

Wie kann die Weiterbildung verbessert werden?

Von Carsten Leffmann

Belange der Fort- und Weiterbildung gehören zu den genuinen Aufgaben der Ärztekammern. Bei der Auswahl von Themen mit hoher Priorität für die zukünftige eigene Arbeit hatte sich der Qualitätssicherungsausschuss der Ärztekammer Hamburg Ende 2003 unter anderem eine genauere Betrachtung der Qualität der Weiterbildung vorgenommen. Dies soll in enger Zusammenarbeit mit dem Weiterbildungsausschuss geschehen. Beide Ausschüsse beraten den Vorstand der Ärztekammer in entsprechenden Fragen. Zur konzeptionellen Erarbeitung von Vorschlägen für Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Weiterbildung wurde ein Unterausschuss eingerichtet, dem auch Mitglieder des Weiterbildungsausschusses angehören.

Hintergründe

Bislang wird die Einhaltung der Anforderungen an eine zeitgemäße und inhaltlich zukunftsweisende Weiterbildung des Fachärztenachwuchses im Wesentlichen durch drei Ansätze sichergestellt:

- Festlegung einer Weiterbildungsordnung
- Erteilung von Weiterbildungsberechtigungen
- Durchführung von Facharztprüfungen nach Erfüllung der entsprechenden Zulassungskriterien.

In Anlehnung an eine bundesweit abgestimmte Musterweiterbildungsordnung¹ ist eine neue Weiterbildungsordnung für Hamburger Ärztinnen und Ärzte von der Kammerversammlung Ende 2003 verabschiedet worden und harret zurzeit der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde. Im so genannten Paragrafenteil sind darin erstmals Anforderungen an eine kontinuierlichere Kommunikation und Dokumentation der Weiterbildungsinhalte festgelegt (vgl. nachfolgenden Beitrag von R. Laux).

Eine umfassende, standardisierte, von der Ärztekammer ausgehende Aktualisierung der Weiterbildungsberechtigungen erfolgt bislang nicht, die Umsetzung entsprechender Verfahren wird derzeit geprüft. Allerdings müssen strukturelle Veränderungen in den zur Weiterbildung berechtigten Einrichtungen der Kammer mitgeteilt werden.

Dr. med. C. Leffmann ist Geschäftsführer der Fortbildungsakademie der Ärztekammer Hamburg

Eine systematische Evaluation der Weiterbildung an sich wird derzeit nicht durchgeführt, abgesehen davon, dass nur Kammermitglieder, die die Anforderungen der Weiterbildungsordnung in ihrem Fach erfüllen, zur Facharztprüfung zugelassen werden. Ein wesentliches Kriterium ist dabei die Ableistung vorgegebener Weiterbildungszeiten. Schwieriger wird nach allgemeiner Einschätzung aber die Überprüfung der Weiterbildungsinhalte und besonders die zahlenmäßige Erfüllung der so genannten Richtzahlen zu den Weiterbildungsinhalten – in der neuen Weiterbildungsordnung zu finden unter der Rubrik „Definierte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“. Häufig dürften die entsprechenden Zeugnisse eine pauschale Erfüllung bescheinigen. Die inhaltlich zu dokumentierenden Jahresgespräche in der neuen WBO (§ 8), deren Protokolle bei der Anmeldung zur Facharztprüfung mit einzureichen sind, versprechen hier mehr Transparenz. Die Quote an nicht bestandenen Facharztprüfungen erlaubt sicher keine zu Verbesserungen nutzbaren Rückschlüsse auf die Qualität der Weiterbildung.

Zur differenzierten Erfassung der Nöte und Wünsche der Kolleg(inn)en in Weiterbildung bleibt derzeit ausschließlich das Instrument der Befragung. Nur so ließen sich Hinweise auf Qualitätsvorsprünge oder -defizite in der Weiterbildungslandschaft in Hamburg erlangen. Eine entsprechende Untersuchung wird vorbereitet und soll voraussichtlich zu einem Zeitpunkt erfolgen, zu dem auch schon erste Aussagen über die Wirkungen der neuen Weiterbildungsordnung möglich sind.

Unter der Annahme, dass die Hamburger Kolleg(inn)en nicht grundsätzlich abweichende Meinungen äußern würden, können nach Auffassung des Ausschusses bis dahin die Ergebnisse entsprechender Befragungen aus anderen Kammerbereichen ausreichende Hinweise auf aktuelle Problembereiche in der Weiterbildung geben.

Befragungsergebnisse aus Hessen, Rheinland-Pfalz und dem Saarland

In Hessen, Rheinland-Pfalz und dem Saarland wurde 2001 eine umfassende Befragung von Krankenhausärzt(inn)en zu Arbeitsbedingungen und zur Arbeitszufriedenheit durchgeführt². Vor dem Hintergrund des EuGH-Urteils zum ärztlichen Bereitschaftsdienst und der nahezu zeitgleichen (gleichwohl davon unabhängigen) Umstellung auf die DRG-Abrechnungssystematik in den Krankenhäusern folgen die Arbeitsbedingungen zu großen Teilen politischen Entwicklungen. Bis auf die letztendliche Umsetzung vor Ort unterliegt dieser Problembereich somit nur bedingt einer direkten Einflussnahme durch die Ärzteschaft.

Im Rahmen der genannten Erhebung waren knapp 6 000 Krankenhausärzte/-ärztinnen angeschrieben worden. Die Rücklaufquote lag bei über 50 Prozent, wobei wiederum genau die Hälfte dieser Antworten von Ärzt(inn)en im Praktikum und Assistenzärzt(inn)en abgegeben wurden (die andere Hälfte setzte sich aus Oberärzt(inn)en und leitenden Ärzt(inn)en zusammen). 35 Prozent der ÄiP und 39 Prozent der Assistent(inn)en äußerten sich dabei „nicht zufrieden“ oder „sehr unzufrieden“ mit ihren Arbeitsbedingungen. Nach den „besonders unangenehmen Aspekten der augenblicklichen Tätigkeit“ befragt, ließ sich diese Un-

¹ Siehe Homepage der Bundesärztekammer: www.baek.de

²R. H. Kaiser: Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit von Ärzten im Krankenhaus. Deutscher Ärzte-Verlag 2002, ISBN 3-7691-3183-5.

zufriedenheit in erster Linie an „zu viel Verwaltungsarbeit“ festmachen [so empfunden von knapp 80 Prozent der ÄiP und ca. 75 Prozent der Assistent(inn)en], gefolgt von „langer Arbeitszeit“, „Zeitdruck“ und „schlechter Bezahlung“. Nur 19 Prozent der ÄiP und 15 Prozent der Assistent(inn)en gaben an, sich bei erneuter Entscheidungsmöglichkeit auf jeden Fall wieder für den Arztberuf entscheiden zu wollen.

