

# Vom jungen Arzt zum guten Facharzt

## Liebe Leserinnen und Leser,

das Bündnis für Qualität in der Facharztweiterbildung (BQFW) geht aus einem Mastertrainer-Projekt zur Optimierung der Weiterbildung in den Kliniken hervor, welches 2012 vom Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC) und dem Berufsverband der Deutschen Internisten (BDI), zusammen mit Prof. Siebolds, Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen, ins Leben gerufen wurde.

Nachdem bereits über 90 Mastertrainer das Mastertrainercurriculum durchlaufen haben, wurde als nächster Schritt die Gründung des BQFW zur Verstetigung und Erweiterung der Aktivitäten zur Strukturierten Weiterbildung in Kliniken und Praxen in Angriff genommen.

Als Gründungsmitglieder sind inzwischen auch der BVOU und die DGOU dazu gekommen. In diesem Heft finden Sie neben fundierten Artikeln zum Status Quo der Arztweiterbildung in Deutschland auch detaillierte Informationen zum Projekt selbst. Begleiten Sie uns auf dem Weg zu einer strukturierten Facharztweiterbildung im BQFW über die Fachgrenzen hinweg - damit aus jungen Ärzten gute Fachärzte werden.

Die Initiatoren

Dr. Jörg Ansorg (BVOU)

Prof. Dr. Michael Denking (BDI)

Dr. Norbert Hennes (BDC)

Prof. Dr. Marcus Siebolds

## Inhalt

- 1 Die Verbesserung der Qualität in der Weiterbildung ist möglich**  
Dr. med. Hans-Friedrich Spies
- 2 Weiterbildung zum Facharzt im Gebiet Chirurgie**  
Prof. Dr. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer
- 3 Weiterbildung ist strukturierbar**  
Prof. Dr. Dr. Reinhard Hoffmann, Dr. Johannes Flechtenmacher
- 4 Wie werden aus jungen Ärzten gute Ärzte?**  
Prof. Dr. med. Marcus Siebolds
- 8 Die Assistentenumfrage des BDI: Ein objektiver Blick auf die Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen deutscher Assistenzärztinnen und -ärzte**  
Dr. med. Kevin Schulte
- 10 Gute Facharztweiterbildung vor Ort praxisnah fördern**  
Prof. Dr. med. Marcus Siebolds, Dr. med. Jörg Ansorg  
Dr. med. Norbert Hennes, Prof. Dr. Michael Denking
- 14 Die Chirurgie braucht ein strukturiertes Weiterbildungsprogramm!**  
Dr. med. Matthias Krüger MA, Dr. med. Jörg Ansorg
- 17 Ambulante Weiterbildung für den Internisten – eine Utopie?**  
Dr. med. Ivo Grebe

## Impressum

### Verantwortlich für den Inhalt

Prof. Dr. med. Marcus Siebolds

FB Gesundheitswesen

Katholische Hochschule NRW/ Abt. Köln

Wörthstrasse 10

50668 Köln

m.siebolds@katho-nrw.de

### Copyright ©

Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V.

Berufsverband Deutscher Internisten e.V.

Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V.

Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V.

### Verlagsredaktion

Springer Medizin Verlag GmbH

Tiergartenstraße 17

69120 Heidelberg

Dr. Jürgen Meyer zu Tittingdorf

juergen.meyerzutittingdorf@springer.com



Springer Medizin

### Satz und Layout

Schmidt Media Design, München

### Druck

Vogel Druck und Medienservice GmbH

Leibnizstraße 5

97204 Höchberg

# Die Verbesserung der Qualität in der Weiterbildung ist möglich



Dr. med. Hans-Friedrich Spies

Die internistische Weiterbildung wird zurzeit im Rahmen der Novellierung der Muster-Weiterbildungsordnung neu gestaltet. Dies hat für den ärztlichen Nachwuchs und den Zuschnitt unseres Faches und seiner Schwerpunkte große Bedeutung. So hat das Bundessozialgericht im letzten Jahr abschließend klargestellt, dass sich die Fächer und die Schwerpunkte in ihren Leistungen über den Inhalt der Weiterbildungsordnung definieren. Damit kommt der Diskussion zu diesem Thema eine hohe sozialrechtliche Bedeutung zu. Es geht nicht nur vordergründig um die Frage, was ein Vertragsarzt abrechnen darf oder wie eine Klinikabteilung in Zukunft zugeschnitten wird. In der Weiterbildung wird geregelt, welche Rolle die Internisten in Zukunft im Konzert der Fachgebiete bei der Patientenversorgung spielen werden. Nicht nur Fachärzte in Klinik und Praxis sollten sich deshalb für dieses Thema interessieren. Auch alle Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung sind betroffen. Hier wird ihre zukünftige berufspolitische Identität definiert.

Viele Fragen der Novellierung der Muster-Weiterbildungsordnung sind noch nicht endgültig in der Bundesärztekammer abgestimmt. Das Ziel einer sogenannten Entrümpelung der Inhalte dürfte wohl nicht erreicht werden, da die Fachgesellschaften weniger Vorgaben gestrichen als neue eingebracht haben. Unverändert stehen technische Leistungen und Fertigkeiten im Vordergrund. Die mindestens genauso wichtige klinische Erfahrung muss in Zukunft mehr über das Modell Mastertrainer vermittelt werden.

Uneinig ist man sich darüber, ob Richtzahlen eingeführt werden sollen. Die Bundesärztekammer möchte darauf ganz verzichten. Dies bedeutet, dass vielmehr Verantwortung als früher beim weiterbildenden Arzt abgeladen wird. Er hat nahezu allein über die Zeugniserstellung zu entscheiden, ob der Weiterzubildende zur Prüfung zugelassen wird und kann sich dabei nicht mehr an Leistungszahlen orientieren. Auch hier werden Mastertrainer systembedingte Defizite ausgleichen müssen.

Bei der ambulanten Weiterbildung hat sich die Kammer eindeutig entschieden. Sie will es völlig offen lassen, ob die Weiterbildung in einer Klinik oder in einer Praxis stattfindet. An der Bundesärztekammer und Ihrer Muster-Weiterbildungsordnung wird deshalb eine ambulante Weiterbildung in Zukunft nicht mehr scheitern. Die Frage, wer die ambulante Weiterbildung finanziert, ist damit weiter nicht gelöst. Für die Allgemeinmedizin gibt es Förderprogramme. Die Fachärzte

sind aber nicht in der Lage, ohne zusätzliche Mittel über ihr nach Patientenzahl und Fallwert definiertes Honorar einen Weiterbildungsassistenten zu finanzieren.

Die Politik wird klären müssen, wer in Zukunft die so wichtige Aufgabe Weiterbildung finanziert, die übrigens durchaus im öffentlichen Interesse liegt. Was wäre ein Gesundheitswesen ohne gut weitergebildete Fachärzte? Inhaltlich gesehen ist die ambulante Weiterbildung ohnehin erforderlich, werden doch viele Krankheitsbilder nur noch ambulant behandelt. Typisches Beispiel ist der internistische Schwerpunkt Rheumatologie.

Ich persönlich kann mir vorstellen, dass es auch in Deutschland zukünftig, wie in anderen Ländern, sektorübergreifende Weiterbildungsverbände geben wird. Wer könnte dies am besten koordinieren als ein etablierter und erfahrener Mastertrainer?

Fasst man die verschiedenen Aspekte zusammen, wird sich die Qualität der Weiterbildung nur durch eine Kooperation aller Verantwortlichen im System auf Dauer erhalten lassen und weiter verbessern. Es gehören alle Beteiligten an einen Tisch, angefangen bei der Ärztekammer über die Körperschaften in der ambulanten und stationären Versorgung bis hin zu den Fachgesellschaften und Berufsverbänden. Wir brauchen ein Bündnis zur Förderung der Qualität der Facharztweiterbildung. Der BDI wäre dabei!

**Dr. med. Hans-Friedrich Spies**

Präsident des

Berufsverbandes Deutscher Internisten e.V.

# Weiterbildung zum Facharzt im Gebiet Chirurgie



Prof. Dr. Dr. h.c.  
Hans-Joachim  
Meyer

Unabhängig vom gerade unter Haushaltsvorbehalt verabschiedeten Masterplan Medizinstudium 2020 ist die Ausbildung der Medizinstudierenden in Deutschland sicherlich als anspruchsvoll und auf hohem Niveau stehend anzusehen. Wissenschaftlich und klinisch – praktisch ausgebildete ÄrztInnen können anschließend ihre Weiterbildung in verschiedenen Gebieten der Medizin antreten. Daran wird sich auch bei der geplanten Neustrukturierung des Medizinstudiums mit besonderem Augenmerk auf die Allgemein – bzw. ambulante Medizin nur wenig ändern, wobei es von entscheidender Wichtigkeit ist, die nächste Medizinergeneration bereits frühzeitig während des Studiums für die Wahl eines großen klinischen Faches zu begeistern und zu überzeugen.

Frühere Umfragen haben gezeigt, dass trotz geringster Normierung und dem größten Angebot in der Facharztweiterbildung in unserem Land Konflikte zwischen Arbeits- und Privatleben, defizitäre Führung in den Weiterbildungskliniken sowie unbefriedigende Qualität ärztlicher Weiterbildung auch Fortbildung ein relevantes Problem darstellen. Weiterbildung heißt heute: „Learning on the job“, ganz entscheidend beeinflusst durch den ökonomischen Druck des Gesundheitssystems, zutreffend für die Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung bis hin zu Maximalversorgern bzw. Universitätskliniken. Es kann daher im derzeitigen Gesundheitssystem

kaum verwundern, dass sich nach einer Umfrage des Hartmannbundes unter 1.300 Assistenzärzten verschiedener Gebiete 90 % in ihrer Tätigkeit überfordert fühlen. Als Hauptgründe werden zunehmende Arbeitszeiten bei Personalmangel, Arbeitsverdichtung, Organisationsmängel oder überbordende Bürokratie angeführt. Diese Problematik betrifft auch die chirurgischen Fächer und erklärt die Tatsache, dass sich die Erstsemester in etwa 35 % für ein chirurgisches Fach interessieren, aber nach den Erfahrungen im praktischen Jahr dieser Anteil auf etwa 16 % sinkt und letztlich treten dann noch 5–10 % der ÄrztInnen eine Weiterbildung im Gebiet Chirurgie an.

## Wie lässt sich eine solche Situation verändern?

Zuerst muss bereits im Studium, besonders aber im praktischen Jahr von den Dozenten die Begeisterung für ein chirurgisches Fach geweckt werden, um dann auch bei praktischer Tätigkeit überzeugend die überaus reizvollen Facetten der Chirurgie im stationären wie auch ambulanten Bereich aufzeigen zu können. Generell sind in der Tat entscheidende Veränderungen im klinischen Betriebsablauf mehr als überfällig und werden seit Jahren mehr oder weniger erfolgreich angestrebt, was besonders Organisationsmängel oder nichtärztliche Tätigkeiten betrifft. Teilzeitbeschäftigungen müssen bundeseinheitlich von den Landesärztekammern anerkannt werden, vor allem auch unter dem Aspekt der Vereinbarkeit von Familie und Beruf wie auch wissenschaftlicher Karriere. Dabei ist zu bedenken, dass bereits heute nach Angaben des statistischen Bundesamtes ein Drittel der etwa 80.000 im Krankenhaus tätigen Ärztinnen nicht in einem Vollzeitbeschäftigungsverhältnis steht.

