

EVA 2011/12: Datenanalyse – Verbesserungspotenzial – Konsequenzen

Weiterbildung ist Kammeraufgabe

Den Begriff Facharzt gibt es in Deutschland seit 1924. Damals wurden in der Bremer Erklärung 13 Fachärzte definiert [1], (Abbildung 1). Die Weiterbildung (Abbildung 2) an deren Ende der Erwerb einer Facharztanerkennung steht, ist eine Kernkompetenz der Ärztekammern. Trotz gelegentlich aufkommender kritischer Stimmen gestalten diesen wichtigen Teil ärztlicher Ausbildung strukturell und inhaltlich die Ärztekammern. In den vergangenen Jahren hat sowohl innerärztlich, als auch von außen das Interesse an diesem Baustein der ärztlichen Qualifikation stark zugenommen und in diesem Zuge wurden auch Qualität und Zuständigkeiten kritisch hinterfragt. Die Kammern stellen sich dieser Diskussion. Um die Datenlage zu diesem Thema zu verbessern, wurden nach einer ersten kleineren Umfrage bei Facharztanwärtern in Bayern, 2009 und 2011 eine bundesweite Befragung initiiert. Das Verfahren orientierte sich inhaltlich und schematisch an einer Befragung der Foederatio Medicorum Helveticorum (FMH – Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte) das dort seit 1996 jährlich durchgeführt wird. Das Verfahren wurde im Vorfeld in Deutschland 2006 von einer privaten Klinikette [2] später als Pilotstudie 2007 in Hamburg und Bremen [3] erprobt und an deutsche Verhältnisse adaptiert. Federführend war der damalige Präsident der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK), Dr. H. Hellmut Koch.

Methodik

Befragt wurden 2009 und 2011 Weiterbildungsbefugte (WBB) und Ärztinnen und Ärzte* in Weiterbildung (WBA) separat mit inhaltlich teilweise überlappenden Fragenkatalogen. Ein Hauptproblem bei der Befragung war, dass es in Deutschland kein Melderegister für WBA gibt. Einzig bekannt sind den Kammern Anzahl und Identität der WBB. Diese wurden im ersten Schritt angeschrieben und aufgefordert, die Anzahl der Ärzte in Weiterbildung zu nennen.

* Um die Lesbarkeit des Textes zu verbessern wird im Folgenden nur die grammatikalisch maskuline Form der Substantive Arzt/Ärztin usw. verwendet.