Sehr viel konkreter mit Weiterbildungsfragen beschäftigen sich Untersuchungen der letzten Jahre aus Sachsen, Berlin und Bayern.

Sachsen

Eine Erhebung unter Ärzt(inn)en in Weiterbildung in Sachsen³ (146 ausgewertete Antworten) ergab, dass nahezu Dreiviertel der Befragten „kein zeitlich oder inhaltlich detaillierter Weiterbildungsplan bekannt“ war. Nur etwa die Hälfte wusste einen namentlich bekannten „Verantwortlichen für die Weiterbildung“ zu benennen. Das Rotationsprinzip wurde nur in einem Drittel der Fälle als gesichert angegeben. Bei der Befragung nach Verbesserungsmöglichkeiten der Weiterbildung überwogen Antworten mit Forderungen nach mehr strukturellen, zeitlichen und inhaltlichen Vorgaben. In seinen Schlussfolgerungen benennt der Ausschuss „Junge Ärzte“ allerdings auch ein allenthalben bekanntes Dilemma: „Eine gute Weiterbildung erfordert einen erhöhten Arbeitsaufwand und kann derzeit nicht abgerechnet werden.“

Berlin

Eine größer angelegte Umfrage des Arbeitskreises „Junge Ärzte“ der Ärztekammer Berlin⁴ unter Ärzt(inn)en im Praktikum und in Weiterbildung (n=1 019) zeigte ähnliche Ergebnisse. Nur etwa ein Fünftel der Antwortenden gab an, nach einem „zeitlichen Plan“, nur etwa ein Viertel nach einem „inhaltlichen Plan“ weitergebildet zu werden. Das Rotationsprinzip wurde nur bei 24,5

³Ausschuss „Junge Ärzte“ der Sächsischen Landesärztekammer: Zur Situation der ärztlichen Weiterbildung in Sachsen. Juni 2000. Siehe Homepage der Ärztekammer Sachsen.

⁴C. Döring-Wimberg, T. Gerhardus: Volle Kataloge und kein Plan – Zweiter Teil der Fragebogenaktion zur Weiterbildungssituation in Berlin. Berliner Ärzte 11/2002.

⁵Mitgliederbefragung des Hartmannbund-Landesverbandes Bayern zu Arbeitszeiten und Weiterbildung im Krankenhaus. Juli 2004. Siehe Homepage des Hartmannbundes.



Prozent der Befragten vom Arbeitgeber „gesichert umgesetzt“. Interessant an den Berliner Ergebnissen erscheint zudem, dass ungefähr die Hälfte der Befragten „daran zweifelt, seine Weiterbildung pünktlich abzuschließen“. Insgesamt gesehen war auch in Berlin ungefähr ein Drittel der Kolleg(inn)en „sehr unzufrieden“ mit der Arbeitssituation. Als Grund für Unzufriedenheit wurde ebenso hauptsächlich „überbordende Verwaltungsarbeit“ genannt.

Bayern

Anfang 2004 befragte der Hartmannbund in Bayern 1 700 seiner Mitglieder zu Arbeitszeiten und Weiterbildung im Krankenhaus⁵. Die Beschränkung auf die eigene Klientel und eine niedrige Rücklaufquote von 16 Prozent geben Anlass zur vorsichtigen Betrachtung der Ergebnisse. Dennoch scheint sich der Trend aus den anderen Untersuchungen auch hier zu bestätigen. 65 Prozent der ÄiP und sogar 77 Prozent der Assistenzärzte/-innen beurteilten die Qualität ihrer Weiterbildung mit lediglich „befriedigend“ oder „schlecht“. 62 Prozent der Assistenzärzte/-innen gaben an, die Anforderungen der Weiterbildungsordnung nicht in der vorgesehenen Zeit erreichen zu können. Dieses Ergebnis wurde durch 59 Prozent der Oberärzte/-innen (vermutlich im Rückblick auf ihre Facharztweiterbildung) bestätigt. Auch in dieser Umfrage ergaben sich zu immerhin einem Drittel Defizite in der „Einhaltung von Auflagen zur Weiterbildung“ wie z. B. Rotationspläne. Interessant an den Ergebnissen dieser Untersuchung ist vielleicht noch die Aussage, dass 56 Prozent der Fachärzte und 48 Prozent der Oberärzte zugeben, dass in den Zeugnissen zur Facharztprüfung „auch nicht erbrachte Leistungen“ bestätigt worden seien.