Ferner ist natürlich auch die derzeitige Weiterbildungspraxis zu verändern, was im gegenwärtigen Gesundheitssystem

nicht einfach zu realisieren sein wird. Unabhängig von etwaigen Neuerungen der Muster-Weiterbildungsordnung ist dies eine Frage des Zeitfaktors und der Finanzierung. Für ein chirurgisches Fach kann deshalb eine Weiterbildungszeit von sechs Jahren nicht zur Diskussion stehen, wobei jeweils die im Logbuch vorgegebenen Inhalte durch den Weiterbildungsbefugten ein- bis zweimal im Jahr zu überprüfen sind. Neben den operativen Eingriffen müssen auch in der Chirurgie Kenntnisse zu den konservativen Therapiemaßnahmen im hinreichenden Umfang erworben werden. Pflichtveranstaltungen wie Tumorboard, interdisziplinäre Kolloquien oder M & M – Konferenzen müssen angeboten und durchgeführt werden. Gleiches gilt auch für entsprechende Lern- und Übungsmöglichkeiten, wie E-Learning, Webinare oder Skill-Labs bzw. Hands on Learning. Weiterhin müssen die Leitenden – wie Oberärzte – also chirurgische Trainer, mit den dargestellten Möglichkeiten vertraut sein, um ihre Kenntnisse theoretisch und praktisch an den Kollegen in Weiterbildung kompetent vermitteln zu können. Unterstützend können auch entsprechende Fortbildungsseminare in Kooperation von Berufsverbänden und Fachgesellschaften angeboten werden, um bei Akzeptanz einer Work-Life-Balance die Weiterbildung, gerade in der Chirurgie, für die Nachwuchsgeneration wie auch für den Weiterbilder so attraktiv und bedeutsam werden zu lassen, wie es ihr zu Recht zusteht. Diese Forderung stellt nämlich den Garant für die Aufrechterhaltung eines weiterhin hohen Standards der zukünftigen medizinischen Versorgung dar.

**Prof. Dr. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer**

Präsident des

Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e.V.

# Weiterbildung ist strukturierbar



**Prof. Dr. Dr. Reinhard Hoffmann**



**Dr. Johannes Flechtenmacher**

Die Diskussion um die chirurgische Weiterbildung konzentriert sich in den letzten Jahren fast ausschließlich auf die Novellierung der Muster-Weiterbildungsordnung. Diese ist seit 2004 nahezu unverändert in Kraft. Kontinuität und Bestandsschutz sind sicher ein hohes Gut, allerdings bleibt dabei Flexibilität und Aktualität auf der Strecke.

Die Strukturen in Klinik und Praxis, in denen Weiterbildung nun einmal stattfindet, haben sich seit 2004 so grundlegend verändert, dass es schon fast erstaunt, dass die Weiterbildung in Orthopädie und Unfallchirurgie (O und U) heute überhaupt noch funktioniert. Wesentliche Inhalte, besonders im Bereich der konservativen O und U, können kaum noch hinreichend vermittelt werden.

Realistisch betrachtet bleibt andererseits festzuhalten, dass die M-WBO lediglich den Rahmen der Weiterbildung vorgibt und in Form der Richtlinien, d.h. des Logbuches bzw. OP-Kataloges, das zu erreichende Ziel formuliert. Der nicht selten „steinige Weg“ dorthin wird von der Weiterbildungsordnung nicht beschrieben. Ihn zu finden und jeweils individuell auszugestalten bleibt Weiterzubildenden und Weiterbildern weitgehend überlassen. Arbeitszeitgesetze, Ökonomisierung und Personalmangel behindern grundlegend die Etablierung und Umsetzung strukturierter Weiterbildungsprogramme. Hier

fühlen sich auch die Weiterbilder oft überfordert und allein gelassen.

Die Weiterbilder, in der Regel der Abteilungsleiter oder Praxisinhaber, haben es dabei wesentlich in der Hand, die Weiterbildung zu organisieren und zu strukturieren. Dies wird von vielen als Bürde empfunden, kann jedoch auch als Chance zur Veränderung und individuellen Gestaltung interpretiert werden.

Nach den enttäuschenden Ergebnissen der ersten Umfragen zur Weiterbildungsqualität um die Jahrtausendwende und den Erfahrungen um die Novellierung der M-WBO 2003/2004 hat sich eine kleine Gruppe engagierter Kolleginnen und Kollegen auf den Weg gemacht, Instrumente zur substantiellen Unterstützung engagierter Weiterbilder und zur Erhöhung der Weiterbildungsqualität zu schaffen. Es war ihr Ziel, diese Instrumente unabhängig von der gerade gültigen Weiterbildungsordnung zu gestalten und dabei auf die Stärken und Möglichkeiten der Weiterbildungsstätten vor Ort zu fokussieren.

Der entwickelte „Werkzeugkasten“ ist ebenso simpel wie praxisorientiert. Er erhebt nicht den Anspruch auf vollumfängliche Veränderung und schafft im Sinne des Paretoprinzips mit einem vertretbaren Aufwand ein Maximum an Qualitätsverbesserung. Mit den Instrumenten lässt sich die Weiterbildungsqualität und damit die Attraktivität des Hauses für junge, enga-

gierte Mitarbeiter erheblich steigern, ohne das Team über Gebühr zu belasten.

Parallel zu den Instrumenten wurde ein Schulungskonzept im Sinne eines Train-the-Trainer-Angebotes entwickelt, das von Anfang an interdisziplinär ausgerichtet wurde. In den beiden großen Fachgebieten Chirurgie und Innere Medizin wurden in Tagesseminaren mittlerweile über 90 Mastertrainer geschult, die sich regelmäßig zum Erfahrungsaustausch treffen und die Instrumente in ihrem Klinik- und Praxisalltag weiterentwickeln.

Wir freuen uns sehr, Ihnen in diesem Sonderheft den aktuellen Stand dieses Projektes vorstellen zu können. Es ist heute so weit entwickelt, dass es für einen flächendeckenden, interdisziplinären Einsatz taugt. Das Interesse bei anderen Fachdisziplinen, Ärzteorganisationen und den Ärztekammern wächst stetig.

Gleichzeitig treiben die Berufsverbände der Internisten und Chirurgen ebenso wie die Fachgesellschaften die Verbreitung voran und schaffen mit der Gründung einer Allianz für Qualität in der Facharztweiterbildung eine interdisziplinäre Plattform in Ergänzung zur Muster-Weiterbildungsordnung, die sich der Qualität unserer Fachärzte von morgen verschreibt.

Wir laden alle Weiterbilder in Orthopädie und Unfallchirurgie ein, Teil dieser Initiative zu werden und sich mit ihren Erfahrungen in die Diskussion und Weiterentwicklung des Angebotes einzubringen.

**Prof. Dr. Dr. Reinhard Hoffmann**

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V.

**Dr. Johannes Flechtenmacher**

Präsident des Berufsverbandes für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V.

# Wie werden aus jungen Ärzten gute Ärzte?

Warum sollte man sich eigentlich mit dieser Frage beschäftigen?



Prof. Dr. med.  
Marcus Siebolds

In der Diskussion um die Novelle der Muster-Weiterbildungsordnung wird die Frage, was denn einen guten Arzt ausmacht implizit mitgeführt, ohne sie wirklich zu diskutieren. Letztlich dominieren bildungs- und standespolitische Auseinandersetzungen den Diskurs und die Frage welchen Beitrag Facharztweiterbildung zur ärztlichen Identitätsbildung leisten kann, gerät völlig aus dem Blick. Um das zu verstehen, müssen die internationalen Konzepte bekannt sein, auf die im derzeitigen Diskurs Bezug genommen wird. So werden der Nationale Kompetenzrahmen für das Medizinstudium NKLM [1], das CAN-Meds Konzept aus Canada [2, 3] und das Konzept der Entrustable Professionell Activities, EPA [4], das Konzept des Accreditation Council for the Graduate Medical Education, ACGME [5] in den USA, oder das europäische Konzept der Union Européenne des Médecins Spécialistes, UEMS [6] als Grundlage der Diskussion über die neue Kompetenzausrichtung der Facharztweiterbildung genutzt.

Alle o.g. wissenschaftlichen Konzepte gehen normativ davon aus, dass ärztliches Handeln in die Kategorien „Richtig oder Falsch“ einzuordnen wäre. Darauf baut die Kompetenzbasierung der Facharztweiterbildung auf. Diese Konzepte sind stark erziehungswissenschaftlich und medizinisch-fachwissenschaftlich geprägt. Damit besteht die Gefahr, dass der Sinn ärztlichen Handelns, also letztlich das, was einen guten Arzt ausmacht, direkt von universitär-wissenschaftlichen, oder auch berufspoli-

tischen bzw. sozialrechtlichen Interessenlagen, abgeleitet wird. Die grundsätzliche Frage, was denn einen guten Arzt aus einer distanzierteren, philosophischen oder berufssoziologischen Perspektive ausmacht, wird im öffentlichen Diskurs ausgeblendet.

Im folgenden Essay soll deshalb bewusst eine andere Perspektive eingenommen werden. Vor dem Hintergrund philosophischer und berufssoziologischer Theorien soll das, was einen guten Arzt ausmacht, abgeleitet werden. Damit soll sich für die an der Weiterbildung vor Ort Beteiligten die Möglichkeit eröffnen, jenseits der oben dargelegten öffentlichen Diskussion einen kritischen Zugang zu dieser Frage zu finden.

## Erste Frage: Was macht gutes ärztliches Handeln aus?

Wenn man die Frage jenseits der berufsständischen Lyrik beantworten will, ist eine wesentliche Grundlage der § 1 der Bundesärzteordnung [7].

„§ 1 Abs. 1: **Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes**“

Eine etablierte philosophische Theorie zu diesem Thema ist die hermeneutische Fallarbeit von Ulrich Övermann [8, 9]. Sie hat einen hohen Erklärungswert für den ersten Teil des Absatz 1.

Die Theoriebildung der hermeneutischen Fallarbeit erlaubt es, die Anforderungen an das Handeln eines guten Arztes am Patienten abzuleiten. Övermann fasst den Wesenskern ärztlichen Handelns in sechs Grundkategorien zusammen, die ich auf den Zusammenhang der Facharztweiterbildung hin weiterentwickelt habe [10]

## • Widersprüchliche Einheit aus Regeltwissen und Fallverstehen

Mit zunehmender Fallkomplexität und Chronizität wird das Fällen klinischer Ent-

scheidungen mit Hilfe der trivialen Idee einer zweiwertigen Entscheidungslogik mit den Wahrheitswerten Richtig/Falsch immer schwieriger.

Das Problem liegt darin, dass die Richtigkeit oder Validität klinischer Forschung im Sinne der evidenzbasierten Medizin und die im Konsens der klinischen Wissenschaftsgemeinschaft identifizierten Vorgaben guter klinischer Praxis, ihre Richtigkeit an sich behalten, auch wenn sie im Widerspruch zum ärztlich-hermeneutischen Fallverstehen stehen. Diese Widersprüchlichkeit verstärkt sich, je mehr der Arzt durch Anamnese und Beratung über die Wertepreferenzen des Patienten, sein Fallverstehen erfährt und verbessert. Dennoch wird damit das Fallverstehen konsistenter und erhält eine größere Wertigkeit. Ich nenne das ein klinisch hermeneutisches Paradox ärztlicher Sorgfalt. Der Arzt verstärkt den inneren Widerspruch durch die sorgfältige Identifikation der besten Evidenzen und der systematischen Entwicklung seines Fallverstehens nachhaltig.

## • Dialektik aus Entscheidungs- und Begründungszusammenhang

Der Arzt muss bei zunehmender Fallkomplexität und Chronizität oft Entscheidungsfällen, die im Widerspruch zu einer sinnvollen oder regelrechten Anwendung von wissenschaftlichen Evidenzen oder guter klinischer Praxis stehen. In diesem Zusammenhang muss er sich der dialektischen Methode bedienen. Hermeneutisches Fallverstehen des einen Patienten wäre in diesem Sinne die These, die wissenschaftliche Evidenz die Antithese. Die Synthese wäre dann der Versuch entweder durch die Methode der Güterabwägung einen Kompromiss zwischen beiden Optionen zu finden, oder eine ganz neue Idee des Vorgehens zu entwickeln. Werden die Wertepreferenzen des Patienten dominant (z.B. durch eine Patientenverfügung) so kippt das Entscheiden einseitig auf die Seite des Fallverstehens. Gilt es eine Güterabwägung zu tref-

fen, so wird oft Patientenschaden und Nutzen abgewogen. Das Gewicht der einzelnen Güter hängt dann von der Validität der wissenschaftlichen Evidenzen und der von Arzt und Patient erkannten Bedeutung des Fallverstehens ab. Das bezeichne ich als hermeneutisch-dialektisches Fällen klinischer Entscheidungen.