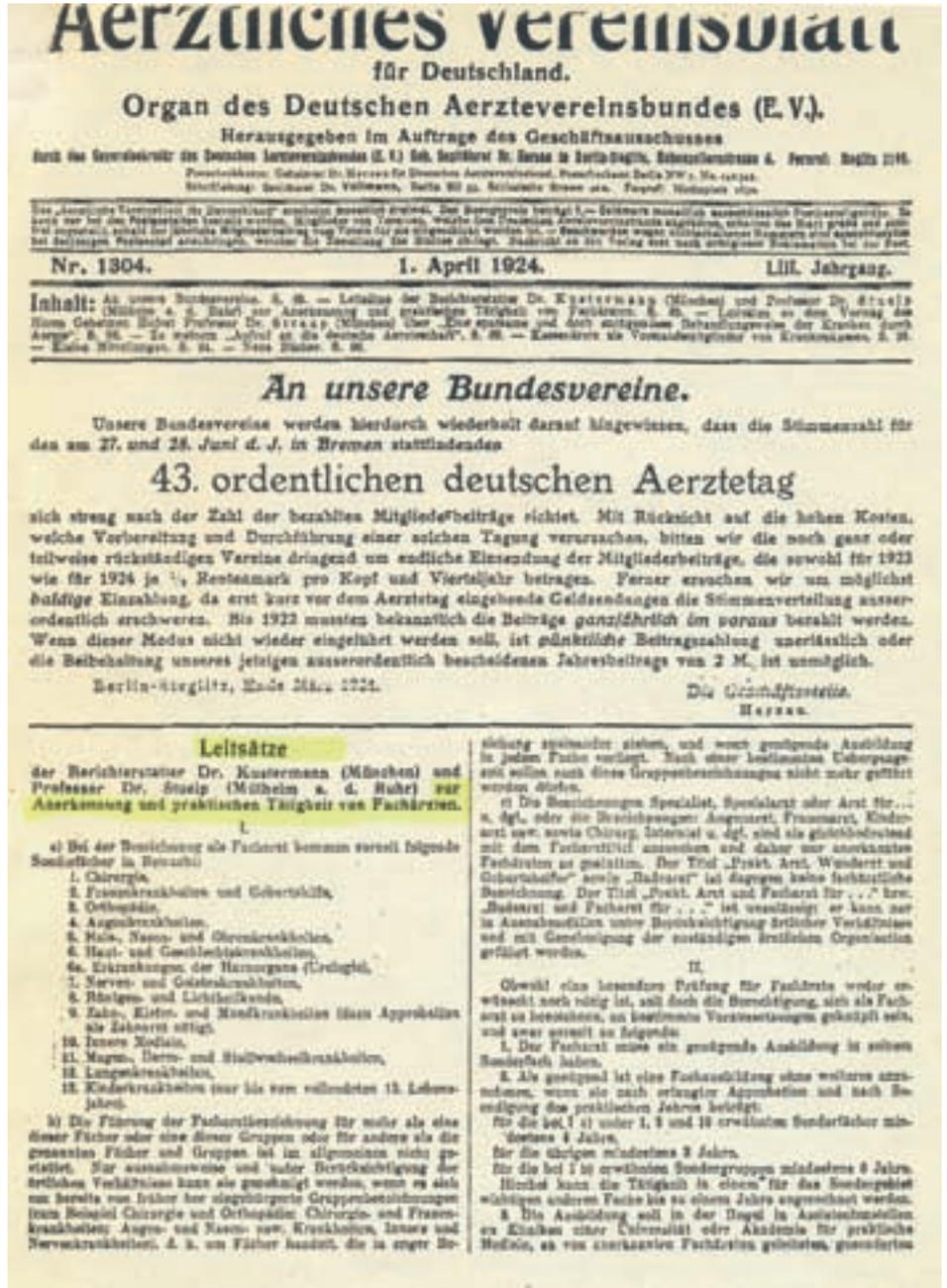


Abbildung 1: Erfassung der Weiterbildungsordnung von 1924.

Sie erhielten dann Zugangs-codes, die sie erstmals 2009 verteilen sollten. Nach Kritik an diesem Verfahren wurden die Codes 2011 postalisch an die WBB durch die Kammern versandt. Es gab zu-

sätzlich die Möglichkeit, sich als WBA in Eigeninitiative einen Code geben zu lassen. Die Befragung wurde webbasiert durchgeführt. Der Fragenkatalog umfasste über 100 Fragen zusammengefasst

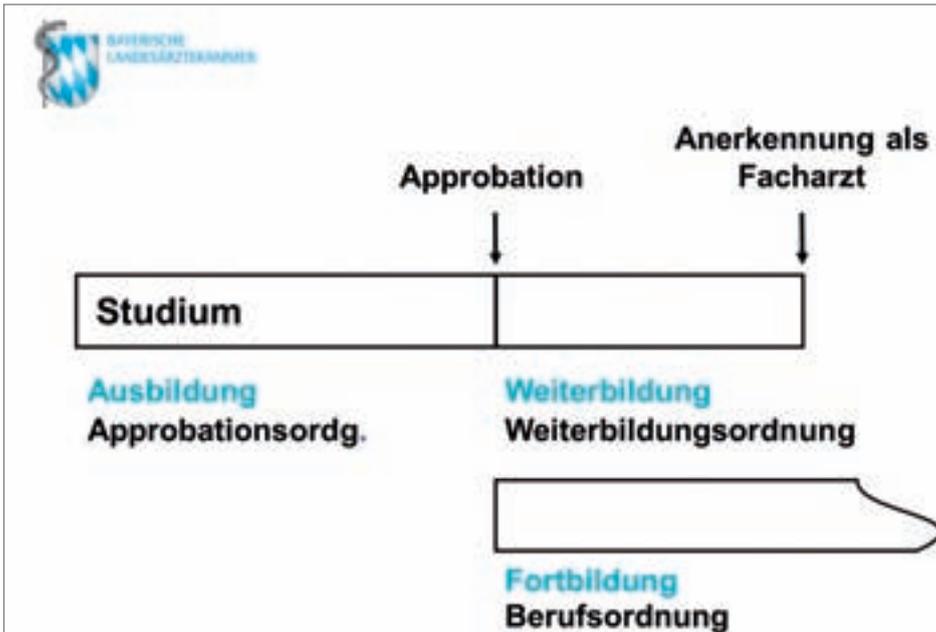


Abbildung 2: Verlauf von Aus-, Weiter- und Fortbildung.