Hamburg

In Hamburg waren im Dezember 2003 und Februar 2004 zwei ÄiP-Veranstaltungen von der Ärztekammer genutzt worden, um ein Meinungsbild unter den jungen Kolleg(inn)en einzufangen. 87 Fragebögen [81 von ÄiP und 6 von Assistent(inn)en] konnten ausgewertet werden. Nur ein Drittel der Befragten gab an, von einem Weiterbildungsplan in ihrer Einrichtung zu wissen. Diesen kannte allerdings davon wiederum nicht einmal die Hälfte in schriftlicher Form. Die Existenz eines Rotationsplanes wurde in immerhin knapp 60 Prozent bejaht. Auf die Frage, ob die Rotation gesichert sei, konnten aber nicht einmal 30 Prozent mit Ja antworten. Vielmehr gab die Hälfte der Befragten an, sich um die Rotation selbst bemühen zu müssen. In dieser kleinen Stichprobe wurden von knapp der Hälfte der Kolleg(inn)en grundsätzliche Weiterbildungsprobleme angegeben, nur ein Drittel konnte diese explizit verneinen. In der Gruppe mit Problemen existierte in 55 bzw. 24 Prozent der Fälle ein Rotations- bzw. Weiterbildungsplan. In der Gruppe ohne Probleme war dies zu 71 resp. 52 Prozent der Fall, sodass sich tendenziell eine Abhängigkeit der Weiterbildungszufriedenheit von dem Vorhandensein struktureller zeitlicher und inhaltlicher Vorgaben ergibt. Nach Vorschlägen zur Verbesserung der Weiterbildungssituation befragt, äußerten sich 20 Kolleg(inn)en zu organisatorischen Inhalten. 16 Forderungen davon zielten unmittelbar auf bessere Weiterbildungs- und Rotationspläne. Mehrfach wurde nach eindeutigeren Vorgaben und Kontrollen durch die Kammer gerufen. Wie in den anderen erwähnten Befragungen erfolgten weiterhin Beschwerden über zu viel administrative Arbeit und zu wenig Zeit für die eigentliche Weiterbildung durch Erfahrene.

Zwischenbilanz

Die Ergebnisse aller aufgeführten Befragungen von Ärzt(inn)en in Weiterbildung zeigen Verbesserungsbedarf auf. Eine gute Weiterbildung des fachärztlichen Nachwuchses liegt nicht nur in Eigenverantwortung der Ärzteschaft, sondern kann von ihr auch weitestgehend nach eigenem Ermessen gestaltet werden. Die Möglichkeiten, damit ganz wesentlich zur Gesamtqualität der medizinischen Versorgung in Deutschland beizutragen, könnten noch besser genutzt werden.

Hauptanliegen scheint dabei die Forderung nach einer besser nachvollziehbaren, strukturierten Weiterbildung mit mehr Planungssicherheit für die jungen Kolleg(inn)en zu sein. Während das Aufstellen von Rotationsplänen (wo angezeigt) und die Sicherstellung des tatsächlichen Durchlaufens der verschiedenen Bereiche durch die Weiterzubildenden ganz sicher interne Aufgabe der Weiterbildungsberechtigten ist, können und müssen Weiterbildungscurricula nicht in jeder Abteilung neu erarbeitet werden. Bezüglich der Untersuchungs- und Operationskataloge finden sich viele Hinweise bereits in der Weiterbildungsordnung. Darüber hinaus gehende Inhalte werden vielfach von den entsprechenden Berufsverbänden bzw. Fachgesellschaften erarbeitet und zur Verfügung gestellt.

Weiterbildungscurricula – Rückmeldungen der Fachgesellschaften

Im Zuge einer Umfrage der Ärztekammer Hamburg bei 32 Fachgesellschaften nach Weiterbildungsplänen in ihrem entsprechenden Fachgebiet und Überlegungen zur Umsetzung der neuen WBO gingen Anfang 2004 insgesamt 17 Antworten ein.

Ein Weiterbildungsplan lag zu diesem Zeitpunkt bereits explizit vor von der

- Anatomischen Gesellschaft (Weiterbildungsrichtlinien „Fachanatom Anatomische Gesellschaft“)
- Deutschen Gesellschaft für Radioonkologie, DEGRO (zusammen mit Europäischer Fachgesellschaft ESTRO)
- Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin, DEGAUM (in Form eines Kursbuches „Arbeitsmedizin“)
- Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, DGGG (so genanntes Logbuch zur Weiterbildung)
- Deutschen Gesellschaft für Physikalische Therapie und Rehabilitation, Balneologie und medizinische Klimatologie, DGPMR

- Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft, DOG (Anpassungen an neue WBO erfolgen derzeit)

Ein Weiterbildungsplan befand sich Anfang 2004 in Bearbeitung bei der

- Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, DGAI (Empfehlungen von 1997 werden an die neue WBO angepasst)
- Deutschen Dermatologischen Gesellschaft, DDG (Erarbeitung eines Logbuches in Anlehnung an die UEMS)

Andere antworteten wie folgt:

- Deutsche Gesellschaft für Chirurgie, DGCh: Derzeit gebe es kein Curriculum, aber viele Angebote z. B. für Weiterbilder nach dem Muster des Royal College of Surgeons (UK)
- Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin, DGIM: Ein Weiterbildungscurriculum sei bislang nicht erarbeitet, aber dringlich auf der Agenda. Es werde noch Abstimmungsbedarf nach der neuen WBO gesehen.
- Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin, DGN: Weiterbildungscurriculum ergebe sich aus den in der neuen WBO geforderten Untersuchungszahlen. Die darüber hinausgehende Notwendigkeit der Erstellung eines Weiterbildungsplans werde derzeit diskutiert.

Ein Curriculum existiere nicht, man plane ein europäisches Vorgehen.

- Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie, DGNC:

Ein Curriculum existiere nicht, man plane ein europäisches Vorgehen.

- Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie, DGOOC:

Es sei zunächst eine Neuregelung nach Zusammenführung von Orthopädie und Unfallchirurgie zum Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie lt. neuer Muster-WB-Ordnung notwendig.

- Deutsche Gesellschaft für Pathologie, DGP: Da in der neuen WBO numerische Vorgaben eindeutig definiert seien, bestehe kein Bedarf für einen darüber hinausgehenden Weiterbildungsplan.

- Deutsche Gesellschaft für Urologie, DGU: Ein WB-Plan existiere nicht, man habe das Thema aufgegriffen und weitergeleitet.

- Deutsche Röntgengesellschaft, DRG: Bislang keine Empfehlungen, zurzeit Umsetzung der neuen WBO.

- Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, DGMKG: Zunächst Umsetzung der neuen WBO.

