



208

Hendrik van den Bussche¹ · Detlef Niemann² · Bernt-Peter Robra³ · Udo Schagen⁴ ·
Beate Schücking⁵ · Nobert Schmacke⁶ · Claudia Spies⁷ · Alf Trojan⁸ · Uwe Koch-
Gromus⁹

¹ Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland

² Hamburg, Deutschland

³ Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie der Medizinischen Fakultät, Universität
Magdeburg, Magdeburg, Deutschland

⁴ Institut für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin, Charité Universitätsmedizin Berlin, Berlin,
Deutschland

⁵ Rektorat, Universität Leipzig, Leipzig, Deutschland

⁶ Abteilung Versorgungsforschung, Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen,
Bremen, Deutschland

⁷ Schwerpunkt operative Intensivmedizin, Klinik für Anästhesiologie, Berlin, Deutschland

⁸ Institut für Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland

⁹ Dekanat der Medizinischen Fakultät, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland

Zuständigkeiten und Konzepte zur ärztlichen Ausbildung und Weiterbildung

Ein Plädoyer für eine Neuorientierung

Hintergrund und Problembeschreibung

Der ärztliche Qualifizierungs- prozess

Der Prozess der Qualifizierung von Ärzten und Ärztinnen besteht in allen industrialisierten Ländern seit mehreren Jahrzehnten aus zwei Phasen mit einer vergleichbaren Dauer von ca. fünf bis sieben Jahren: der ärztlichen Ausbildung und der (ersten) ärztlichen Weiterbildung. Nach einer (ersten) fachärztlichen Anerkennung erfolgt die Einnahme einer beruflichen Endposition (z. B. in der vertragsärztlichen Versorgung) oder aber weitere Qualifizierungen, wie eine anschließende, spezialisierende Weiterbildungsphase. Qualifizierungsmaßnahmen nach dem Erreichen der beruflichen Endposition werden üblicherweise als ärztliche Fortbildung bezeichnet.

Die ärztliche Ausbildung an den medizinischen Fakultäten und Hochschulen wird bundeseinheitlich durch die Approbationsordnung für Ärzte geregelt [1]. Die Approbationsordnung wird als

Rechtsverordnung vom Bundesministerium für Gesundheit mit Zustimmung des Bundesrates erlassen. Die ärztliche Weiterbildung beruht auf den Weiterbildungsordnungen (WBO) der Landesärztekammern (LÄK; aktuelle Fassung am Beispiel Hamburgs [2]); diese wiederum basieren auf einer Musterweiterbildungsordnung (MWBO) der Bundesärztekammer (BÄK; [3]). Die Weiterbildungszuständigkeit der LÄK ist eine staatlich delegierte Aufgabe im Rahmen der Ärztekammergesetze der Bundesländer. Beide Instanzen – Fakultäten und Kammern – wachen eifersüchtig über ihre Alleinzuständigkeit für einen der beiden Abschnitte. Freiwillige Kooperationen mag es an einzelnen Stellen geben, eine institutionalisierte Form der Zusammenarbeit existiert nicht.

Während die ärztliche Ausbildung in den letzten Jahrzehnten in Bezug auf Lernziele, Inhalte und Veranstaltungsformen immer detaillierter ausdifferenziert wurde, ist die ärztliche Weiterbildung als ein *Learning by Doing*, als ein *Training on the (Hospital) Job* ohne parallele theoretische Fundierung konzipiert. Impli-

zit wird angenommen, dass die in der ärztlichen Ausbildung erworbene theoretische Qualifikation ausreicht und dass ein mehrjähriges praktisches Arbeiten im Krankenhaus – auch wenn in Lehr- und Lernhinsicht unstrukturiert – die fachärztliche Qualifikation quasiautomatisch herbeiführt.