Ergebnisse

Fachgebietsspezifische Subanalysen sind von den Fachgebieten (zum Beispiel Anästhesie, und der Bundesärztekammer – BÄK) in Arbeit. Sie werden in Kürze veröffentlicht. Im Folgenden sollen zur Übersicht Summenkriterien aus dem Blickwinkel der Ärztekammer aufgeführt und diskutiert werden. Hierzu zählen alle Ergebnisse zur

- » Akzeptanz des Verfahrens,
- » Angebot an Weiterbildungsstellen und Demografie,
- » Globalbeurteilung und Ländervergleich,
- » Arbeitssituation.

Die Wertigkeit der Daten, Erkenntnisse zum Verbesserungspotenzial und Konsequenzen für weitere Befragungen werden in der Diskussion behandelt.



Abbildung 3: Bewertung in den Fragenkomplexen durch Ärzte in Weiterbildung (BLÄK versus Bund).

Akzeptanz des Verfahrens

2011 wurden bundesweit dem Institut 40.039 WBB gemeldet, davon waren zum Zeitpunkt der Befragung 17.392 als Weiterbilder aktiv, hatten also mindestens einen WBA. Von diesen aktiven WBB sandten 9.276 (Rücklaufquote – RLQ WBB = 53,3 Prozent) die Bögen zurück. In diesen wurden 53.126 WBA gemeldet, von denen sich 20.518 an der Befragung beteiligten (RLQ WBA 38,6 Prozent). Damit stieg die Beteiligung im Vergleich zu 2009 bei den WBA von 32,8 Prozent auf 38,6 Prozent während sie bei den WBB von 60,8 Prozent auf 53,3 Prozent fiel. 45 Prozent der WBB nahmen zum zweiten Mal an der Befragung teil, von diesen hatten 78,5 Prozent den Bericht 2009 mit den WBA besprochen und 97,8 Prozent aller Befragten gaben an, dieses Mal den Bericht zur Verfügung stellen zu wollen. 98 Prozent fühlten sich 2009 gerecht beurteilt, für mehr als die Hälfte (53 Prozent) war das Ergebnis damals Anlass Änderungen vorzunehmen. In Bayern lag die Beteiligung in beiden Gruppen höher: WBB 56,6 Prozent und WBA 44,6 Prozent.

in acht Hauptgruppen. Als Beurteilungsskaladiente im Wesentlichen das Schulnotensystem von 1 bis 6 mit 1 als bester und 6 als schlechtester Bewertung. Fragen zu den Rahmenbedingungen

wurden mit konkreten Einzelantworten (zum Beispiel ja/nein, oder immer/teils-teils/nie) abgefragt. Nähere Details zu Verteilungsmodus und Fragenkatalog siehe www.baek.de.

Im Sinne der gemeinsamen Aufgabenstellung Qualität der Weiterbildung sollte für noch mehr Akzeptanz des Verfahrens gewonnen werden. Während diese bei den WBA zunahm, hat sie bei den WBB abgenommen. Die Befragung wird von Teilen der Kollegen mit Weiterbildungsbefugnis als ungerechtfertigte Überwachungsmaßnahme empfunden. Dies geht aus Schreiben an die Kammer hervor und war auch in der Schweiz 2005 ein Thema [7]. Im Grundtenor beklagten diese Schreiben auch die allgemeine Flut von administrativen Anfragen. Qualitätsmaßnahmen für die Weiterbildung sollten unter all diesen Aufgaben aber mit hoher Priorität behandelt werden und sind auch laut Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns für alle Weiterbilder verpflichtend. Gründe für eine tendenziell verbesserte Akzeptanz bei WBA könnten in den geänderten Zugangsmodalitäten, aber auch in der Tatsache begründet liegen, dass die Ergebnisse der letzten Befragung häufig diskutiert wurden und die Möglichkeit zur Einflussnahme erkannt wurde.

Im Vergleich zu den Ergebnissen im gesamten Bundesgebiet sind die bayerischen Ergebnisse eine Nuance besser. Inwieweit dies statistisch signifikant ist, kann anhand des vorliegenden Datenmaterials nicht ermittelt werden. Die innerbayerischen Verbesserungen im Vergleich zu 2009 sind quantitativ und strukturell sehr ähnlich den Verbesserungen im Bundesgebiet. Wie schon 2009 scheint es sich tendenziell auch in Bayern um den gleichen Trend – um eine Nuance bessere Ausgangssituation – zu handeln.

Wo liegt im Detail Verbesserungspotenzial?

Großes Verbesserungspotenzial bietet die Strukturierung der Weiterbildung. Das beginnt mit dem Erstellen und Bekanntgeben von Weiterbildungsplänen. Zielvorgaben sollten vereinbart und gegebenenfalls auch überprüft werden, Feedback-Gespräche regelmäßig geführt werden. Die durchgängig besseren Ergebnisse ambulanter, kleiner Weiterbildungsstätten deuten darauf hin, dass es sich positiv auswirkt, wenn sich der Weiterbilder persönlich einbringt. Dies spricht auch für die Benennung von Tutoren an großen Weiterbildungsstätten.