Von folgenden Fachgesellschaften erfolgte keine Rückmeldung, sodass Aussagen derzeit nicht möglich sind:

- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, DEGAM

- Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, DGKJ
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, DGKJP
- Deutsche Gesellschaft für Neurologie, DGN
- Deutsche Gesellschaft für Pharmazeutische Medizin, DGPharMed
- Deutsche Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin, DGPM
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie u. Nervenheilkunde, DGPPN
- Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin; dgrm
- Deutsche Gesellschaft für Transfusionsmedizin und Immunhämatologie, DGTI
- Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin, DKPM
- Deutsche Physiologische Gesellschaft, DPG
- Deutsche Gesellschaft für Humangenetik, GfH
- Gesellschaft für Hygiene und Umweltmedizin, GHU
- Gesellschaft für Biochemie und Molekularbiologie, GMB

Folgerungen

Zusammenfassend stellen Qualitätssicherungs- und Weiterbildungsausschuss der Ärztekammer Hamburg fest, dass es zwar Defizite in der Weiterbildung, aber auch klare Ansatzpunkte zur Verbesserung gibt, denen man sich gemeinsam zuwenden will. Soweit es Weiterbildungscurricula betrifft und dies nicht inzwischen geschehen ist, werden Fachgesellschaften und Berufsverbände aufgefordert, ihre inhaltliche Expertise einzubringen.

Auf die Weiterbildungsberechtigten in Krankenhäusern und Praxen werden im Zuge der Umsetzung der neuen WBO neue Verantwortlichkeiten zukommen, deren Erfüllung von der Ärztekammer zukünftig auch erfasst wird. Hier gilt es insbesondere, das Durchlaufen der verschiedenen Weiterbildungsbereiche für die Kolleg(inn)en in Weiterbildung sicherzustellen. Weitere Möglichkeiten der Evaluation und qualitätsverbessernder Maßnahmen seitens der Ärztekammer werden geprüft und entsprechende Konzepte erarbeitet.

Mittelfristig soll eine umfassende Befragung der Weiterzubildenden, aber auch der Weiterbilder die Situation in Hamburg noch näher klären. Die Qualität der Weiterbildung wird angesichts drohender Nachwuchssorgen zu einem Hauptanliegen der Ärztekammer Hamburg der nächsten Jahre.

Änderungen in Struktur, Dokumentation und Weiterbildungsberechtigung

Die Weiterbildungsordnung von 2003 – was ist neu?

Von Reinhard Laux

Die Weiterbildung erfolgt in strukturierter Form

Niemand wird bezweifeln, dass ärztliche Weiterbildung einer Struktur bedarf. Während aber bisher davon ausgegangen wurde, dass die Beziehung zwischen Weiterbildendem und Weiterzubildendem vorwiegend personal strukturiert war – man kennt sich, man kommuniziert informell, es gibt Kataloge über die Inhalte –, so enthält die neue Weiterbildungsordnung (WBO) wesentlich stärker ausformulierte Vorschriften, wie diese Struktur auszusehen hat. Sie trägt damit der Tatsache Rechnung, dass sich das Modell des leitenden Arztes, der in quasi familiärer Struktur seine Beziehungen zu den Weiterbildungsärzten autonom regelt, im durchorganisierten medizinischen Alltag überlebt hat. Qualitätsanforderungen werden zunehmend durch Mindestmengen an spezifischen Diagnosen und Prozeduren gekennzeichnet, das quasi familiäre Modell ist auch aus ökonomischen Gründen seit Langem auf dem Rückzug.

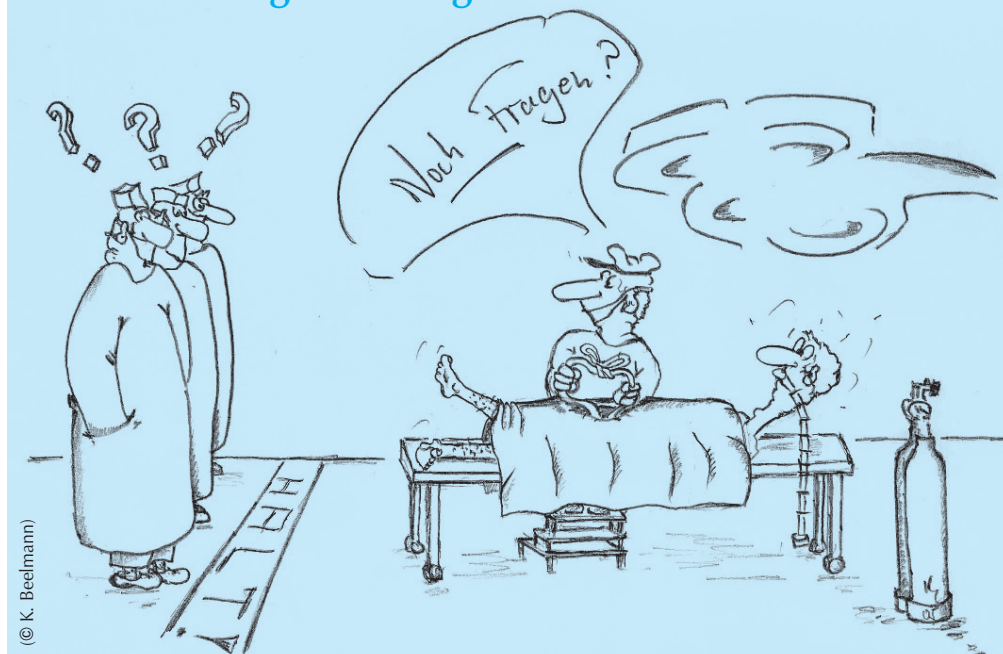
Die neue WBO erhebt vermehrte Anforderungen an eine nachvollziehbare Form tatsächlich erfolgter strukturierter Weiterbildung. Man mag ein geringes Anwachsen an Bürokratie bedauern, es ist aber zweifellos zu begrüßen, dass es in der Hand der einzelnen Akteure liegt, dieses Verhältnis zu gestalten. Die neue WBO enthält einige dezidierte Bestimmungen, die in der Zukunft dem Weiterbildenden wie dem Weiterzubildenden Hilfe und Auflage für die Gestaltung der Weiterbildung sein werden. Formal schlägt sich das in veränderten Dokumentationspflichten nieder:

Dokumentation

- Der Arzt in Weiterbildung muss die erfolgte Weiterbildung zeitnah dokumentieren. D. h., er muss sich vom Anfang seiner Tätigkeit an über die spezifischen Weiterbildungsinhalte im Klaren sein und die abgeleiteten Abschnitte im Detail zeitnah dokumentieren. Obwohl dies nicht vorgeschrieben ist, ist ihm nahe gelegt, dies in einem geeigneten Ordner und einem entsprechenden strukturierten Dokumentationssystem kontinuierlich niederzulegen. Dem bürokratischen Nachteil steht der Vorteil gegenüber, dass er jederzeit überprüfen kann, wo er steht.
- Der weiterbildende Arzt muss ein Curriculum der von ihm geleiteten Weiterbildungsabschnitte verfassen (im Originaltext heißt das: „ein gegliedertes Programm für

die Weiterbildung zum Facharzt, in Schwerpunkten oder Zusatzbezeichnungen“). Dieses Programm ist auch dem Weiterzubildenden auszuhändigen. Damit wird der formale Weiterbildungsvertrag auf eine neue Stufe der Konkretisierung gehoben: Sowohl der Arzt in Weiterbildung als auch sein Vorgesetzter arbeiten nach einem identischen Programm, das nicht nur partikuläre Inhalte (den OP-Katalog alter Prägung in chirurgischen Fächern), sondern den gesamten Stoff – gegliedert nach Kenntnissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten – mit einer Zeitstruktur versieht. Nun können beide ihren Weiterbildungsvertrag etwa in Jahresfrist überprüfen und gegebenenfalls Nachbesserungen oder Veränderungen in der betrieblichen Praxis verlangen. Dieses dialogische Element der Weiterbildung ist ernst gemeint und wird überprüft:

Weiterbildung von morgen?



© K. Beilmann

Dr. med. R. Laux ist Ltd. Arzt der Abteilung für Neonatologie, AK Barmbek

• Mindestens 1 x pro Jahr werden Weiterbildungsgespräche geführt, die dokumentiert werden müssen und Bestandteil des Zulassungsantrags zur Prüfung darstellen. Dieses Element, das in vielen Wirtschaftsbetrieben als „Personalentwicklungsgespräch“ zum integralen Bestandteil der Personalführung geworden ist, hält somit auch Einzug in die WBO. Es soll betont werden, dass die Glaubwürdigkeit dieser Aufzeichnungen von den Fachbesitzern der Kammern bei der Sichtung der Unterlagen zum Zulassungsantrag tatsächlich überprüfbar ist. Eine zuweilen feststellbare „Zeugnislyrik“, die am Ende eines Weiterbildungsverhältnisses die unstrukturierten Vorgänge eines Assistenzarztlebens rosarot einfärbt, hat mit dieser Bestimmung keine Zukunft. Die im Zeugnis dargelegten Leistungen des Prüfungskandidaten werden durch die jährlichen Gespräche konkretisiert, glaubwürdiger, Fehlentwicklungen kann von beiden Seiten rechtzeitig vorgebeugt werden. Diese Bestimmung ist geeignet, Weiterbildung besser zu machen, zum Nutzen aller Beteiligten – des Weiterbildungsassistenten, dessen Rechte gestärkt werden, des Weiterbildenden, der eine Struktur bekommt, die ihm die Ausübung seines Weiterbildungsauftrages möglich macht, und nicht zuletzt für die Patienten, für die es mehr Sicherheit gibt, dass der Arzt, der sie behandelt, auch zu den Handlungen befähigt ist, die er durchführt. Das Verfassen der Zeugnisse wird für die Weiterbildenden einfacher, ehrlicher und zeitnah durchführbar.

Die Weiterbildungsberechtigung

Wir wissen aus zahlreichen Befragungen und aus der eigenen Praxis, dass die tatsächliche Weiterbildung keinesfalls nur durch den Chefarzt durchgeführt wird. Ist das Lernen vom Assistenzarztkollegen meist empirisch und weniger strukturiert, dabei aber

von hoher praktischer Bedeutung, so mag man die kollegiale Atmosphäre, in der dieses Lernen durch „Peers“ stattfindet, getrost der klugen Personalpolitik und Menschenkenntnis der Klinikleitung überantworten. Sehr wesentliche Supervisionsinhalte und methodisch-gegliederte Weiterbildungsabschnitte werden aber häufig durch erfahrene (Funktions-)Oberärzte angeleitet, die oft genug von einem speziellen Verfahren z.B. Bild gebender oder technischer Art mehr verstehen als der Chefarzt. Dies ist keine Diffamierung, sondern schlicht das Ergebnis fortgeschrittener Subspezialisierungen in vielen Fächern.

Manche Kliniken haben auf diesen Tatbestand mit einer veränderten Leitungsstruktur im Kollegialsystem reagiert. Es gibt hierfür viele gute Gründe, wie auch dafür, dennoch die letztendliche personale Gesamtverantwortung bei einem Chefarzt zu belassen. Für die Zwecke der Weiterbildung dürfte es aber unstrittig sein, dass die Weiterbildungsleistung von Oberärzten ebenfalls formal anerkannt und strukturiert werden sollte. Hierfür bietet sich in vielen Situationen eine kumulative Weiterbildungsberechtigung an, die solchen Oberärzten einen definierten Anteil der Ermächtigung personell zuschreibt. Die Hamburger Ärztekammer plant, die bestehenden Weiterbildungsberechtigungen zu aktualisieren. Dabei sollen curriculare Strukturen, Personalentwicklung und auch kumulative Weiterbildung erfasst und die Aktualisierung zu klaren formalen Bestimmungen gefördert werden.

Die Prüfung

Die praktische Durchführung der Prüfung ist in der neuen WBO nicht wesentlich verändert. Man mag bedauern, dass Elemente einer praktischen Prüfung fehlen. Auch wenn die neue WBO fordert, dass „Kennt-

nisse, Erfahrungen und Fertigkeiten“ überprüft werden, so lehrt die praktische Erfahrung, dass in den Prüfungsgesprächen vorwiegend theoretische Kenntnisse und zu einem großen Teil die nervliche Belastbarkeit von Kandidaten überprüft werden.