#### • **Subjektive Betroffenheit des Patienten**

Für den Patienten ist sein Kranksein von Bedeutung. Das subjektiv, lebensgeschichtlich geprägte Verständnis seines Krankseins ist für ihn ausschlaggebend. Dabei folgt dieses Krankheitsverständnis eben nicht bindend einer medizinischen oder psychologischen Verständnis- und Bedeutungslogik. Hier kommt die Bedeutung der Hermeneutik als Erkenntnisgewinnungsmethode ins Spiel. Gadamer [11] beschreibt die Hermeneutik als Methode der Deutung von Wirklichkeit, die sich durch ein sich Hineinversetzen in den Anderen auszeichnet. Dies beschreibt genauer, was allgemein ärztlich als Empathie beschrieben wird. Der Arzt muss in seinem klinischen Fallverstehen die subjektive Betroffenheit des Patienten mit all ihrer Rationalität und Irrationalität durch Deutung rekonstruieren, in dem er alles nutzt was ihm an Informationen, Wahrnehmungen, eigenem Gefühlserleben und dem, was ich klinische Szene nenne, zur Verfügung steht. Klinische Szene beschreibt dabei die im Augenblick der Begegnung entstehende Behandlungswirklichkeit von Arzt und Patient mit all ihrem Inhalt.

#### • **Analytische Distanz des Arztes in der Behandlungsbeziehung**

Der professionelle Arzt muss sich im Sinne des hermeneutischen Verstehens in den Patienten Hineinversetzen können. Aus meiner Sicht entsteht damit eine Situation klinischer Intimität. In dieser Situation betreibt der Arzt aus einer reflektierten Position heraus, professionelle Entgrenzung. Er muss sich in den Patienten situativ und emotional hineinversetzen, die Grenzen der körperlichen Intimität in der klinischen Untersuchung überschreiten und in der Anamnese oftmals Fragen stellen, die über die soziale Intimitätsgrenze hinausgehen. Diese professionelle Entgrenzung ist die klar gesetzte Grenze im Sinne

der Unverletzlichkeit der Selbstbestimmung des Patienten und seiner seelischen, seiner sozialen sowie körperlichen Integrität – sie ist unverhandelbar. Unterhalb dieser Grenzen bewegt sich der Arzt im hermeneutischen Prozess, an dessen Ende sich ein möglichst umfassendes und widerspruchsfreies Verstehen des Patienten entwickeln kann. Im Laufe seines Arztlebens durchläuft ein Arzt unzählige solcher hermeneutischer Prozesse und entwickelt damit letztlich seine klinische Reife.

#### • **Autonomie der Lebenspraxis**

Patienten streben nach Autonomie ihrer Lebenspraxis. Dieses Konstrukt beschreibt, dass jenseits aller Ideen von patientärer Partizipation und dem Bild des mündigen Patienten, die wesentlichen Entscheidung in der alltäglichen Lebenspraxis getroffen werden. Ist der Patient in einer abhängigen Behandlungssituation, zum Beispiel im Krankenhaus, so bildet sich diese Autonomie in der Regel in der Zustimmung zu diagnostischen oder operativen Eingriffen ab. Ist der Patient nicht direkt abhängig, so bestimmt diese Autonomie über die Teilhabe an der Therapie. Die Autonomie des Patienten entscheidet z.B. darüber ob und wie zuverlässig Medikamente eingenommen werden. Mit diesem Begriff wird die

begrenzte Reichweite ärztlicher Vorgaben an Patienten deutlich, wenn diese nicht in einer direkt abhängigen Position dem Arzt gegenüber sind.

#### • **Fehlende Standardisierbarkeit**

Lassen sich die ärztliche Vorgehensweisen im Bereich der akuten Erkrankungen noch leidlich standardisieren, so ist dies im Bereich der komplex chronischen und komorbiden Patienten kaum noch möglich. Daraus ergeben sich klare Anforderungen an die Legitimitätsdarlegung der klinischen Entscheidungen in diesem Handlungsfeld. Sowohl an die Güte der genutzten wissenschaftlichen Evidenzen, als auch an die Konsistenz des ärztlichen Fallverstehens, werden bei zunehmender Komplexität und Widersprüchlichkeit immer höhere Anforderungen gestellt. Gleichzeitig steigt damit die Verantwortung des Arztes, im Sinne des Patienten und im Spannungsfeld der Gesundheitswirtschaft, die „optimale“ Kombination aus Diagnostik und Therapie auszuwählen und anzubieten. Je komplexer das Krankheitsbild, desto weniger kann sich auch der gesundheitlich gebildete Patient mit den Entscheidungswegen inhaltlich auseinandersetzen und muss der Fallarbeit des Arztes vertrauen.

### **Fazit**

Bleibt man auf der Ebene des ärztlichen Handelns, dann lassen sich folgende Merkmale aus der Theorie Övermann's ableiten, die das Handeln eines guten Arztes beschreiben und als übergeordnete Bildungsziele für die Facharztweiterbildung dienen können:

#### **Ein guter Arzt ...**

- ... verfügt über differenziertes Regelwissen im Sinne der evidenzbasierten Medizin. Dabei muss er in der Lage sein, patientenrelevante Detailinformationen aus Originalpublikationen zu extrahieren, die oft in sekundär aufbereiteten Wissensquellen nicht ersichtlich sind. Diese Daten braucht er, um ihre klinische Bedeutung in der Güterabwägung für die hermeneutisch-dialektische Entscheidung richtig einschätzen und den Patienten darüber beraten zu können.
- ... kann sein klinisches Handeln durch hermeneutisch-dialektisches Entscheiden begründen
- ... kann die volle Fallwirklichkeit des Patienten im Sinne des hermeneutischen Fallverstehens rekonstruieren. Dabei ist er in der Lage alle Dimensionen des Fallverstehens einzubeziehen und ist in der Lage im Sinne einer reflektierten analytischen Distanz mit dem Patienten umzugehen und kann mit der klinischen Intimität und der professionellen Entgrenzung verantwortlich umgehen.
- ... kann mit der widersprüchlichen Einheit aus Regelwissen und Fallverstehen professionell und sorgsam umgehen und erträgt die daraus entstehende Ambiguität.

**Zweite Frage:  
Was macht eine gute ärztliche  
Rolleneinnahme aus?**

Zur Beantwortung dieser Frage lässt sich die Theoriebildung der Professionstheorie in Anlehnung an Doris Schäffer [12] sinnvoll nutzen. Dieses Theorem erklärt konsistent den zweiten Teil des Abs. 1 § 1 der Bundesärzteordnung:

*„§ 1 Abs. 1: Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und **des gesamten Volkes**“*

Die Professionstheorie leitet sich aus dem Ordensgelübde, der Profess ab. Damit wird ein sich versprechen im Dienen an einer Gemeinschaft beschrieben. Sie entwickelt den Begriff der ärztlichen Profession aus folgendem Konstrukt heraus:

Die Gesellschaft ist durch irrationale Potentiale bedroht. Irrationale Potentiale im Bereich des Gesundheitswesens sind, z.B. Krankheit, Pflegebedürftigkeit, krankheitsbedingte soziale Devianz, Siechtum und Tod. Um diese irrationalen Potentiale zu kontrollieren muss die Gesellschaft Daseinssicherung betreiben. Da im Feld des Gesundheitswesens die Organisation und Übernahme der Daseinsvorsorge ein hohes Potential an objektiv nur schwer lösbaren Wertekonflikten für die Gesellschaft beinhaltet, überträgt die Gesellschaft diese Aufgaben an die Ärzteschaft. Sie erteilt ihr ein gesellschaftliches Mandat. Die Operationalisierung der Kontrolle der krankheitsbedingten irrationalen Potentiale durch die Ärzteschaft erfolgt durch die Übertragung der Letztverantwortung im einzelnen Fall an den Arzt. Kernpunkt ist

die Individualisierung der Verantwortung für die Kontrolle der irrationalen Potentiale des einzelnen Patienten in der Person des behandelnden Arztes. Dafür erhalten Ärzte eine hohe Institutionsautonomie (Recht auf den freien Beruf, Recht auf ärztliche Selbstverwaltung) und eine große Unabhängigkeit vom Patienten (der Arzt ist nicht für den Erfolg seines Handelns sondern nur für die notwendige Sorgfalt verantwortlich).

Diese Theorie beschreibt sehr eindrücklich die in der Bundesärzteordnung – immerhin einem Bundesgesetz – festgelegte Erwartung der Gesellschaft an die Ärzteschaft, wie sie im §1 dokumentiert ist. Diese ganz reale (siehe Bundesärzteordnung) gesellschaftliche Rollenerwartung hat weitgehende Folgen für die ärztliche Rolleneinnahme und prägt entscheidend das Arzt-Patienten-Verhältnis.

**Der Arzt als Vermittler zwischen  
Medizin, Patient und Gesellschaft**

In der Krankenbehandlung kommen primär drei gesellschaftliche Erwartungsstrukturen zum Tragen.

- Der Wunsch des Patienten nach einer wirksamen und humanen Behandlung seiner Krankheit und der Achtung vor seinen Wertepreferenzen
- Die Einhaltung des gesellschaftlichen Rahmens von begrenzten finanziellen Ressourcen und den rahmengebenden Gesetzen in der Behandlung durch den Arzt
- Die Wahrung ärztlicher Identität im Sinne der Umsetzung der besten verfügbaren Evidenzen aus der Wissenschaft, einem für den Arzt menschlichen Umgang mit dem Patienten und

der Achtung gegenüber den eigenen Werteüberzeugungen des Arztes

Dieser Aushandlungsprozess beschreibt letztlich das fortwährende Ringen um eine Balance,- besser einen tragfähigen Kompromiss,- zwischen diesen Erwartungsstrukturen. In der Folge wird deutlich, das Arzthandeln immer primär politisch und Gemeinwesen bezogen ist. Der Sachverhalt ist in Abb.1 dargestellt.

Schäffer hinterlegt diese Grundidee mit einem System von fünf Rollenmerkmalen, von den die zwei wichtigsten für die hier zu bearbeitende Fragestellung erwähnt seien:

**• Zentralwertbezogene Leistungen**

Eine Gesellschaft definiert sich über Zentralwerte. Diese können in Gesetzen festgeschrieben sein oder informell als nicht kodifizierte Erwartungen existieren. Im Gesundheitswesen stellt das Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) die gesetzliche Festlegung dar. Die Kernaussagen im Zusammenhang mit der ärztlichen Rolleneinnahme sind § 12 Abs. 1 mit der Festlegung des Leistungsrahmens gemäß des WANZ (wirtschaftlich, angemessen, notwendig, zweckmäßig) Paradigmas:

*„(1) Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.“*

Ebenso ist § 70 SGB V Abs.2 der die humane Versorgung festlegt von wesentlicher Bedeutung:

*„(2) Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben durch geeignete Maßnahmen auf eine humane Krankenbehandlung ihrer Versicherten hinzuwirken.“*

Hier bildet sich eine widersprüchliche Gemengelage ab. Der Arzt muss sein Handeln an den zwei rivalisierenden Zentralwerten, dem des WANZ Paradigmas und des Humanitätsgebotes ausrichten. Das führt zum Problem der grenzrisikennahen Versorgung gemäß Abb. 2.



Abb. 1: Das professionelle Dreieck ärztlichen Handelns (WANZ: wirtschaftlich ausreichend, notwendig, zweckmäßig)

In diesem gesetzlich definierten Handlungsmodell beschreibt WANZ das Funktionsoptimum der Versorgung im Sinne einer gerade noch vertretbaren Versorgung. Der Arzt wird im gegenwärtigen Finanzierungssystem (DRG und Praxisbudgets) immer mehr an das Grenzkrisiko getrieben. Dabei erlegt ihm seine Rolle und das Gesetz die Wahrung einer humanen Patientenversorgung auf. Das meint konkret ärztliches Handeln im Spannungsfeld rivalisierender Zentralwerte.

Die Rolle wird im Übrigen durch die zunehmenden Einflüsse des Gesetzgebers und der Kostenträger bei gleichzeitig unverändert individualisierter Verantwortung in den letzten Jahren immer schwieriger auszufüllen.

#### • Universelles Wissen

Letztlich ist es nur dem Arzt erlaubt, seine klinische Erfahrung und sein hermeneutisches Fallverstehen gleichberechtigt neben den wissenschaftlichen Evidenzen zu nutzen. Dies ergibt sich aus dem rechtlichen Sorgfaltsgebot in der Verantwortung für den einzelnen Patienten und korrespondiert zu Övermann's Feststellung der weitestgehend eingeschränkten Standardisierbarkeit der Behandlung.