Feedback ist ein zentraler Baustein zur Qualitätsverbesserung. Die Erteilung von Feedbacks wirkt sich auf die Strukturqualität eines Prozesses positiv aus, konkret nachgewiesen in der operativen Medizin ist ein positiver Effekt auf die Patientensicherheit [8]. Negative oder korrektive unidirektionale Feedbacks führen per se aber nicht zu einer Verbesserung. Vielmehr ist neben der Art des Feedbacks auch das aktive Bemühen des Betroffenen darum von po-

sitivem Wert [9]. Es gilt also Strukturen zu etablieren oder zu erhalten, die die Eigeninitiative der Ärzte in Weiterbildung nutzen. Bringschuld des Weiterbilders und Holschuld der Ärzte in Weiterbildung stehen im Gleichgewicht.

Beim Komplex „Wissenschaftlich begründete Medizin“ und „Kultur der Fehlervermeidung“ schneidet die Weiterbildung in Deutschland im Vergleich zur Schweiz unterdurchschnittlich ab. Leitlinienorientierte Weiterbildung und die aktive Teilnahme des Weiterbilders an Critical incident report Systemen (CIRS) kann die Beurteilung in diesen Sparten verbessern.

„Wer Kritik übel nimmt, hat etwas zu verbergen.“

Helmut Schmidt, Deutscher Bundeskanzler a. D.

Die geschilderten Negativ-Ergebnisse aus der konkreten Arbeitssituation müssen vor dem Hintergrund von Haftungs- und Tarifrecht intensiv diskutiert werden. In jedem Fall müssen aber gerade die Antworten auf Fragen zur konkreten Arbeitssituation in Zukunft in die Beurteilung der Weiterbildungsstätte mit eingehen. Dies gilt umso mehr deshalb, weil sie geringeren subjektiven Einflüssen unterliegen. Folgerichtig hat der Vorstand der BLÄK in seiner Sitzung im April 2012 beschlossen, sich Teile dieser Ergebnisse nachreichen zu lassen und mitzubeurteilen.

Die im Mittel um 24 Monate verlängerte Weiterbildungsdauer muss bei Prognosen zum fachärztlichen Nachwuchs sicher berücksichtigt werden. Erstaunlich ist die hohe Zahl „inaktiver“ Weiterbilder. Daraus kann aber per se nicht auf ein Überangebot an Weiterbildungsstellen geschlossen werden. Zu wenig ist über die Größe, Inhalte und Arbeitsbedingungen in diesen Stellen bekannt. Es ist auch denkbar, dass sich eine relevante Anzahl von vorsorglich beantragten oder nicht mehr aktuellen Weiterbildungsbefugnissen dahinter verbirgt. Hier gilt es innerhalb der BLÄK, eine Zahlenbereinigung anzustreben.

Für die Weiterentwicklung des Evaluations-Verfahrens sind Änderungen notwendig und auch schon in Vorbereitung. Der objektivere Teil mit Fragen zur konkreten Arbeitssituation vor Ort muss erweitert werden. Er soll gleichwertig in die Beurteilung der Weiterbildungsstelle mit einfließen. Die Befragung sollte sich zudem, was Studiendesign und Aufbereitung der Daten betrifft, noch mehr an sozialwis-

senschaftlichen Standards orientieren. Dazu ist es auch notwendig, die reale Zahl der zum Zeitpunkt der Befragung in Weiterbildung befindlichen Kolleginnen und Kollegen zu kennen. Eine entsprechende Datenbasis muss erst noch geschaffen werden. Dies deckt sich mit Beschlüssen der Ärztetage.

Im Moment gibt uns die Befragung einen Einblick wie ein Großteil der im System befindlichen Personen diesen Prozess subjektiv beurteilen. Das ist wichtig und ermöglicht zielgerichtete Maßnahmen zur Weiterentwicklung. Ein Anfang ist gemacht, jetzt gilt es, aus den gewonnenen Erfahrungen zu lernen und diese in einem künftigen Evaluationsprojekt zu berücksichtigen – zielgerichtet und verschlankt.

Das Literaturverzeichnis kann bei den Verfassern angefordert oder im Internet unter www.blaek.de (Ärzteblatt/Literaturhinweise) abgerufen werden.

Autoren



*Dr. Max Kaplan,
Präsident der
BLÄK*



*Dr. Wolfgang
Schaaf, Mitglied
des BLÄK-Vor-
standes*