Eine praktische Prüfung innerhalb der vertrauten Arbeitsatmosphäre wäre sicher geeignet, den Psychostress der Kandidaten zu vermindern, andererseits muss zugegeben werden, dass für diese Form der praktischen Prüfung der Aufwand erheblich wäre. Dennoch kann im Vergleich zur gegenwärtigen Form der Prüfung festgestellt werden, dass die nervliche Belastung des Kandidaten reduziert ist – die besser dokumentierten bisherigen Leistungen stehen ihm bereits positiv zu Buche, Fragwürdigkeiten können im Vorfeld der Prüfungszulassung bereits artikuliert werden.

Die Ärztekammer Hamburg war eine der ersten Kammern, die bereits Ende 2003 diese neue WBO akzeptiert hat. Die Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde steht aufgrund politischer Vorgaben im föderalen deutschen sowie europäischen Raum noch aus, auch wenn Bewegung in das Verfahren gekommen ist. Unabhängig von der endgültigen politischen Ratifizierung bietet es sich aber an, dass möglichst viele weiterbildende Institutionen sich vorab schon freiwillig an der neuen WBO orientieren, da sie unbezweifelbar die Weiterbildungsqualität verbessern wird.

Eine neue Dimension der Diskussion wird sich auftun, ob diese neuen Anforderungen denn im politisch gewollten, vermehrt konkurrierenden und stark betriebswirtschaftlich organisierten System kostenneutral durchführbar sein werden. Aber auch deshalb sollten sich die Weiterbildenden ermutigt fühlen, diese neue WBO anzuwenden: Die Praxis wird zeigen, ob sie betriebswirtschaftlich durchführbar ist, und sollte sie es nicht sein, so ist es im Interesse aller, dies so früh wie möglich zu erkennen und adäquate Lösungen zu fordern und zu finden.

Kumulative Weiterbildungsberechtigung

Von Bruno Schmolke

Die zunehmende Spezialisierung in den Gebieten und der Fortschritt in der Medizin lassen eine geordnete Weiterbildung immer schwieriger werden. Früher war es eine Selbstverständlichkeit, dass ein(e) Leitende(r) Ärztin/Arzt die volle Weiterbildungsberechtigung besaß und das gesamte Gebiet bzw. den Schwerpunkt vollinhaltlich abdeckte. Hier hat sich eine Wandlung vollzogen. Diese führt dazu, dass seit geraumer Zeit die von den Ärztekammern erarbeiteten Kriterien, die – auf der Grundlage der Weiterbildungsordnung – zu einer Weiterbildungsberechtigung führen, von den Kliniken nicht mehr vollständig erfüllt werden.

Die Gründe hierfür liegen u. a. in einer völligen Verschiebung des Untersuchungsspektrums. Beispielhaft können hier viele Laboruntersuchungen genannt werden, die nicht mehr in den Kliniken zu finden sind, da sie aus Kostengründen ebenfalls in den ambulanten Bereich verlagert wurden. Ein weiterer Aspekt ist – wie in Hamburg – die Gründung von Schwerpunktkliniken durch den LBK. Darüber hinaus decken aber auch die Leitenden Ärzte/Ärztinnen nicht mehr das gesamte Gebiet ab. Dies finden wir besonders in der Chirurgie, die so vielseitig ist und sich in die unterschiedlichsten Schwerpunkte untergliedert.

Im § 8 Abs. 2 der Weiterbildungsordnung der Hamburger Ärzte wird Folgendes ausgeführt: „Die Berechtigung zur Weiterbildung kann nur erteilt werden, wenn der Arzt fachlich und persönlich geeignet ist. Der Arzt, der für ein Gebiet, einen Schwerpunkt oder einen Bereich zur Weiterbildung berechtigt wird, muss in seinem Gebiet, Schwerpunkt oder Bereich umfassende Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten besitzen, die ihn befähigen, eine gründliche Weiterbildung zu vermitteln... Die Berechtigung kann nur für das Gebiet oder den Schwerpunkt oder den Bereich erteilt werden, dessen Bezeichnung der Arzt führt.“...

Dr. med. B. Schmolke ist niedergelassener Facharzt für HNO-Heilkunde

Entsprechend § 8 Abs. 4 ist der berechtigte Arzt verpflichtet, die Weiterbildung persönlich zu leiten sowie zeitlich und inhaltlich entsprechend dieser Weiterbildungsordnung zu gestalten. Um mögliche Engpässe in der Weiterbildung zu vermeiden, kann eine Berechtigung zur Weiterbildung mehreren Ärzten an einer Weiterbildungsstätte erteilt werden. In diesem Fall sprechen wir von einer **kumulativen Weiterbildungsberechtigung**, die sich in den unterschiedlichsten Varianten in den Gebieten, Schwerpunkten und Bereichen bewährt hat. So wurde erst kürzlich an einer Belegabteilung eines Krankenhauses drei Ärzten eine kumulative zweijährige Weiterbildungsberechtigung im Gebiet Orthopädie erteilt, wobei einem die Federführung für diese Berechtigung übertragen wurde. Ein anderes Beispiel findet sich im Bereich Spezielle Schmerztherapie. Hier konnte die volle Weiterbildungsberechtigung nur als kumulative Berechtigung dem Leitenden Arzt und seinem Oberarzt erteilt werden. In den Fällen, in denen Oberärzte an der Weiterbildung beteiligt werden, muss die/der Leitende Ärztin/Arzt ausdrücklich hiermit einverstanden sein.

Gemeinsam ausgestelltes Zeugnis

Als weitere Besonderheit gilt im Falle einer kumulativen Weiterbildungsberechtigung, dass alle an der Berechtigung beteiligten Weiterbilder grundsätzlich ein Weiterbildungszeugnis (im Sinne des § 11 WBO)

ausstellen und es gemeinsam unterzeichnen. In diesem Zeugnis werden dem in Weiterbildung befindlichen Arzt die unter Verantwortung des jeweiligen Weiterbildungsberechtigten abgeleistete Weiterbildungszeit sowie die erworbenen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten bestätigt. Im Zeugnis wird darüber hinaus ausführlich Stellung zur fachlichen Eignung des Weiterbildungsassistenten genommen.