### Abschließende Reflektion

Die mit Hilfe der Theorien von Övermann und Schäffer entwickelten Kriterien für die Idee, was einen guten Arzt ausmacht, heben sehr deutlich auf die Sinnproblematik

### Fazit

**Bleibt man auf der Ebene der ärztlichen Rolleneinnahme, dann lassen sich folgende Merkmale aus der Theorie von Schäffer ableiten, die die professionelle Rolleneinnahme eines guten Arztes beschreiben und als übergeordnete Bildungsziele für die Facharztweiterbildung dienen können:**

#### Ein guter Arzt ...

- ... **begreift sein Rolle als primär politisch und gemeinwesenbezogen**
- ... **ist in der Lage, die Problematik der Orientierung seines Handelns an zwei rivalisierenden Zentralwerten kritisch zu reflektieren**
- ... **ist bereit, die persönlich unbedingte Verantwortung für sein Handeln am einzelnen Patienten zu übernehmen**
- ... **ist bereit, die persönliche Verantwortung für die Kontrolle der gesellschaftlichen Kollektivrisiken der irrationalen Potentiale von Krankheit zu übernehmen**
- ... **geht verantwortlich mit dem Unterschied zwischen seiner Rolle als professioneller Arzt und seiner Rolle als Arbeitnehmer um.**

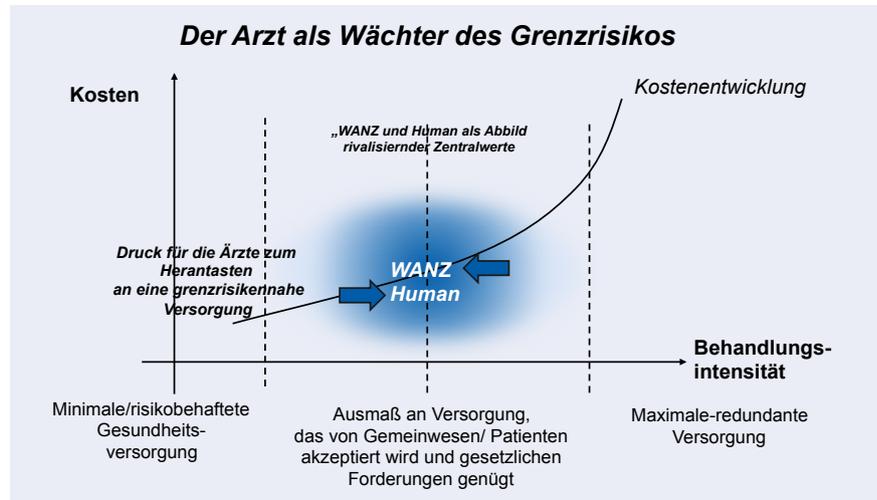


Abb. 2: Der Arzt als Wächter des Grenzkrisikos

des individuellen Behandlungsgeschehens und die Rolle des Arztes in der Zivilgesellschaft ab. Das zentrale Agens ist hier die klar radikal eingeforderte Verantwortung für das eigene ärztliche Handeln am einzelnen Kranken und der unausweichlichen zivilgesellschaftlichen Verantwortungsübernahme.

Die Nutzung der hier vorgestellten Theorien lässt schmerzlich erkennen, welche Aufgabe gute Arztbildung im besten Sinne beinhaltet. Im Mastertrainerprojekt, das in diesem Heft vorgestellt wird, werden die hier abgeleiteten Kriterien für einen guten Arzt als eine der Grundlagen der Lernstandsrückmeldung genutzt. Die Gewährleistung von Rolle, Verantwortung, Ansprüchen und damit verbundenen Konflikten im täglichen ärztlichen Handeln

kann wesentlich dazu beitragen, dass aus jungen Ärzten gute Ärzte werden.

#### Prof. Dr.med. Marcus Siebolds

FB Gesundheitswesen

Katholische Hochschule NRW/ Abt. Köln

#### Literatur:

- [1] [www.nklm.de](http://www.nklm.de)
- [2] Jilg S, Möltner A, Fischer MR, Breckwoldt J (2015) How do Supervising Clinicians of a University Hospital and Associated Teaching Hospitals Rate the Relevance of the Key Competencies within the CanMEDS Roles Framework in Respect to Teaching in Clinical Clerkships? GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung 32(3), ISSN 1860-3572
- [3] [http://canmeds.royalcollege.ca/uploads/en/framework/CanMEDS%202015%20Framework\\_EN\\_Reduced.pdf](http://canmeds.royalcollege.ca/uploads/en/framework/CanMEDS%202015%20Framework_EN_Reduced.pdf)
- [4] Ten Cate O. et al (2015) Curriculum development for the workplace using Entrustable Professional Activities (EPAs): AMEE Guide No. 99. Medical Teacher 1-20, early online
- [5] ACGME Outcome Projekt Weitere Details: <http://www.acgme.org/outcome/> (Stand: 5. August 2004).
- [6] <https://www.uems.eu/areas-of-expertise/postgraduate-training>
- [7] [http://www.gesetze-im-internet.de/b\\_o/\\_1.html](http://www.gesetze-im-internet.de/b_o/_1.html)
- [8] Weidner F, (1995) Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung, Frankfurt a.M.
- [9] Oevermann U; Klinische Soziologie, Konzeptualisierung, Begründung von Berufspraxis und Berufsbildung; unveröffentlichtes Manuskript (Bei Weidner)
- [10] Siebolds M (2014) Vertragsärztliches System – Teil I: Von Eros und Ethos des Vertragsarztseins. Dtsch Arztebl 111(29-30): A-1292 / B-1112 / C-1056
- [11] Gadamer HG (1966) Wahrheit und Methode
- [12] Schaeffer D (1994) Zur Professionalisierung von Pflege und Public Health. In: Moers, M. (Hrsg.): Zur Professionalisierung von Pflege und Public Health, Berlin

# Die Assistentenumfrage des BDI: Ein objektiver Blick auf die Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen deutscher Assistenzärztinnen und -ärzte



Dr. med.  
Kevin Schulte

Das deutsche Gesundheitswesen befindet sich in einem ständigen Wandel, was erhebliche Auswirkungen auf die Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen junger Ärztinnen und Ärzte in den deutschen Kliniken hat. Um die aktuelle Problemlage klar und deutlich zu beschreiben, hat das Junge Forum des Berufsverbandes Deutscher Internisten (BDI) gemeinsam mit den Young Internists der deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) im Jahr 2015-2016 eine internistische Assistentenbefragung durchgeführt. Vor allem drei Themenbereiche wurden in der Befragung [1] besonders beleuchtet: 1.) Wie ist es um die internistische Weiterbildung bestellt, 2.) wie beeinflusst die Ökonomie die ärztliche Entscheidungsfreiheit und 3.) wie sehr belasten die heutigen Arbeitsbedingungen die Gesundheit der Ärztinnen und Ärzte.

Das Interesse an der Umfrage war überwältigend, mit 1696 Teilnehmern haben sich an dieser fachspezifischen Befragung mehr Ärztinnen und Ärzte beteiligt als an den Weiterbildungs-evaluationen der Landesärztekammern!

## Internistische Weiterbildung – wo drückt der Schuh?

83% der befragten Kolleginnen und Kollegen berichteten in der Umfrage, dass bei ih-

nen zu Beginn der Weiterbildung kein strukturierter Rotationsplan vorgelegen habe. Ferner gaben 67% an, dass die jährlichen Weiterbildungsgespräche – diese sind in der Weiterbildungsordnung vorgeschrieben – nicht stattfinden würden. Da es Krankenhäuser gibt, in denen beides gelingt, kann dieser Missstand nicht leichter Hand einzig mit der Unterfinanzierung der deutschen Kliniken erklärt werden. Hierzu passt auch, dass zwei Drittel der Befragten angaben, dass die vorgesehenen Weiterbildungsinhalte in der regulären Weiterbildungszeit nicht erlernbar seien. Hauptursache hierfür: Mangelhafte Supervision und eine fehlende Überprüfung des Lernerfolges. Ferner lässt aufhorchen, dass 39% der Befragten berichteten, dass in ihrer Klinik keine regelmäßigen Fortbildungen stattfinden. Da in diesen Kliniken wohl nicht nur Weiterzubildende arbeiten, sind diese Zahlen vermutlich für alle internistisch tätigen Kolleginnen und Kollegen gültig.

## Ökonomie und ärztliche Entscheidungsfreiheit

Drei Viertel der Kolleginnen und Kollegen gaben an, regelmäßig über die Verweildauer ihrer Patienten informiert zu werden. Es hatten aber nur 61% dieser Kollegen den Eindruck, dass diese Information die Liegedauer ihrer Patienten unabhängig von rein medizinisch-fachlichen Erwägungen beeinflussen würde. Ein interessantes Ergebnis, denn wozu dient diese Information, wenn nicht um die Liegezeiten zu beeinflussen? Weniger überraschend ist das Ergebnis, dass in Kliniken in privater Trägerschaft signifikant häufiger medizinische Entscheidungen durch ökonomische Erwägungen beeinflusst werden als in Krankenhäusern in öffentlicher oder freigemeinnütziger Trägerschaft.

## Krisengefahr – Innere Medizin

Um die psychische Belastungssituation der Ärztinnen und Ärzte valide messen zu können, wurde ein standardisiertes Messinstrument verwendet um den Verausgabungs-Belohnungs-Quotienten nach dem Modell der beruflichen Gratifikationskrisen von Prof. Johannes Siegrist zu ermitteln. Der Quotient zeigt das Risiko für Burn-out, berufsbedingte Depressionen sowie Herzkreislauferkrankungen an. Ein Quotient größer eins spricht für ein Missverhältnis, es überwiegen also die Verausgabensfaktoren. Mit einem Wert von 1,94 wurde ein bislang ungekannter Spitzenwert in dieser Untersuchungsgruppe erreicht. Zum Vergleich: In einer deutschen Querschnittsstudie aus dem Jahr 2013, in dem Berufstätige aller Fachbereiche eingeschlossen wurden, lag der Wert bei 0,43. Interessanterweise hatte weder das Geschlecht, der Krankenhausträger noch der Familienstand einen Einfluss auf den Verausgabungs-Belohnungs-Quotienten, jedoch nahm die Dysbalance über die Weiterbildungszeit hinweg zu. Bemerkenswert ist, dass je gefährdeter die Teilnehmer die Qualität der Patientenversorgung durch die vielschichtigen Veränderungen im ärztlichen Arbeitsumfeld sahen, desto höher war auch das Ausmaß ihrer Gratifikationskrise (Abb. 1). Eindrücklicher kann man kaum illustrieren, wie sehr die Patienten ihren Ärzten am Herzen liegen: Je schlechter die Rahmenbedingungen, desto mehr reiben sich die behandelnden Ärzte auf, um ihren Patienten eine möglichst gute Versorgung zu gewährleisten.

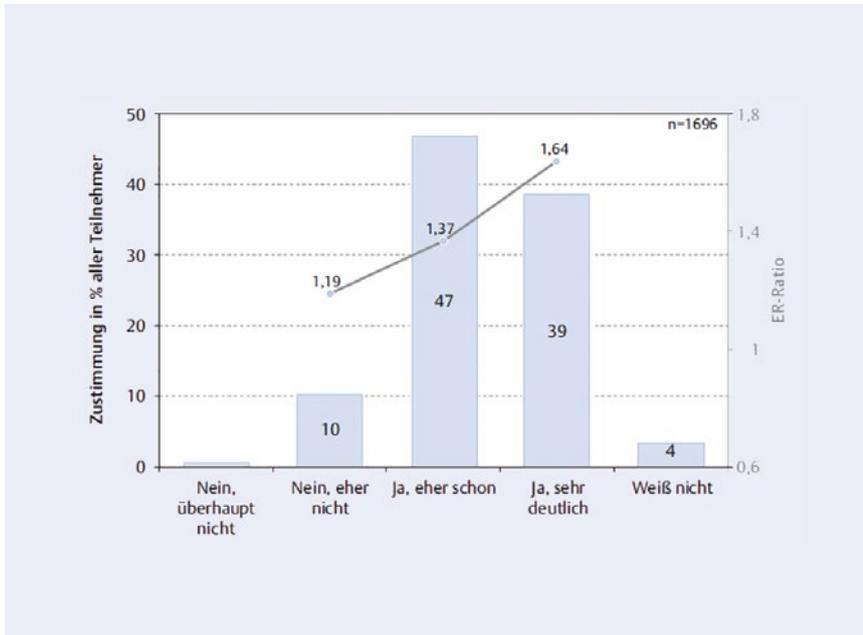


Abb. 1: Größere Sorge um die Qualität der Patientenversorgung ist mit einer stärkeren Ausprägung psychosozialer Arbeitsbelastung assoziiert. Die Frage lautete: „Sehen Sie die Qualität der Patientenversorgung durch die vielschichtigen Veränderungen im ärztlichen Arbeitsumfeld über die letzten Jahre gefährdet?“

## Und nun? Mastertrainerkonzept und vieles mehr!

Als Reaktion auf die Umfrageergebnisse hat der Berufsverband Deutscher Internisten e.V. zahlreiche Initiativen gestartet. Zwei seien hier besonders erwähnt: Zum einen macht der BDI sich für das Mastertrainerkonzept stark, um die internistische Weiterbildung – soweit die Rahmenbedingungen es zulassen – zu verbessern. Hierzu finden Sie viele weitere Informationen in dieser Broschüre. Weiterhin haben wir ein Kooperationsprojekt mit der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtsfürsorge ins Leben gerufen, um die gesundheitsgefährdenden – für Patient und Arzt – Arbeitsbedingungen in den deutschen Kliniken zu thematisieren und zu verbessern.