Der Primat der ärztlichen Arbeit und die Hintanstellung des Bildungsaspekts lassen sich in der MWBO und in den WBO an vielen Einzelheiten nachweisen: Ärzte und Ärztinnen in Weiterbildung (im Folgenden ÄiW) haben einen vollen Arbeitnehmerstatus mit allen entsprechenden Rechten und Pflichten. Sie müssen sich auf dem Arbeitsmarkt selber einen Arbeitsplatz suchen, erhalten einen Arbeitsvertrag mit dem Krankenhaus, aber zumeist keinen Weiterbildungsvertrag und sie können Gewerkschaften bilden. Alle Stellen für ÄiW werden voll auf den Stellenplan des Krankenhauses angerechnet. Stellen(-Anteile) für Qualifizierungsmaßnahmen gibt es nicht, ebenso wenig Belohnungen für positiv bewertete Lehre. Der Primat der abhängigen Arbeit kommt auch in § 4 der

(M)WBO zum Ausdruck, der besagt, dass „eine Unterbrechung der Weiterbildung ... wegen wissenschaftlicher Aufträge ... nicht als Weiterbildungszeit angerechnet werden [kann]“. Das daraus entstehende Problem der klinischen Qualifizierung des wissenschaftlichen Nachwuchses wird einfach negiert. Schließlich werden die Zeit- und Mengenvorgaben für die Zulassung zur fachärztlichen Prüfung in § 4 MWBO ausdrücklich als „Mindestzeiten und Mindestinhalte“ definiert, womit für die weiterbildende Einrichtung die Verpflichtung entfällt, die Arbeits- und Weiterbildungsprozesse so zu strukturieren, dass die ÄiW die Anforderungen in der Mindestzeit erfüllen können. Das Anforderungserfüllungsrisiko liegt somit ausschließlich bei den ÄiW. Für etwaige Ansprüche der ÄiW in Sachen Weiterbildung gibt es somit keine rechtliche Grundlage, was der Überprüfung bedarf.

Der geschichtliche und politische Hintergrund

Ein geschichtlicher Rückblick kann erklären, wie es zu dieser theoriefernen Konzeption der Weiterbildung in Deutschland kam [4–6]. Noch zu Beginn des 20. Jahrhunderts galt der ärztliche Qualifikationsprozess mit der jeweiligen Approbation nach einem praktischen Jahr als beendet. Damals schon wurde diese Ausbildungskonzeption kritisiert [7]. Eine eventuelle weitere anschließende Spezialisierung wurde als freiwillig und nichtregelungsbedürftig angesehen. Sie fand im Rahmen eines Meister-Lehrling-Verhältnisses statt. Man wurde Schüler des spezialisierten (Prof.) Dr. X und übernahm Schritt für Schritt das Denken und Handeln des Meisters; das Grundmodell war *Learning by Imitation*. Das Weiterbildungsverhältnis war somit ein persönliches, kein institutionell definiertes.

Erst 1924 verabschiedete der 43. Deutsche Ärztetag in Bremen „Leitsätze zur Facharztfrage“, mit denen die ersten 14 Spezialisierungen kodifiziert wurden. Diese erste „Weiterbildungsordnung“ konzentrierte sich – wie auch die späteren – zum einen auf Bezeichnungs- und Abgrenzungsfragen. Zum ande-

ren forderten die Bremer Leitsätze eine „genügende Ausbildung in seinem Sonderfach“ in Form einer „Fachausbildung“ zwischen drei und vier Jahren, dies allerdings mit der Maßgabe, dass „eine besondere Prüfung für Fachärzte weder erwünscht noch nötig ist“ [8, 9].

Wurde 1924 noch eine „genügende Ausbildung“ als notwendig anerkannt, gelang es im Jahr 1950 auf Betreiben des Marburger Bundes, das Wort Ausbildung durch den Begriff Weiterbildung zu ersetzen, um damit den Bestrebungen der Krankenhäuser einen Riegel vorzuschieben, unter Berufung auf den Ausbildungscharakter der Tätigkeit keine oder nur geringe Vergütungen zu zahlen [10].

Erst 1968 – d. h. erst vor weniger als 50 Jahren – wurde auf dem 71. Deutschen Ärztetag in Wiesbaden die erste MWBO verabschiedet. Sie enthielt für alle Facharztsparten detaillierte Richtlinien zur Anerkennung. Diese Richtlinien bestanden, abgesehen von wohlwollenden, aber unverbindlichen Formulierungen über das zu erreichende fachärztliche Qualifikationsniveau, in erster Linie aus Angaben zur Mindestdauer der einzelnen Pflicht- und Wahlabschnitte sowie aus Listen mit nachzuweisenden Mindestmengen an interventionellen Prozeduren (z. B. Operationen oder diagnostischen Eingriffen). Die MWBO wurde auf weiteren Ärztetagen aktualisiert, jedoch unter Beibehaltung der tragenden Prinzipien der Bremer Leitsätze (Freiwilligkeit, keine formale Prüfung, persönliches Weiterbildungsverhältnis etc.; vgl. [11]).