Besonders sinnvoll ist die kumulative Weiterbildungsberechtigung in den großen Fächern wie Chirurgie oder Innere Medizin. So wurde drei Leitenden Ärzten gemeinsam eine kumulativ volle, das heißt fünfjährige Weiterbildungsberechtigung im Gebiet Chirurgie erteilt. Jedem Einzelnen wäre lediglich eine (teilweise) zeitlich eingeschränkte Weiterbildungsberechtigung in Schwerpunkten der Chirurgie erteilt worden.

Auch im Gebiet Innere Medizin gibt es ähnliche Beispiele. Hier wird z. B. die Sonographie in ausreichendem Maße nur noch an einigen Kliniken vermittelt, sodass es erforderlich ist, den Weiterbildungsassistenten den Erwerb dieser notwendigen Weiterbildungsinhalte durch eine Rotation zu ermöglichen oder durch das Bestehen einer kumulativen Weiterbildungsberechtigung an der entsprechenden Klinik zu sichern. In anderen Gebieten wie z. B. Diagnostische Radiologie gilt Entsprechendes für die Mammographie. Diese wird nur noch im ambulanten Bereich erbracht und kann deshalb in der Klinik nicht mehr gezeigt werden. Hier hat sich die Rotation in den niedergelassenen Bereich sehr bewährt.

Insgesamt stellt die kumulative Weiterbildungsberechtigung eine elegante Variante dar, um Engpässe in der Weiterbildung zu vermeiden.

Defizite der jetzigen Form der Weiterbildung am Beispiel der Sonographie

Plädoyer für eine Ausweitung der kumulativen Weiterbildungsberechtigung

Von
Christian Arning

Stellen Sie sich bitte vor, Sie befinden sich in der Aus- oder Weiterbildung zum Autofahrer. Dazu besuchen Sie die Fahrschule, unterziehen sich einer Fahrprüfung und erhalten Ihren Führerschein – und einen Pilotenschein gleich dazu, ohne dass eine entsprechende Ausbildung stattgefunden hätte. Und dieser Pilotenschein gilt nicht nur für die Freizeitfliegerei, sondern auch für die Personenbeförderung.

Der „Berufspilotenschein“ für die Sonographie wird mit dem Facharztzeugnis ausgegeben, denn in vielen Fachgebieten ist die Sonographie Teil der Weiterbildung. Die Facharztanerkennung dokumentiert dann die erfolgte Ultraschallausbildung und berechtigt (über die Sonographiegenehmigung, die für die ambulante vertragsärztliche Versorgung daraufhin von der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wird) zur Sonographie in dem entsprechenden Fachgebiet. Ob eine qualifizierte Ultraschallausbildung im Rahmen der Weiterbildung tatsächlich stattgefunden hat bzw. stattfindet, ist von mehreren Faktoren und auch von Zufällen abhängig. Die wichtigste Frage ist dabei: gibt es überhaupt einen erfahrenen Ausbilder in der Abteilung? Oder wird die Methode von einem Weiterbildungsassistenten an den nächsten weitergegeben? Oder wird vielleicht eine Sonographieausbildung im Zeugnis bescheinigt, obwohl die Abteilung überhaupt nicht ausbildet?

PD Dr. med. C. Arning ist Chefarzt der Neurologischen Abteilung, AK Wandsbek

Wenn sich die Sonographie leicht erlernen ließe, müsste über die Ausbildung nicht weiter nachgedacht werden. Wie jeder weiß, ist die Qualität der Befunde bei der Sonographie aber in besonderem Maß vom Ausbildungsstand und der Erfahrung des Untersuchers abhängig. Anders als bei den röntgenologischen Schnittbildverfahren müssen Bilder nicht nur interpretiert, sondern erst einmal gewonnen werden: neben der Optimierung der Geräteeinstellung ist die richtige Schallkopfführung eine Kunst, die mühsam erlernt werden muss; dies erfordert Zeit und eine gute Anleitung. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung schreibt allein für die Basisausbildung in der abdominalen Sonographie 76 Kursstunden und 400 dokumentierte eigene Untersuchungen vor [1]. Diese Vorschrift gilt aber nur für Ärztinnen und Ärzte, die eine Sonographie-Ausbildung außerhalb der Facharztweiterbildung absolvieren. Für die Ultraschallausbildung im Rahmen der Weiterbildung gibt es in der Weiterbildungsordnung keinerlei Vorschriften oder Empfehlungen. So sind weder Ausbildungszeiten noch Inhalte festgelegt, die Qualifikation der Ausbilder ist nicht definiert und es existieren keine Mindestanforderungen an die verwendeten Ultraschallgeräte. Maßnahmen zur Qualitätssicherung bzw. -verbesserung der Ultraschallausbildung sind aber dringend notwendig: Eine kürzlich publizierte Untersu-

chung hat gezeigt, dass die Qualität sonographischer Befunde bei Anwendung durch „normal“ ausgebildete Ärzte völlig unzureichend ist. Bei Sonographiebefunden im Rahmen ambulanter Diagnostik in Nordrhein-Westfalen war die Bildqualität insgesamt unzureichend und hochsignifikant ($p < 0,0001$) schlechter als die Bildqualität von CT/MRT und Röntgendiagnostik [2]. Nur 29 Prozent der Sonographiebefunde wurden als korrekt eingestuft [3].

Die in dieser Untersuchung bemängelte unzureichende Bildqualität der Ultraschalldokumentationen [2] belegt: hier wurde nicht die Qualität der Methode, sondern die Qualifikation der Untersucher gemessen. In anderen Studien, in denen eine qualifizierte Sonographie mit weiteren bildgebenden Verfahren verglichen wurde, schneidet die Ultraschalldiagnostik oft hervorragend ab. So wurde die Sonographie in einer hochrangig publizierten Untersuchung bei Vergleich mit CT, MRT und PET als „substanziell beste“ Methode zur Identifizierung von Patienten mit Leberzellkarzinom herausgestellt [4]. Bei hohem Ausbildungsstand des Untersuchers kann die Sonographie auch invasive Diagnostik zunehmend ersetzen. In der präoperativen Diagnostik von Karotisstenosen ist dann nicht mehr die Angiographie, sondern die Sonographie das Standardverfahren; Nachweis und Quantifizierung von Gefäßstenosen sind mit hoher Zuverlässigkeit möglich [5].