### Dr. med. Kevin Schulte

Berufsverband Deutscher Internisten e.V.

#### Literatur

- [1] Raspe M, Müller-Marbach A, Schneider M, Siepmann T, Schulte K. (2016) Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen deutscher Assistenzärztinnen und Ärzte in internistischer Weiterbildung. Dtsch Med Wochenschr 141: 202-210

# Gute Facharztweiterbildung vor Ort praxisnah fördern

## Das Mastertrainerkonzept zur strukturierten Facharztweiterbildung



Prof. Dr. med.  
Marcus Siebolds



Dr. med.  
Jörg Ansorg



Dr. med.  
Norbert Hennes



Prof. Dr.  
Michael Denkinger

### Einleitung

Die neue Muster-Weiterbildungsordnung ist ein Mammutprojekt, welches bereits mehrere Jahre andauert und seinen Abschluss letztendlich beim Ärztetag 2018 finden soll. In dieser Zeit wurden zahlreiche Diskussionen innerhalb der Ärzteschaft, der Verbände, der wissenschaftlichen Gesellschaften und der Ärztekammern, allen voran der Bundesärztekammer geführt. Die strittigsten Punkte aus den Diskussionen lassen sich dabei immer auf zwei Themen zurückführen: Erstens **Kompetenzbasierung versus Mindestzahlen und Mindestzeiten** sowie, zweitens, Abgrenzung etablierter oder neuer Fachgebiete. Neben der viel beschworenen Intention Weiterbildungsqualität zu erreichen, spielen am Ende auch immer ordnungspolitische Fragen eine Rolle: **Wer darf welche Leistung am Patienten durchführen** (und wird dafür von der Solidargemeinschaft bezahlt).

So gedacht müsste etwa ein Facharzt für Chirurgie und Innere Medizin die Sonografie des Abdomens, mit dem Erlangen des Facharztstatus in gleicher Qualität durchführen. Bisher war dies vornehmlich über Untersuchungszahlen überprüft, nun sollen Kompetenzlevel dazu kommen. Wie allerdings kann diese **Kompetenz in einem 30min kollegialen Gespräch** (Facharztprüfung) überhaupt überprüft werden? Es wird schnell klar, dass ohne eine Anpassung der gemeinsamen „Endstrecke“, der Prüfung, keine Weiterbildungsordnung geschaffen werden kann, die komplett auf Zahlen und Zeiten verzichtet. Aber auch Zahlen und Zeiten können großzügig bescheinigt werden und nicht jeder, der den Facharzt für Innere Medizin erhalten hat, wird immer alle geforderten 400 Sonografien, 100 Belastungs-EKGs und so weiter absolviert haben. Damit wird

schnell deutlich, dass die sinnvollerweise Kammer-, also selbstverwaltungsgeführte Kontrolle der Weiterbildung nicht unbedingt immer zu einer optimalen und nachvollziehbaren Qualität führt und sich dies **durch die modifizierte Weiterbildungsordnung nicht wesentlich ändern** wird.

Zum Thema Facharztweiterbildung bestimmen neben der Weiterbildungsordnung allerdings auch weitere berufspolitische Auseinandersetzungen um strukturelle Rahmenbedingungen, wie zum Beispiel die **Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung** im ambulanten Sektor und die Gestaltung politischer Anreizsysteme zur Überwindung des zunehmenden Ärztemangels, die öffentliche Diskussion. Internationale Forschungsergebnisse zum Thema werden in dieser Diskussion in Deutschland nur wenig genutzt. Ebenso fehlen in der Fläche Konzepte zur **Unterstützung der Weiterbilder** und Ärzte in Weiterbildung bezüglich der Entwicklung von Lehr- und Lernkompetenzen. Diese Kompetenzen sind in seltensten Fällen während Studium oder in der eigenen Weiterbildungszeit strukturiert erworben worden.

Der Berufsverband der Deutschen Internisten (**BDI**) hat deshalb in Zusammenarbeit mit dem Berufsverband der Deutschen Chirurgen (**BDC**) und dem Berufsverband der Orthopäden und Unfallchirurgen (**BVOU**) ein Train-the-Trainer-Projekt aufgelegt. Inzwischen wurden dafür zum Zeitpunkt der Drucklegung **92 Mastertrainer** (alle langjährig weiterbildende Chef- oder Oberärzte, einige Fachärzte) geschult, denen in **zweitägigen Fortbildungen und regelmäßigen Supervisionen** ein sehr einfaches und alltagstaugliches Konzept der evidenzbasierten und strukturierten Facharztweiterbildung vermittelt wurde – unabhängig von der Fachdisziplin. Diese Mastertrainer sollen in die

Lage versetzt werden, einerseits Ihr Wissen an andere interessierte Weiterbilder in Seminaren weiterzugeben, und von Ihnen fortgebildeten Weiterbilder anzuregen die Weiterbildungsstrukturen in Ihren Einrichtungen an das erlernte System individuell anzupassen. Das hier vermittelte Konzept der strukturierten Facharztweiterbildung ist konsequent, klinisch-kompetenzbasiert und nimmt auch die Person des jungen Arztes in den Blick. Dies geschieht durch eine einfache **Kultur systematischer Lernstandsrückmeldungen** im Rahmen des jährlichen Weiterbildungsplanungsgesprächs und klinischer Testate. In den Lernstandrückmeldung wird die Entwicklung der klinischen und der ärztlich-personalen Kompetenz kriteriengeleitet von Weiterbilder und dem Arzt in Weiterbildung gemeinsam eingeschätzt. In den Testaten wird die Entwicklung der praktischen Fähigkeiten (Skills) kriterial in einer praktischen Handlungssituation vom Weiterbilder beurteilt. Damit wird die Kompetenzüberprüfung zumindest zu einem Teil **von der Kammer in die Klinik** verlagert, nicht berufsrechtlich relevant, aber der Qualität der Weiterbildung mehr als dienlich. Das zahlt sich am Ende für den Arzt, die Klinik und den Patienten aus.

## Arztbildung als Kernaufgabe

Arztbildung ist ein Lebenslanger Prozess in dessen Verlauf verschiedene Ebenen der ärztlichen Entwicklung durchlaufen werden. Die hier genutzte Taxonomie ist an Dreyfus [1] angelehnt:

**Die Novizenebene: Das Studium** mit dem Ziel der Anlage des Potentials, als Arzt in die Facharztweiterbildung eintreten zu dürfen. Die Hochschule verfügt über klare Lehr- und Lernrollen und sieht den Medizinstudenten als abhängigen Lerner. Hochschule ist ein *primärer Lernort* im Sinne einer *Ausbildung*. Ziel ist die formale Qualifikation im Sinne der Erlangung der Approbation.

**Die Gesellenebene: Die Facharztweiterbildung** mit dem Ziel eigenverantwortlich ärztlich arbeiten zu können. Die ärztliche *Weiterbildung* ist ein *Ort klinisch-praktischer Berufstätigkeit mit passageren Lernphasen*. Der Lernende steht in einer klaren beruflichen Hierarchie. In der all-

täglichen klinischen Krankenversorgung geschieht die Weiterbildung in der Regel im Rahmen kollegialer Zusammenarbeit von Weiterbilder und Arzt in Weiterbildung. Das Bildungsziel ist eine Mischung aus der formalen Erlangung des Facharztstatus und der materiellen Qualifikation im Sinne einer oberarzt- beziehungsweise niederlassungsreifen klinischen Kompetenz des jungen Facharztes um die Mindestanforderungen zur eigenverantwortlichen Beherrschung und Ausübung der jeweiligen Standardverfahren zu erfüllen.

**Die Meisterebene: Die nachfachärztliche Arztbildung** mit dem Ziel der zunehmenden Entwicklung klinischer Reife. Diese befähigt den reifen Arzt/ die reife Ärztin zu Bewältigung atypischer Fallsituationen und zur Fähigkeit werterelevante, klinische Entscheidungen in widersprüchlichen Situationen leisten zu können. Eine sehr viel genauere Umschreibung dieses Sachverhaltes leistet die Theoriebildung der klinisch-hermeneutischen Dialektik [2]. Bildungsziele sind die materielle Qualifikation zur zunehmenden Übernahme von Fallverantwortung bei komplexen Fragestellungen, sowie die Übernahme ärztlicher Leitungsverantwortung [3].

## Paradigmenwechsel in der Facharztweiterbildung und deren Anschlussfähigkeit an ein traditionelles Weiterbildungsverständnis

Die Facharztweiterbildung und die nachfachärztliche Arztbildung können nicht

die Fortsetzung des Medizinstudiums mit anderen Mitteln sein. Der zunehmende Trend zur „**hochschulischen Didaktisierung**“ und „**curricularen Überstrukturierung**“ der Facharztweiterbildung verkennt die Arbeitsrealität in den Weiterbildungsstätten und ihre eher auf Diskurs und Selbstorganisation ausgerichtete, traditionelle **Lehrkultur, unabhängig von der Fachlichkeit**. Will man vor Ort in den Kliniken und Praxen mit den Beteiligten akzeptierte Lösungen etablieren, die anschlussfähig an die vorherrschende Weiterbildungskultur sind, so gilt es mit diesem Spannungsfeld bewusst umzugehen. Letztlich geht es um einen **Paradigmenwechsel** in der Weiterbildung von einer traditionell strukturbasierten zu einer partizipativ-kompetenzbasierten Weiterbildung, die Meiring [7] in folgender Übersicht sehr gut zusammenfasst. (Tab. 1)

Wesentliche Merkmale sind die Fokussierung auf die Lernaktivität des Arztes in Weiterbildung und die weiterbildungsbegleitenden, kleinformatischen, kriteriengeleiteten klinischen Prüfungen.

## Basiskonzept einer strukturierten Facharztweiterbildung

Um diesem Spannungsfeld und dem damit anstehenden Paradigmenwechsel gerecht zu werden, wurde folgendes Vorgehen gewählt. Im Rahmen der Erstellung eines Literaturreviews [4] wurden aus der verfügbaren Literatur nur evaluierte Konzepte

**Tab. 1 Vergleich struktur- und problembasierter mit kompetenzbasierter Weiterbildung (mod. nach Carracio et al. [3])**

Variable	Struktur-/problembasiert	Kompetenzbasiert
Treibende Kraft	Inhalts – Wissenserwerb	Ergebnis – Wissenanwendung
Treibende Prozesskraft	Lehrer	Lerner
Lernpfad	Hierarchisch	Nichthierarchisch
Inhaltsverantwortung	Lehrer	Lerner und Lehrer
Ziel der Lehreinheiten	Wissenserwerb	Wissensanwendung
Assessmentinstrument	Subjektive Einzelprüfung	Viele objektive Prüfungen (Evaluationsportfolio)
Assessmentform	Stellvertretend	Authentisch (realitätsnah)
Evaluationssetting	Keine direkte Beobachtung	Direkte Beobachtung
Evaluation	Referenznorm	Referenzkriterien
Assessmentzeitpunkt	Abschließend (summativ)	Begleitend (formativ)
Abschluss	Fester Zeitpunkt	Variabler Zeitpunkt

ausgewählt, die einen nachweislichen Einfluß auf die Weiterbildung haben. Auf eine „curriculare Überstrukturierung“ wird klar verzichtet. Die verfügbaren Evaluationen in Deutschland [5] zeigen, daß die **Anleitung in der Weiterbildung** verbesserungsfähig ist, aber **nicht das primäre Problem** darstellt.