Im Jahr 1972 erging ein Urteil des Bundesverfassungsgerichtes (im Folgenden: BVerfG) zur Facharztfrage. In diesem Urteil stellte das BVerfG fest, dass der Facharzt kein besonderer Beruf im Sinne des Artikels 12 des Grundgesetzes sei, sondern eine besondere Form innerhalb der ärztlichen Berufsausübung. Deswegen beschränkte das BVerfG die Zuständigkeit der Bundesregierung auf Fragen der Zulassung zum ärztlichen Beruf, mit anderen Worten auf die Ordnung der Grundausbildung (Bestellungsordnung, später Approbationsordnung), während Fragen der Berufsausübung – und um eine solche handele es sich bei der fachärztlichen Tätigkeit – in die Zuständigkeit

der Länder falle. Allerdings vermerkte das BVerfG in diesem Urteil, dass die fachärztliche Tätigkeit einer Berufswahl dennoch „nahekomme“, weswegen das Gericht im Detail beschrieb, was von den Landesregierungen einerseits bzw. den ärztlichen Berufsorganisationen auf Länderebene andererseits zu regeln sei. Die bis dahin seitens der Bundesländer praktizierte Gesetzgebung, die Zuständigkeit für die Weiterbildung den Ärztekammern im Rahmen ihrer Berufsordnungen zu übertragen, hielt das BVerfG für nicht verfassungskonform. In der Urteilsbegründung hieß es: „[Es] läßt sich nicht verkennen, daß der Entscheidung, sich dieser [fachärztlichen; d. V.] Tätigkeit zu widmen, Elemente innewohnen, die einer Berufswahl nahekommen. Der Entschluß, sich zum Facharzt ausbilden zu lassen und die ärztliche Tätigkeit künftig auf das gewählte Fachgebiet zu beschränken, ist in aller Regel auf Dauer angelegt, er ist eine Lebensentscheidung. ... Aber auch der Allgemeinheit ist an einem verantwortungsvollen und wirksamen Einsatz der fachärztlichen Kenntnisse, Erfahrungen und sachlichen Einrichtungen gelegen. ... Damit gewinnen auch die Probleme der Zusammenarbeit zwischen Facharzt und allgemein-praktischem Arzt sowie zwischen Facharzt und Krankenhaus für das gesamte Gesundheitswesen eine Bedeutung, die es ausschließt, hier lediglich interne Fragen des Berufsstandes zu sehen, deren Regelung allein den Landesorganen überlassen werden könnte. Die Gefahr, dass auch sachfremde berufspolitische Erwägungen sich gegen die Interessen der Allgemeinheit durchsetzen und zu Lösungen führen, die gesundheitspolitisch nicht verantwortet werden können, ist nicht von der Hand zu weisen“.

Das BVerfG folgte abwägend, dass die „statusbildenden Normen“ „in den Grundzügen durch ein förmliches Gesetz festgelegt werden müssen“. Zu den „statusbildenden Normen“ zählte das BVerfG die „Regeln zur Voraussetzung der Facharztanerkennung, die zugelassenen Fachrichtungen, die Mindestdauer der Ausbildung, das Verfahren der Anerkennung, die Gründe für eine Zurücknahme der Anerkennung sowie endlich auch die allgemeine Stellung der Fachärzte innerhalb

H. van den Bussche · D. Niemann · B.-P. Robra · U. Schagen · B. Schücking · N. Schmacke · C. Spies · A. Trojan · U. Koch-Gromus

Zuständigkeiten und Konzepte zur ärztlichen Ausbildung und Weiterbildung. Ein Plädoyer für eine Neuorientierung

Zusammenfassung

Hintergrund. Die ärztliche Ausbildung findet an medizinischen Fakultäten der Universitäten statt. Die ärztliche Weiterbildung findet hingegen in nahezu allen Krankenhäusern statt und ist de facto eine ausschließliche Angelegenheit der Ärztekammern. Zwischen beiden Phasen – und deren Verantwortlichen – gibt es keine institutionalisierte Form der Zusammenarbeit. Die vielen Reformen der letzten Jahrzehnte betreffen ausschließlich die ärztliche Ausbildung, während die Weiterbildung ohne öffentliche Aufmerksamkeit abläuft.