Sonographie bevorzugt

Die Sonographie sollte nicht nur dort, wo sie anderen bildgebenden Verfahren überlegen, sondern auch da, wo sie gleichwertig ist, bevorzugt eingesetzt und in der Ausbildung vorrangig berücksichtigt werden, denn die Methode ist kostengünstig und ungefährlich. Das Bundesamt für Strahlenschutz hat im kürzlich publizierten Jahresbericht 2003 darauf hingewiesen, dass die Strahlenexposition der Bevölkerung durch röntgendiagnostische Untersuchungen in Deutschland im Vergleich mit anderen europäischen Ländern immer noch zu hoch ist [6]. Die durchschnittliche Strahlenbelastung pro Einwohner habe wegen des vermehrten Einsatzes der Computertomographie in den letzten Jahren weiter zugenommen. Die CT, die nur etwa vier Prozent der Untersuchungen ausmache, trage mit fast 40 Prozent zur effektiven Strahlendosis der Bevölkerung aus der Röntgendiagnostik bei. Auch sei die Strahlenbelastung bei modernen 4-Zeilen-CT-Geräten höher als bei Einzelröhren. Ärzte sollten in jedem einzelnen Fall prüfen, ob die benötigte diagnostische Information auch mit einer anderen Untersuchungsmethode – ohne die Anwendung von Röntgenstrahlen – zu erhalten sei [7].

Diese Aufforderung des Bundesamtes für Strahlenschutz richtet sich nicht nur an Ärzte, die die Indikation zur Diagnostik stellen, sondern auch an alle, die mit der Aus- und Weiterbildung im Bereich bildgebender diagnostischer Verfahren befasst sind. Die qualifizierte Sonographie, die ggf. Röntgenverfahren und invasive Diagnostik ersetzen kann, erfordert einen gut ausgebildeten Untersucher. Die hierzu erforderliche Ausbildung kann aber durch die Facharztweiterbildung – zumindest in der gegenwärtigen Form – nicht vermittelt werden. Zahlreiche Kolleg(inn)en ergänzen freiwil-

lig ihre Klinikausbildung, indem sie externe Kurse besuchen. Dies ist sicherlich sinnvoll, aber nur die zweitbeste Lösung: optimal wäre die kontinuierliche Anleitung und Supervision durch einen erfahrenen Ausbilder. Viele Klinikchefs haben die Sonographie, die sich ja in den letzten 10 bis 15 Jahren rasant weiterentwickelt hat, in der eigenen Ausbildung so nicht mehr kennen gelernt und können sie dann auch nicht weitergeben. In diesem Fall sollte sich ein Oberarzt entsprechend qualifizieren und die Sonographie-Ausbildung der Mitarbeiter übernehmen, wie es an einigen Kliniken ja schon üblich geworden ist. Dieser Ultraschall-Ausbilder sollte auch gegenüber der Ärztekammer für jenen Teil der Facharztweiterbildung verantwortlich sein.

Neuregelung überfällig

Die Deutsche Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (DEGUM) hat bereits seit vielen Jahren Ausbilder-Qualifikationen für die häufigsten Ultraschallanwendungen definiert und ist gern bereit, die Ärztekammern bei der Entwicklung eines Ausbildungskonzepts zu unterstützen. Eine Neuregelung ist bei dem Ausmaß, das die bildgebende Diagnostik (und die Zahl unnötiger Folgeuntersuchungen bei Fehlbefunden!) inzwischen angenommen hat, längst überfällig: In Deutschland werden nach Angaben der KBV allein im Bereich der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung jährlich 120 Millionen Leistungen in der bildgebenden Diagnostik durchgeführt [3], den größten Anteil daran hat die Sonographie.

Zusammengefasst ist die Sonographie eine hervorragende Methode, die andere Diagnostikverfahren wie Röntgen oder invasive Verfahren teilweise ersetzen kann (und soll, wie vom Bundesamt für Strahlenschutz gefordert). Voraussetzung ist eine qualifizierte Ausbildung, die gegenwärtig praktizierte Ultraschallausbildung im Rahmen der Facharztweiterbildung ist nachgewiesenermaßen unzureichend. Zu fordern sind Ausbildungsstandards, die Zeiten, Inhalte und

Ausbilderqualifikation festlegen. Der anerkannte Ausbilder sollte diesen Teil der Facharztweiterbildung gegenüber der Ärztekammer verantworten: ein Plädoyer für die Ausweitung der kumulativen Weiterbildungsberechtigung.

Referenzen:

1. Kassenärztliche Bundesvereinigung: Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der Ultraschalldiagnostik, Ultraschallvereinbarung vom 10.2.1993.
2. Krug B, Boettge M, Coburger S et al: Qualitätskontrolle der ambulanten bildgebenden Diagnostik in Nordrhein-Westfalen, Teil I. Röfo Fortschr Geb Röntgenstr 2003; 175: 46–57.
3. Krug B, Boettge M, Reineke T et al: Qualitätskontrolle der ambulanten bildgebenden Diagnostik in Nordrhein-Westfalen, Teil II. Röfo Fortschr Geb Röntgenstr 2003; 175: 346–360.
4. Teefey SA, Hildeboldt CC, Dehdashti F et al: Detection of primary hepatic malignancy in liver transplant candidates: prospective comparison of CT, MR imaging, US, and PET. Radiology 2003; 226: 533–542.
5. Arning C, Hammer E, Kortmann H et al: Quantifizierung von A. carotis interna-Stenosen: Welche Ultraschallkriterien sind geeignet? Ultraschall Med 2003; 24: 233–238.
6. Bundesamt für Strahlenschutz: Jahresbericht 2003. Salzgitter, 2004 (www.bfs.de/bfs/druck/jahresberichte/jb2003_kompl.pdf).
7. Röntgendiagnostik – schädlich oder nützlich? Bundesamt für Strahlenschutz. Salzgitter, 2003 (www.bfs.de/bfs/druck/strahlenthemen/roentgen.pdf).