facto ist der Weiterbildungsprozess weiterhin eine Black Box. Das gilt auch für die Kriterien der Anerkennung der Weiterbildungsbefugnis von Leitenden Ärzten und Ärztinnen, ebenso für die Akkreditierung der Krankenhäuser bzw. für die Frequenz von Überprüfungen derselben bzw. das Verfahren der Aberkennung von Weiterbildungsermächtigungen.

13. Ein weiteres Merkmal der Weiterbildungsordnungen ist deren Orientierung an den Interessen der Arbeitgeber. Ein Weiterbildungsvertrag zwischen den weiterbildungsbefugten Leitenden Ärzten und Ärztinnen und dem/der Weiterzubildenden wird nicht abgeschlossen. Über die Pflichten der Weiterzubildenden finden sich in den Weiterbildungsordnungen viele Ausführungen, über deren Rechte keine einzige. Die Dauer der jeweiligen Weiterbildungsabschnitte wird als Mindestdauer definiert, wodurch den Weiterzubildenden die Verantwortung für die Erreichung des Abschlusses in der Mindestzeit zugewiesen ist. Die neu Approbierten erhalten seitens der Ärztekammern keine Informationen über die Schwerpunkte der weiterbildenden Kliniken bzw. über deren Weiterbildungsqualität. Zur Frage der theoretischen Weiterbildung als Aufgabe der Kammern und/oder der Weiterbildungsbefugten findet sich in den Weiterbildungsordnungen kein Wort. Ärztinnen und Ärzte mit Problemen in der Weiterbildung steht kein offizieller Ansprechpartner zur Verfügung. In einem Satz: Ärzte und Ärztinnen in Weiterbildung sind qua Erreichung der Zulassung zur Abschlussprüfung von „ihrer/ihrer“ Weiterbildungsbefugten vollständig abhängig. Eine wirksamere Disziplinierung gibt es nicht. Eine ausgeglichene Balance zwischen den Rechten und Pflichten beider Seiten täte not.

14. Die aktuellen Zustände in der Weiterbildung sind in den letzten Jahren von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung, von vielen Fachgesellschaften und ärztlichen Organisationen

kritisiert worden. Im mehreren Fällen gingen diese Kritiken über systemimmanente Korrekturvorschläge hinaus und forderten beispielsweise grundlegende curriculare Reformen. Die weitgehend übereinstimmende Richtung aller dieser Äußerungen hat die Ärztekammern (und die Landesgesundheitsbehörden) nicht einmal zu pragmatischen Reformen veranlasst. Zumindest öffentlich ist davon nichts zu bemerken. Ob die seit 2009 innerhalb der Bundesärztekammer geführten Diskussionen über eine Novellierung der Weiterbildungsordnung reale Verbesserungen nach sich ziehen werden, kann heute noch nicht abgeschätzt werden.

15. Denkbar ist aber, dass es lediglich zu einer verbal deklarierten Reform der Weiterbildung kommt, zumal die Spielräume für eine Reform aufgrund der engen Verzahnung mit der Krankenversorgung Veränderungen gering sind. Nötig ist als erstes eine Einsicht, dass auch die Weiterbildung ein Bildungsprozess darstellt, der nach den gleichen Grundsätzen anderer Bildungsprozesse zu gestalten ist. Erforderlich ist, dass die Weiterbildung nicht länger als ein Nebenprodukt harter Arbeit im Krankenhaus angesehen wird, sondern als ein Prozess, der eigenen didaktischen Gesetzen gehorcht. Hierzu gehören klare Lernziele sowie Lehrveranstaltungen und Übungen, die dem Erwerb von Kompetenzen dienen, in einem Wort: ein ausbalanciertes Verhältnis von Theorie und Praxis.

16. Um auf diesem Weg voranzukommen, ist es erforderlich, die alleinige Zuständigkeit der Ärztekammern für die fachärztliche Weiterbildung in eine komplexere Entscheidungsstruktur zu überführen, in der auch die medizinischen Fakultäten und die Landesgesundheitsbehörden involviert werden. Der Grund hierfür ist, dass die fachärztliche Weiterbildung eine eminent gesundheitspolitische Aufgabe darstellt, die nicht einer einzigen ärztlichen Lobby überlassen werden sollte. Diese Forderung impliziert umgekehrt eine größere Möglichkeit der Einflussnahme der Ärztekammern in Angelegenheiten der ärztlichen Ausbildung.

17. Der Vorschlag für eine kooperative Entscheidungsstruktur betrifft nicht nur die Qualität der Weiterbildung, sondern auch die Frage nach der Angemessenheit der Zahl der weitergebildeten Fachärztinnen und -ärzte in den verschiedenen Disziplinen. Für diese ebenfalls eminente gesundheitspolitische Aufgabe, ist die Weiterbildungsordnung bis dato das einzige Steuerungsinstrument. Ein spezifisches Gesetz, das die fachärztliche Produktion regelt, hat Deutschland – im Gegensatz zu allen Nachbarländern – nicht. Die Bedarfsfrage wird dem *laissez-faire* überantwortet, etwaige Überangebote bzw. Defizite nicht ausreichend vorausgesehen und gegengesteuert. Künftige Fehlentwicklungen können bereits jetzt für die Chirurgie, die Geriatrie, die Psychiatrie, die Innere Medizin und speziell die Allgemeinmedizin vorausgesagt werden.

18. Überprüft werden sollte auch, ob die bisherige Dominanz der stationären Versorgung als Ort und Ziel der Weiterbildung erhalten bleiben soll. Plädiert wird nicht nur für eine stärkere Einbeziehung des ambulanten Sektors in das Weiterbildungsgeschehen, sondern generell auch für eine stärkere Flexibilisierung der jeweiligen Ordnungen, um diversen späteren

Tätigkeitsbereichen und Interessengebieten der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung entsprechen zu können.

19. Ein weiteres zentrales Element einer Reform der Weiterbildungsordnungen sollte die valide Überprüfung der erworbenen Kompetenzen der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung sein. Nicht die Dauer der Anwesenheit in einer Disziplin sollte primär Maßstab sein, sondern das nachgewiesene Kompetenzniveau im Sinne von Kenntnissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten. Werden diese früher als in der Mindestzeit nachgewiesen, kann diese verkürzt werden.

20. Ausländische Modelle enthalten viele Anregungen für Verbesserungen der fachärztlichen Weiterbildung in Deutschland. Das Rad der Weiterbildung muss für Deutschland nicht neu erfunden werden.

21. Um die bisherigen Bemühungen für eine Reform, die von einzelnen Fachgesellschaften bzw. Krankenhäusern zu unterstützen, sollte eine reformierte (Muster)-Weiterbildungsordnung – wie die Approbationsordnung – eine Experimentierklausel enthalten, die es einzelnen Fachgesellschaften und/oder Krankenhäusern erlaubt, Erfahrungen mit innovativen Weiterbildungskonzepten zu sammeln.