Die eigentlichen Probleme sind Unverbindlichkeit und Unstrukturiertheit im Sinne der **ungenügenden Förderung eigenständigen Lernens, der Feedbackgabe und der Wahrnehmung der individuellen Lernsituation** des Assistenten in der Weiterbildung. Um die Autonomie der Beteiligten nicht über Gebühr einzugrenzen und kreative Ansätze in den Weiterbildungsstätten anzuregen, setzt das Basiskonzept konsequent auf diesen Vorgaben auf. Es umfasst:

- die regelmäßige Einschätzung des Lernstandes auf der Basis eines Kerncurriculums [6, 7, 8]
- die Einschätzung der ärztlichen Schlüsselkompetenzen in Anlehnung an die Vorgaben des Accreditation Council for the Graduat Medical Education (ACGME) [7, 10]. Diese erfolgt durch Weiterbilder und Assistent im Sinne der Gegenüberstellung von Eigen- und Fremdwahrnehmung des Weiterbildungsstandes.

- eine regelmäßige Überprüfung des Weiterbildungsergebnisses auf der Ebene der Klinischen Fertigkeiten im Rahmen von Testaten [8].

Zur Skalierung von Lernstandserhebung und Testaten wird eine Likert Skala mit fünf Kompetenzgraden empfohlen. Die **Kompetenzdomänen der ACGME** [10] wurden aus dem Englischen übersetzt und als Überschriften für die Lernstandeinschätzung genutzt. Sie setzen sich gemäß dem ACGME Outcomeprojekt zusammen aus [7]:

- Patientenversorgung
- Medizinischem Wissen
- Kontakt- /Kommunikationsfähigkeit
- Praxisbezogenes Lernen und Entwickeln
- Ärztliche Professionalität
- System- und organisationsbasiertes Handeln

Die Nutzung des Konzeptes individueller, kriteriengeleiteter Lernstandeinschätzung und objektiver Leistungsüberprüfungen sind das zentrale Agens, das Ärzte in Weiterbildung und deren Weiterbilder zur Entwicklung von Maßnahmen und Lernprozessen zur Weiterentwicklung ihrer Weiterbildungspraxis anregt. Damit soll ein pragmatischer Beitrag zum oben the-

matisierten Paradigmenwechsel geleistet werden. Durch diesen ärztlich-kollegialen Prozess und die konsequente Nutzung der ACGME Kernkompetenzen soll langfristig eine lehr- und lernaktive, sowie ärztlich professionelle Haltung bei den jungen Ärzten angelegt werden [8, 9].

Bei den begrenzten personellen Ressourcen zur Weiterbildung ist es sinnvoll, sich auf zwei Phasen der Weiterbildung zu konzentrieren. Die kontinuierliche Evaluation der Anwendung hat gezeigt, daß das Basiskonzept besonders die **ersten beiden Weiterbildungsjahre** erfassen sollte, um eine zügige Berufseinmündung und Einarbeitung der jungen Kollegen zu unterstützen. Der Mastertraineransatz ist in der ersten Phase des Projektes auf die Vermittlung des Basiskonzeptes ausgelegt.

Die zweite Phase, in der eine strukturierte Weiterbildung effektiv sein kann, sind die ein bis zwei Jahre vor der Facharztprüfung. Hier ist die Effektivität von Konzepten des Simulatortrainings in interventionellen Fächern, etwa zur Vorbereitung auf komplexe oder gefahrenbehaftete OP Verfahren [11], das chirurgische Assesment [12], das die OP Performance unter atypischen Indikationen oder kritischen OP Situationen beurteilt und klinische Fallanalysen im Rahmen von Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen [13], belegt. In konservativen Fächern ist für diese Weiterbildungsphase die Datenlage schwach. Das Mastertrainerkonzept kann mittelfristig auf diese Ansätze erweitert werden. In der folgenden Tabelle 2 werden nun die **Elemente des Basiskonzeptes** vorgestellt.

### Mastertrainer als kollegiale Unterstützungsstruktur für die Weiterentwicklung der Lehr-Lernkultur in der Facharztweiterbildung

Das Mastertrainerkonzept baut auf ein seit 2001 laufendes Projekt von Siebolds auf, in dem bisher 160 Fachabteilungen über je ein Jahr in verschiedenen Settings begleitet und evaluiert wurden. Das Mastertrainerprojekt selber wurde 2013 von dem Berufsverband Deutscher Internisten e.V. und dem Berufsverband Deutscher Chirurgen e.V. zusammen mit dem Erstautor dieses Artikels mit der Idee einer **konkreten Ver-**

Tab. 2 Basiskonzept einer strukturierten Facharztweiterbildung

Basiskonzept einer strukturierten Facharztweiterbildung	
Inhalt	Erläuterung
Rolle des professionellen Arztes	Vermittlung von Ideen zur Entwicklung einer professionellen Haltung als Arzt beim Thema Weiterbildung.
Kerncurriculum	Erstellung einer Liste absolut notwendiger Kompetenzen, die ein Assistent braucht, um in einer Abteilung verantwortlich arbeiten zu können. Kein verbindlicher Lernplan, sondern Kriterienliste um zu reflektieren, wo man steht.
Lernstands-rückmeldung und Weiterbildungs-gespräch	Fragebogen, der vor dem Weiterbildungsgespräch im Sinne von Selbst- und Fremdeinschätzung durch Weiterbilder und Assistent getrennt ausgefüllt wird. Umfasst die Kriterien des Kerncurriculums und die sechs Kernkompetenzen der ACGME (7). Die Bewertung erfolgt über fünf Kompetenzgrade. Dient als Grundlage des Jahresweiterbildungsgesprächs, in dem wenige konkrete Zielvereinbarungen für das nächste Jahr getroffen werden.
Testate	Objektive Bewertung der Performance, mit der ein Assistent eine klinische Tätigkeit ausübt. (z.B. Wundversorgung, einfache OP, Patientenaufklärung etc.). Kann auch erst in einem zweiten Schritt hinzugefügt werden.

**besserung der Weiterbildung vor Ort in den Kliniken** initiiert. Es versucht auf die oben skizzierte Problemlage eine Antwort zu geben. Im Spannungsfeld von unter den heutigen Arbeitsbedingen in Kliniken **kaum mehr funktionierenden traditionellen Weiterbildungsstrukturen** und dem Trend zur Verschulung und Überregulation der ärztlichen Weiterbildung, basiert das Konzept auf zwei zentralen Annahmen:

**Lehr-Lern Haltung:** Gute Facharztweiterbildung braucht eine Haltung der Lehrenden und Lernenden, die es ermöglicht Lust an der Entwicklung **fachlicher Expertise** zu wecken und die **personale Entwicklung** des jungen Arztes/ der jungen Ärztin zu sehen, sie wertzuschätzen und eine Entwicklung hin zu einer im besten Sinne guten Arztpersönlichkeit zu fördern.

**Nutzung vorhandener Evidenzen:** Mit Hilfe eines mittlerweile mehrfach aktualisierten Literaturreviews aufbauend auf den Vorgaben des PRISMA Standards [4] wurden 890 Arbeiten bei der Erstsichtung identifiziert, von den 202 Treffer auf Grund der Qualität der Arbeiten eingeschlossen werden konnten. Es zeigt sich, dass für die wesentlichen praktischen Fragen der Weiterbildungspraxis bereits **wissenschaftlich fundierte Theorien**, Konzepte und Methoden existieren – wenngleich kaum aus dem deutschsprachigen Raum.

**Qualifikation der Mastertrainer:** Die Ausbildung umfasst ein Wochenende mit 14 Lehreinheiten, zwei Supervisionen à 5 Stunden im Jahr, sowie ein praktisches Training der Durchführung einer Fortbildung für Weiterbilder. Inhalte sind die Vermittlung der Basiselemente einer evidenzbasierten Weiterbildung (s.o.). Für die Weitergabe der erlernten Inhalte seitens der Mastertrainer werden sogenannte Drehbücher für erfolgreiche Tagesveranstaltungen geliefert. Die Erfahrungen in ersten Durchläufen, unter anderem auf der 121. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin 2015 in Mannheim haben gezeigt, daß das Konzept umsetzbar ist.

## Ausblick

Zusammenfassend ist das vorgestellte Mastertrainer Projekt zur strukturierten Facharztweiterbildung mehr als nur ein weiterer Baustein für eine bessere Weiterbildung in Deutschland. Durch die klare Fokussierung auf das Kerncurriculum als reduziertem Kriterienkatalog, die Schlüsselkompetenzen der Arztwerdung in Anlehnung an die ACGME und eine strukturierte Abfrage der dadurch festgelegten Inhalte kann damit nicht nur mehr Struktur, sondern auch eine andere Lernhaltung etabliert werden. Damit soll ein substantieller und realitätsnaher Beitrag zur Initiierung des notwendigen Paradigmenwechsels geleistet werden, der in der aktuellen Weiterbildungsrealität anschlussfähig an die bestehende Kultur in deutschen Kliniken ist. In der derzeitigen Diskussion um die Facharztweiterbildung soll damit die Perspektive der Weiterbildungsrealität vor Ort markiert und ein substantieller Beitrag zur Unterstützung der dort Beteiligten geleistet werden. Alle Beteiligten Interessengruppen sind zur Mitarbeit in diesem Projekt eingeladen.

### Prof. Dr. med. Marcus Siebolds

FB Gesundheitswesen  
Katholische Hochschule NRW/ Abt. Köln

### Dr. med. Jörg Ansoerg

Geschäftsführer des Berufsverbandes der Orthopäden und Unfallchirurgen e.V.

### Dr. med. Norbert Hennes

Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V.

### Prof. Dr. Michael Denking

Berufsverband Deutscher Internisten e.V.

#### Literatur:

- [1] Dreyfus H, Dreyfus St (1980) A Five-Stage Model Of The Mental Activities Involved In Directed Skill Acquisition, Department of Philosophy, University of California, Berkeley
- [2] Siebolds M (2014) Eros und Ethos des Vertragsarztseins Teil 1. Dtsch Arztebl 111(29-30): A-1292 / B-1112 / C-1056
- [3] Siebolds M (2014). Chefarzt Sein – Klinisch leiten zwischen Arzt sein und Wertschöpfung. Passion Chirurgie. Artikel 02\_02.014 Oktober. P

- [4] Kahl C and Siebolds M (2012). Sind die Definitionen der Aus-, Fort- und Weiterbildung noch zeitgemäß? Ein Versuch der Taxonomieentwicklung. German Medical Science GMS Publishing House; Düsseldorf.2012. Doc12ebmo40
- [5] Korzilius H (2015) Befragung der Ärzte in Weiterbildung: Im Großen und Ganzen zufrieden. Dtsch Arztebl 112(3): A-74 / B-64 / C-64
- [6] Johnston KC (2003) Responding to the ACGME's competency requirements: an innovative instrument from the University of Virginia's neurology residency. Acad Med 78:1217–1220
- [7] Meyring S, Leoppold HC, Siebolds M (2006) Implementation of a competency-based graduate medical education program in a neurology department. Nervenarzt 77(4):439-48
- [8] Siebolds M. (2009) Facharztweiterbildung in der Anästhesie. In: Eckart, Jaeger, Möllhoff: Anästhesiologie., Ecomed Verlag Landsberg 13. Erg.-Lfg. 7/09, Kap. 20.1
- [9] Siebolds M et al. (2006) Strukturierte Facharztweiterbildung: Alter Wein in neuen Schläuchen oder Zukunftsoption? Dtsch Arztebl 103(42): A-2765 / B-2403 / C-2313
- [10] ACGME Outcome Projekt Weitere Details: <http://www.acgme.org/outcome/> (Stand: 5. August 2004).
- [11] Bausch G, Adermann J, Andrack B, Dengl M, Handwerk J, Müller M, Seifert A, Steinke H, Sturm M, Korb W, Meixensberger J (2013): Design and development process of a next generation training system for spinal surgery. Simulation: Transactions of the Society for Modeling and Simulation International, Special Issue: Medical Simulation (accepted for publication)
- [12] Reznick R, Regehr G, MacRae H, Martin J, McCulloch W (1997) Testing technical skill via an innovative "Bench Station" examination. Am. J. Surg. 180: 226-230, with permission from Excerpta Medica Inc.
- [13] Becker A (2013) Qualitätskriterien erfolgreicher Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen. Quality criteria for successful Morbidity and Mortality Conferences. Interdisziplinäre Beiträge zum Krankenhausmanagement
- [14] Prien T (2004) Beurteilung der Facharztweiterbildung durch Ärzte in Weiterbildung anhand eines validierten Fragebogens. Ansthesiologie 45: 25-31
- [15] Quillen DM (2001) Challenges and Pitfalls of developing and applying a competency-based curriculum. Fam Med 33(9)
- [16] Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, O'Brien MA, Oxman AD (2006/2012) Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2006 Apr 19;(2):CD000259. Review. Update in: Cochrane Database Syst Rev. 2012;6:CD000259.
- [17] Pratt D, Magill Mk (1983) Educational Contracts: A basis for effective clinical teaching. J Med Educ 58:462–467
- [18] Kilminster SM, Jolly BC (2000) Effective supervision in clinical practice settings: a literature review. Med Educ. 34(10):827-40
- [19] Winckel CP, Reznick RK, Cohen R, Taylor B (1994) Reliability and construct validity of a structured technical skill assessment. Am J Surg 167:423–427