Ziel der Arbeit. Dieses Positionspapier beschreibt die historischen Hintergründe und die Folgen der Dissoziation beider Phasen

bezüglich Zielsetzung und Didaktik. Im Wesentlichen ist die Ausbildung weiterhin stark theorielastig, während die Weiterbildung nahezu theorielos verläuft. Unter Einbeziehung ausländischer Beispiele werden Vorschläge für eine stärkere Verbindung zwischen beiden Phasen vorgestellt.

Material und Methoden. Die Arbeit basiert auf historischem Material über die Aus- und Weiterbildung, Informationen über die Weiterbildung in anderen OECD-Staaten und intensiven Diskussionen unter den Autorinnen und Autoren.

Ergebnisse und Diskussion. Die Dissoziation von Ausbildung und Weiterbildung hat eine lange Vorgeschichte. In der zweiten Hälfte des

20. Jahrhunderts haben die Bundesländer ihre Verantwortung für die Weiterbildung abgelegt und diese den Ärztekammern überlassen. Die Autoren schlagen vor, Aus- und Weiterbildung als ein Kontinuum zu betrachten. In einer solchen Konzeption sollten die Ärztekammern einen größeren Einfluss auf die Ausbildung bekommen und – vice versa – die Fakultäten auf die Weiterbildung.

Schlüsselwörter

Ärztliche Ausbildung · Ärztliche Weiterbildung · Kooperation · Deutschland

Responsibilities and concepts for undergraduate and postgraduate medical education in Germany. A plea for a reorientation

Abstract

Background. Undergraduate medical education in Germany takes place in the medical faculties of universities, whereas postgraduate medical education takes place in nearly all hospitals under the aegis of medical associations. Both phases of the medical qualification process live on their own; the communication between the two responsible bodies is negligible. Previous reforms have always tackled undergraduate education only, whereas postgraduate education takes place without public attention.

Objective. This position paper discusses the origins and consequences of the complete separation between undergraduate and

postgraduate medical education in Germany with regard to responsible bodies, learning objectives, and didactical concepts. On the basis of this critical analysis, proposals are presented to narrow the gap between the two phases.

Materials and methods. This paper is based on several sources: data from historical documents, information retrieved from the internet on educational concepts in other OECD countries as well as intensive discussions among the authors.

Results and discussion. The dissociation between under- and postgraduate education has historical reasons. Over a longer period of

time the German Federal States reduced their responsibility for postgraduate education in favor of medical associations. The authors propose steps towards a better integration of both sequences, towards seeing the educational process as a continuum. In such a concept, medical associations would have a greater influence on undergraduate education and – vice versa – medical faculties on the postgraduate phase.

Keywords

Undergraduate medical education · Postgraduate medical education · Cooperation · Germany

des gesamten Gesundheitswesens“. „Die dann noch erforderlichen ergänzenden Regelungen“, so das BVerfG, „können nach Ermessen des Gesetzgebers dem Satzungsrecht der Ärztekammern überlassen bleiben“ [12].

Was wurde aus diesem Urteil, das vor 45 Jahren erging? Bei den nach dem Urteil notwendig gewordenen Verhandlungen zwischen den Landesbehörden für Gesundheit und den Ärztekammern zeigten die Behörden offenbar wenig Interesse daran, die „statusbildenden Normen“ gemäß BVerfG-Urteil präzise

zu definieren. Im Jahr 1987 beschrieb Hans Joachim Sewering, langjähriger Vorsitzender der Weiterbildungsgruppen der BÄK, in seinem Referat auf dem Ärztetag in Karlsruhe, dass die Ärztekammern unterschiedliche Auffassungen in dieser Frage erfolgreich wegverhandelten: „Es fanden sich [im Entwurf eines Landesgesetzes über das Facharztwesen; d. V.] erstmals Vorschriften über die Ablegung einer mündlichen Prüfung, die aufgrund einer staatlichen Prüfungsordnung durchgeführt werden sollte. Das war aus unserer Sicht eine

sehr unerwünschte Entwicklung, ... wir waren der Meinung, das sollte Sache der ärztlichen Selbstverwaltung bleiben. Dies wurde schließlich auch vom Gesetzgeber anerkannt ...“ [13].