# Die Chirurgie braucht ein strukturiertes Weiterbildungsprogramm!



Dr. med. Matthias Krüger MA



Dr. med. Jörg Ansorg

In einer von pwc in Zusammenarbeit mit dem WifOR veröffentlichten Studie rechnet man im Jahre 2030 mit einer ärztlichen Fachkräftelücke von 106.000 Ärzten (pessimistisches Szenario). Für den Bereich der Chirurgie errechneten die Autoren eine Lücke von 23% unbesetzter Facharztstellen. Diese Lücke wird man nicht durch Zuwanderung, Mobilisierung inländischer Erwerbstätigenpotential oder Effizienzgewinne decken können [1].

Vor diesem Hintergrund ist eine strukturierte Weiterbildung unseres Nachwuchses eine essentielle Aufgabe aber auch eine enorme Herausforderung für die Chefarzte, Personalabteilungen und Geschäftsführer an den Kliniken in Deutschland. Die Besten werden nur mit strukturierten Weiterbildungsangeboten zu binden sein.

Der BDC führt seit über einem Jahrzehnt regelmäßig Assistenten-Umfragen zur Weiterbildungsqualität durch. Sie dienen der Evaluierung der chirurgischen Weiterbildungs- und Arbeitssituation an deutschen Kliniken. Die letzte Assistenten-umfrage wurde 2014/15 durchgeführt.

Unsere Studien des vergangenen Jahrzehnts zeigten, dass die befragten Assistentenärztinnen und Assistenzärzte sowie junge Fachärzte mit Qualität und Struktur ihrer Weiterbildung nicht zufrieden sind [2, 3, 4].

Anhand dieser Erhebungen hat der BDC eine Bedürfnispyramide des chirurgischen Nachwuchses entwickelt (Abb. 1). Hier zeigt sich deutlich, dass von den chirurgisch tätigen Assistenzärzten eine strukturierte Weiterbildung mit klaren und realistischen Zielen eingefordert wird.



Abb. 1: Bedürfnispyramide chirurgischer Nachwuchs

## Weiterbildung als Unternehmensziel

Bei der letzten Umfrage aus dem Jahr 2014/2015 bestätigen immerhin 30% der Umfrageteilnehmer, dass das eigene Krankenhaus auf die Weiterbildungszeit achtet. Bei 24% der Befragten interessiert sich der Arbeitgeber für den Fortschritt der Weiterbildung, 19% der Krankenhäuser bindet die Weiterbildung in die eigene Unternehmensstrategie ein.

Im Vergleich zu früheren Erhebungen ist das bereits ein deutlicher Fortschritt (Abb. 2), insgesamt bewegt sich das Interesse der Krankenhausträger an einer hohen Weiterbildungsqualität jedoch auf niedrigem Niveau.

## Weiterbildungsstruktur

### Weiterbildungsoberrat und Mentoring

Die Teilnehmer der Umfrage gaben in 69% an, dass ein Oberarzt federführend für die Weiterbildung ist. Nur in 23% übernimmt dies der Chefarzt selbst und in 8% ist es der erfahrene Facharzt. Diese Aussagen ist über die Jahre hinweg stabil geblieben. Die Hauptlast der Weiterbildung tragen somit die Oberärzte.

71% der Teilnehmer erachten die Implementierung eines speziell für die Weiterbildung verantwortlichen Ansprechpartners oder eines Mentorensystems zur Verbesserung der Weiterbildungsqualität als hilfreich. Allerdings existieren solche Strukturen erst in 27% der Kliniken.

### Curriculum

Gut 67% der Umfrageteilnehmer geben an, dass es an ihrer Klinik keine grobe Struktur der Weiterbildung im Sinne eines Curriculums gibt. Nur 14% geben an, zu Beginn der Weiterbildung ein Weiterbildungscurriculum erhalten zu haben, wie dies die Weiterbildungsordnung vorsieht (Abb. 3).

Die Mehrheit der Umfrageteilnehmer sehen eine strukturierte Weiterbildung mit realistischen Weiterbildungszielen sowie

eine transparente Einteilung zu den Operationen mit Zielvereinbarungen als Schlüssel einer erfolgreichen chirurgischen Weiterbildung an.

### Didaktische Qualitäten

Die Qualität des chirurgischen Weiterbilders wird im Durchschnitt mit befriedigend bewertet. Für 93% der Umfrageteilnehmer sind didaktische Grundkenntnisse des Weiterbilders wichtig, lediglich 54% der Befragten bescheinigen ihrem Weiterbilder diese didaktischen Grundkenntnisse.

### Strukturiertes Feedback

Lediglich die gute Hälfte der Umfrageteilnehmer (56%) bestätigt, jährlich zu mindestens einem Weiterbildungsgespräch geladen zu werden. Hier zeigt sich gegenüber früheren Erhebungen zwar eine Tendenz zur Besserung, dennoch erhalten mehr als 40% kein regelmäßiges und strukturiertes Feedback vom Weiterbilder (Abb. 4).

### Vermittlung operativ-chirurgischer Fertigkeiten

Die Erlangung einer operativen Expertise ist ein sehr komplexer Entwicklungsgang eines jeden Chirurgen. Er ist geprägt von Erfolgen aber auch von Niederlagen. Eine strukturierte Vermittlung dieser Fähigkeiten und Fertigkeiten mit möglichst großer Redundanz in kurzen Zeitintervallen sind Erfolgsgaranten dieser Entwicklung. Es verwundert, dass moderne Prinzipien der Vermittlung und Training von Fertigkeiten in der operativen Medizin kaum Anwendung finden.

### Theorie und Diskussion

47% der Umfrageteilnehmer geben an, dass Operationsverfahren und -techniken nicht theoretisch erklärt und Vor- und Nachteile nicht besprochen werden. Nur in 26,6% der Fälle werden regelmäßig Teilschritte von Operationen durch den Weiterbildungsassistenten übernommen.

### Einteilung zu Operationen

63,7% der Umfrageteilnehmer erachten die Einteilung zu Weiterbildungsoperationen als intransparent und unfair. Grundsätzlich wird dabei wohl vorzugsweise nach subjektiv geschätzten Operationsbedarf

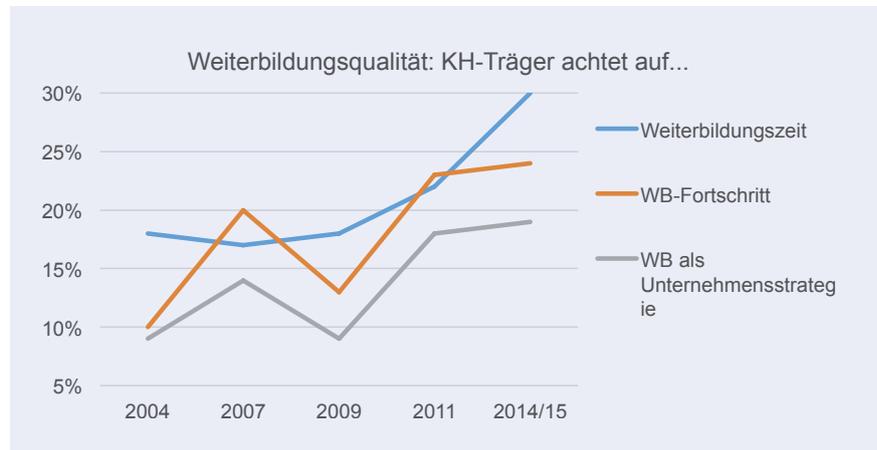


Abb. 2: Weiter- und Fortbildung als Unternehmensstrategie

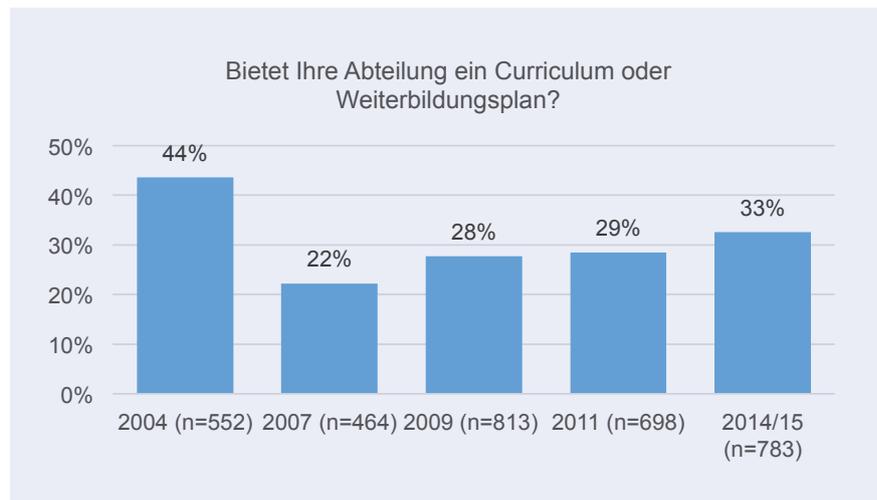


Abb. 3: Vorhandensein eines Weiterbildungs-Curriculums

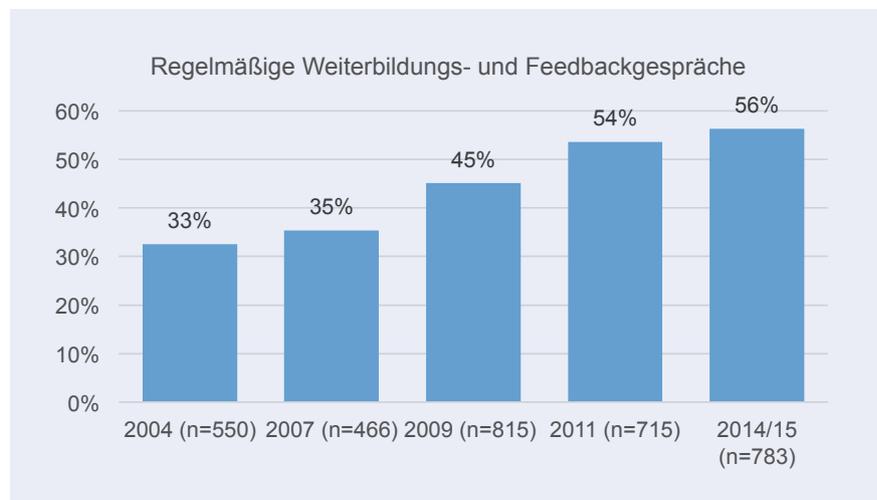


Abb. 4: Durchführung von Weiterbildungs-Gesprächen

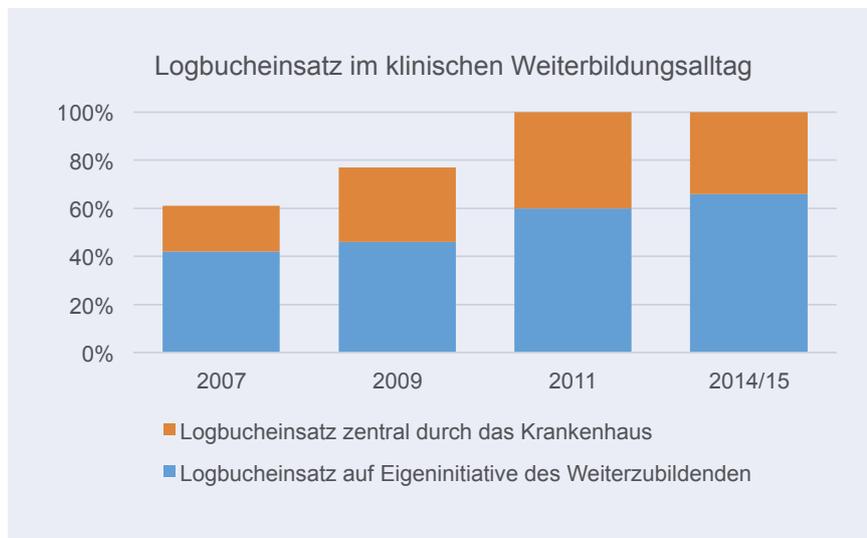


Abb. 5: Logbucheinsatz im klinischen Weiterbildungsalltag

(60%) oder nach dem Günstlingsprinzip (30%) verfahren.