Auch schrieben die Landesbehörden zunächst vor, in der Weiterbildungszeit solle die Stelle mindestens einmal gewechselt werden. Dieser Vorschlag basierte vermutlich auf der Annahme, auf diese Weise würden die ÄiW das fachärztliche Handeln in mindestens zwei verschiedenen Krankenhäusern kennenlernen. Auch diesbezüglich gelang es den

Kammern, so viele Ausnahmeregelungen einzubauen (Sewering: „sowohl generell für Gebiete als auch im Einzelfall“), dass die Regelung, die zwar noch heute in den Ärztesetzen der Länder zu finden ist, de facto nicht angewandt wird. Sie wird nur noch verlangt, wenn ein Weiterbilder nicht über die volle Weiterbildungs-ermächtigung verfügt.

Mit der Zeit also wandelten sich die aus Sicht des BVerfG zu teilenden Zuständigkeiten geräuschlos in eine praktisch einseitige Zuständigkeit der Ärztekammern. Die Kammergesetze mit den so zurückhaltend interpretierten statusbildenden Normen gelten seit den 1970er-Jahren heute noch fast unverändert weiter (Beispiel für Hamburg: [14]).

Fünfundvierzig Jahre später halten die Ärztekammern noch immer an der Auffassung fest, die fachärztliche Qualifikation sei so etwas wie eine Zusatzqualifikation, jedenfalls kein Beruf im Sinne des Artikels 12 GG, obwohl sich die ärztliche Versorgung und die fachärztliche Berufstätigkeit in vielerlei Hinsicht weiterentwickelt haben und mit der Einführung einer Pflichtweiterbildung für Hausärzte im Jahr 1993 das Prinzip der Freiwilligkeit der Weiterbildung de facto aufgehoben wurde. Seitdem darf niemand mehr in der ärztlichen Versorgung von gesetzlich Versicherten tätig sein, der/die keine fachärztliche Anerkennung erworben hat. Aus unserer Sicht ist die fachärztliche Weiterbildung daher längst eine spezielle Berufsausbildung geworden und hat das Stadium der Zusatzqualifikation überschritten. Dennoch hat sich bis dato kein Gesundheitsministerium und kein Parlament daran interessiert gezeigt, Fragen nach der Qualität der ärztlichen Weiterbildung und deren Sicherstellung zu stellen. Es hat sich im Gegenteil eine Wahrnehmung durchgesetzt, die die Gewichtsverlagerung der Zuständigkeiten zwischen Behörden und Kammern geradezu als bindendes Resultat dieses BVerfG-Urteils betrachtet!

Die Ärztekammern halten indes an der Formulierung fest, die Approbation sei der Abschluss der formalen Qualifizierung, die Phase danach eben kein formaler Lernprozess. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der BÄK im Jahr 1997, anlässlich des 30-jährigen Jahrestages

der Gründung der BÄK: „Fachärztliche Tätigkeit ist keine besondere berufliche Tätigkeitsform. Seit Beginn des Facharztwesens wird Weiterbildung als von Weiterbildern überwachtes sogenanntes Nebenprodukt ärztlicher Tätigkeit in einem hauptamtlichen Arbeitsverhältnis verstanden“ [11]. Noch heute betont beispielsweise Franz-Joseph Bartmann, aktueller Vorsitzender des Weiterbildungsausschusses der Bundesärztekammer: „Die Ausbildung zum Arzt/zur Ärztin endet in Deutschland mit dem dritten Staatsexamen nach Abschluss des Praktischen Jahres. Mit der Approbation auf Grundlage der Bundesärzteordnung bin ich berechtigt, als Arzt/Ärztin tätig zu sein. Das heißt also: Nach sechs Jahren Berufsausbildung muss ich im Grunde genommen zumindest einen Teil meines Lebensunterhaltes durch das Ergebnis der Berufsausbildung bestreiten können. ... Was wir betreiben, ist eine Weiterqualifikation im Beruf“. Der gleiche Weiterbildungsverantwortliche einige Zeilen später: „Wenn ich selbstständig ... Leistungen abrechnen will, muss ich fertig sein. Fertig bin ich in dem Moment, in dem ich sage: Ich habe meine Facharztqualifikation. – **Wie die Qualifikation dann wirklich aussieht, steht auf einem anderen Blatt.** Aber dann habe ich die formalen Voraussetzungen erfüllt, um voll abrechnen zu können“ [15].