#### Lehrassistenzen

In gut 60% sind die Teilnehmer der Umfrage mit den Lehrassistenzen unzufrieden. Dies hat sich seit 2004 nicht wesentlich geändert. Im Mittel darf ein Weiterbildungsassistent 3 Operationen pro Woche selbstständig durchführen. 75% der Befragten geben an, dass für die Weiterbildung wichtige Operationen in ihrer Abteilung ausschließlich von Oberärzten oder vom Chefarzt selbst durchgeführt werden.

Nahezu keinem Weiterbildungsassistenten (nur 2%) wird regelmäßig „geschützte Zeit“ (z.B. 1h pro Woche, 2h pro Monat) für die eigene Weiterbildung gewährt.

Die Vermittlung praktisch-chirurgischer Fähigkeiten und Fertigkeiten ist Kernaufgabe und Kernkompetenz chirurgischer Weiterbildungskliniken gegenüber ihren Assistenzärzten in Weiterbildung. Dieser Aufgabe werden aktuell nur wenige Kliniken gerecht. Es entsteht der Eindruck, dass Weiterbildung häufig nur ein Abfallprodukt im chirurgischen Betrieb ist. Dies scheint aufgrund des ökonomischen Drucks nachvollziehbar zu sein, führt aber auf Dauer zum Verlust chirurgischer Kompetenz im eigenen Haus.

#### Dokumentation der chirurgischen Weiterbildung

Die Dokumentation der Weiterbildung in Logbüchern ist laut Weiterbildungsordnung verpflichtend. In vielen Kliniken werden die Logbücher gestellt und begleiten den Assistenzarzt in Weiterbildung bis zur Facharztprüfung.

Häufig kommt in den chirurgischen Fachrichtungen das Weiterbildungsbuch des BDC zum Einsatz, das zusätzliche Dokumentationsoptionen für Weiterbildungsgespräche und ein strukturiertes Feedback bietet (Abb. 5).

#### Zusammenfassung

Die Ergebnisse der BDC-Erhebungen des vergangenen Jahrzehnts zur chirurgischen Weiterbildung belegen, dass Elemente der strukturierten Weiterbildung tendenziell zunehmend, aber in einigen Bereichen noch zu zaghaft in den Klinikalltag Einzug halten. Ein Train-the-Trainer-Angebot kann helfen, die Weiterbilder zu befähigen, strukturierte Weiterbildungsangebote in ihrer Klinik einzuführen und im Klinikalltag zu leben.

Die einzelnen Elemente und Werkzeuge des Mastertrainerprogramms von BDC, BDI und BVOU/DGOU werden zu-

nehmend im chirurgischen Weiterbildungsalltag eingesetzt:

1. Weiterbildungscurricula
2. Strukturierte Lernstandsrückmeldungen und Assessments
3. Einsatz von Logbüchern
4. Einführung von Verfahrens- und Handlungsanweisungen

Diese Werkzeuge unterstützen das Bemühen vieler Weiterbilder, trotz ökonomischem Druck die Weiterbildungsqualität zu erhöhen und leistungsfähigen Nachwuchs an ihre Abteilung zu binden.

Das Mastertrainerprogramm vermittelt außerdem didaktische Grundlagen und den Zugang zu einem Netzwerk von erfahrenen Weiterbildern und deren Lösungsansätzen für die Herausforderungen der chirurgischen Weiterbildung.

Mit diesem Angebot leisten die großen fachärztlichen Berufsverbände in Kooperation mit den wissenschaftlichen Fachgesellschaften einen wichtigen Beitrag zur Ausgestaltung des durch die Muster-Weiterbildungsordnung vorgegebenen Rahmens.

**Dr. med. Matthias Krüger MA**

Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V.

**Dr. med. Jörg Ansorg**

Geschäftsführer des Berufsverbandes der Orthopäden und Unfallchirurgen e.V.

#### Literatur

- [1] Burkhart M, Ostwald DA, Erhard T (2012): 112 – und niemand hilft. Vier Szenarien zeigen, wo in Deutschland welche Fachkräfte im Gesundheitswesen fehlen und was schon heute dagegen getan werden kann. Hrsg.: pwc in Kooperation mit WifOR S.11-22.
- [2] Ansorg J, Hoefl K, Güntert A (2012) Leichte Tendenz zur Besserung und erheblich gestiegenes Interesse an der Chirurgie: Weiterbildungsevaluation 2011. Passion Chirurgie Q3: 21-27
- [3] Ansorg J, Krüger M, Vallböhmer D (2011) Assistente-numfrage des BDC 2011. Passion Chirurgie 1(7): Artikel 02\_02
- [4] Ansorg J, Krüger M, Vallböhmer D (2012) Sinnvolle Weiterbildungskonzepte für Chirurgen. Der Chirurg 83(4):360-7

# Ambulante Weiterbildung für den Internisten – eine Utopie?



Dr. med.  
Ivo Grebe

Kürzlich meldete sich die junge Kollegin Dr. Sch. bei der Ärztekammer, Abteilung für Weiterbildungsfragen. Die Arbeitsatmosphäre am Krankenhaus sei nicht gut, es gebe kaum Anleitung, mehrere Assistentenstellen der Inneren Abteilung seien nicht besetzt und die Arbeitsverdichtung sei enorm, ob es denn die Möglichkeit gebe, die verbleibenden knapp 24 Monaten bis zum Facharzt in einer Praxis abzuleisten. – Leider nein, in unserem Bundesland schreibt die WBO vor, die 60 Monate für den Facharzt Innere Medizin ausschließlich im stationären Bereich zu absolvieren. Allerdings, so die Auskunft, sei ein Wechsel zur Allgemeinmedizin möglich, geförderte Weiterbildungsstellen für 24 Monate gebe es reichlich. Die Entscheidung der Kollegin ließ nicht lange auf sich warten – inzwischen hat sie eine Praxis gefunden, ist in die Allgemeinmedizin gewechselt und macht in 2 Jahren ihren Facharzt.

Der langjährig niedergelassene Gastroenterologe Dr. N. aus dem Umkreis wollte weniger arbeiten. Er stellte daraufhin auf seinen halben KV-Sitz einen erfahrenen

Kollegen aus dem nahen Universitätsklinikum im letzten Weiterbildungsabschnitt an – für beide eine win-win-Situation. Die WBO sieht ausdrücklich für Schwerpunktinternisten optional einen 18-monatigen Weiterbildungsabschnitt im ambulanten Bereich vor. Aber: eine finanzielle Förderung ist nicht impliziert, die Vergütung erfolgt ausschließlich über die KV-Einnahmen des Praxisinhabers.

Die beiden Beispiele weisen auf mehrere Aspekte hin. Gerade jüngere Kolleginnen und Kollegen sind häufig mit den Arbeitsbedingungen am Krankenhaus unzufrieden, wie die kürzlich publizierte Untersuchung des Hartmannbundes zeigt („Studierte bloß nicht Medizin“, FAZ 4./5.3.2017). Viele würden gerne ihre Facharztweiterbildung zum Internisten in geeigneten Praxen machen – dies scheitert schlicht an den Vorgaben der meisten regionalen Weiterbildungsordnungen und damit auch an entsprechenden Angeboten. Dagegen steht die vom Gesetzgeber festgelegte Zahl von mittlerweile bundesweit 7.500 Praxisstellen für Allgemeinmedizin, die jeweils mit 4.800 € monatlich gefördert werden. Da verwundert es nicht, dass hausärztlich tätige Internisten die Weiterbildungsbefugnis für 24 Monate Allgemeinmedizin beantragen und internistische Weiterbildungsassistenten das Krankenhaus verlassen, um in die ambulante allgemeinmedizinische Weiterbildung zu wechseln. Zumal in vielen Regionen Weiterbildungsverbände geschaffen wurden, die für jeden Jung-Mediziner eine Vernetzung von stationären und ambulanten hausärztlichen Weiterbildungszeiten optimieren.

Für den Schwerpunktinternisten ist bereits in der gültigen MWBO eine bis zu 18-monatige ambulante Weiterbildung möglich. Die Zahl der Kolleginnen und Kollegen, die diesen Weg wählen, ist allerdings überschaubar – warum? Ganz einfach: es fehlt an Infrastruktur, eine finanzielle Förderung ist gerade mal für 1.000 Stellen bundesweit für grundversorgende Fachärzte (Augenärzte, Gynäkologen, Internisten) vorgesehen und kann nur nach Bedarfslage von regionalen Zulassungsausschüssen verteilt werden.

Und die Zukunft? Viele Leistungen internistischer Schwerpunktfächer werden heute vorwiegend im ambulanten Sektor erbracht – z.B. in der Rheumatologie und Endokrinologie. Auch in anderen internistischen Bereichen wird in den Praxen bereits hochqualifizierte Medizin betrieben. Es ist an der Zeit, in der gesamten Inneren Medizin die optionale ambulante Weiterbildung in der neuen MWBO zu verankern verbunden mit einer angemessenen finanziellen Förderung. Das Potential und Wissen der Weiterbilder in den Praxen kann so genutzt werden. Jede Weiterbildungsassistentin, jeder Weiterbildungsassistent sollte für 1–2 Jahre bei gleicher Bezahlung wie im Krankenhaus im ambulanten Bereich arbeiten können – dies würde auch die so oft geforderte Verzahnung der Sektoren mit Leben erfüllen.

**Dr. med. Ivo Grebe**

2. Vizepräsident des  
Berufsverbandes Deutscher Internisten e.V.

**Das Bündnis für Qualität in der Facharztweiterbildung (BQFW) steht für**

- Eine hohe Qualität der Weiterbildung im Rahmen der gültigen Weiterbildungsordnung durch effiziente Ausschöpfung der begrenzten Ressourcen in Klinik und Praxis
- Realistische Weiterbildungscurricula entsprechend der Möglichkeiten vor Ort
- Sektorenverbindende Weiterbildungskonzepte
- Ein interdisziplinäres Train-the-Trainer-Konzept
- Einfach anwendbare, Evidenz-basierte Instrumente für die Strukturierte Weiterbildung
- Kontinuierliche Kompetenzevaluation und Lernstandsrückmeldung
- Anleitung zur kritischen Selbstreflexion von Ärzten in Weiterbildung
- Das Bewusstmachen der ärztlichen Rolle in der Gesellschaft
- Einen Bottom-Up Ansatz zur Verbesserung der medizinischen Versorgungsqualität

**Das BQFW fordert**

- Forschung und Weiterentwicklung in der ärztlichen Weiterbildung zu intensivieren
- Die Verbesserung der Strukturqualität in der Weiterbildung als einen der wichtigsten Bausteine in der aktuellen Qualitätsdebatte anzuerkennen
- Die Qualität ärztlicher Weiterbildung als Grundlage jeglicher medizinischer Versorgungsqualität zu verstehen
- Eine unabhängige Ärztliche Weiterbildung im Sinne der Freiberuflichkeit zu gewährleisten

Das BQFW lädt interessierte Verbände und Kammern ein, sich am Bündnis zu beteiligen.