Solche Abgrenzungen zwischen Aus- und Weiterbildung sind nicht nur unrealistisch, sondern auch riskant [16]. Indem sie suggerieren, die ärztliche Ausbildung reiche für die theoretische und klinisch-praktische Grundqualifikation, negieren sie, dass die Grundausbildung an den medizinischen Fakultäten geschichtlich noch nie in der Lage war, ein berufsadäquates Kompetenzniveau zu vermitteln. Bereits 1928 forderte Ludolph Brauer, Direktor des Eppendorfer Krankenhauses und Ordinarius für Innere Medizin an der Hamburger Medizinischen Fakultät, „die akademische Ausbildung der jungen Ärzte von der übermäßigen Belastung mit spezialistischen Kenntnissen ... zu befreien. Auch der klügste Mann kann in den Schächtelchen seines Gehirnes nicht mehr alles das hineintun, was ihm heutzutage ... m. E. völlig wider den Geist

der Universitäten aufgezwungen wird“ [17]. Fast neunzig Jahre später ist dieses Problem wahrlich nicht kleiner geworden. Keine einzige Studie belegt für die heutige Zeit, dass am Ende der ärztlichen Ausbildung ein Kompetenzniveau im Sinne der Voraussetzungen für eine selbstständige Tätigkeit je erreicht wurde. Alle fundierten Untersuchungen zum Thema Kompetenzerwerb in der ärztlichen Ausbildung weisen in die gleiche (negative) Richtung [18–20].

Lösungswege

Die Lösung kann nur in einer besseren Verzahnung von Aus- und Weiterbildung als zwei Phasen eines einheitlichen Qualifizierungsprozesses mit jeweils adäquaten Anteilen von Theorie und Praxis gesucht werden [21]. Der ärztliche Qualifizierungsprozess sollte als ein Kontinuum mit einem geglätteten Übergang zwischen seinen beiden Abschnitten betrachtet werden. Das bedeutet zum einen, dass Lernen in der Weiterbildung einen zentralen Stellenwert bekommen sollte und damit didaktische Prinzipien gleichermaßen für beide Abschnitte gelten müssten. Statt einer Steuerung über Mindestzeiten und Mindestmengen an diagnostischen und therapeutischen Interventionen („Kataloge“) sollten Fachgesellschaften und Ärztekammern pro Fachrichtung Mustercurricula erstellen, die auf der Basis von erforderlichen ärztlichen Kompetenzen ein ausgewogenes Verhältnis von theoretischen und praktischen Lernanteilen aufweisen. Der Nationale Lernzielkatalog für die ärztliche Ausbildung könnte hierfür als Blaupause dienen [22]. Wir begrüßen ausdrücklich, dass der Deutsche Ärztetag die Bundesärztekammer beauftragt hat, eine „kompetenzbasierte“ Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung vorzunehmen. Sie würde es hoffentlich erlauben, statt der starren Mindestzeiten und Mindestmengen in den „Katalogen“ mehr Flexibilisierung und Individualisierung in der Weiterbildung einzubauen, da eine nachgewiesene Kompetenz logischerweise nicht nur von Zeitabschnitten abhängig sein muss. Diese Entkopplung ist insbesondere für die zunehmende Zahl von Ärztinnen (und

auch Ärzten) dringend notwendig, die Beruf und Elternsein verbinden möchten. Eine Weiterbildung in Teilzeit über ca. 12 Jahre bis zur Anerkennung kann hier keine Lösung sein.

Auch ist es mit der Formulierung von Kompetenzen nicht getan; vielmehr muss auf dieser Basis festgelegt werden, über welche theoretischen bzw. praktischen Lehr- und Lernsituationen die Kompetenzziele erreicht und wie sie evaluiert werden sollen. Diese Mustercurricula müssten in einem weiteren Schritt auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses konkretisiert und adaptiert werden. Dass dies alles organisatorische und finanzielle Implikationen hat, ist evident.

Zum anderen erfordert eine bessere Verzahnung andere Zuständigkeitsregelungen und Entscheidungsprozesse. Wie oben beschrieben, haben die Landesregierungen den Ärztekammern die Zuständigkeit für die ärztliche Weiterbildung weitestgehend überlassen. Die Qualität künftiger Fachärzte und Fachärztinnen liegt damit in unserer Gesellschaft fast vollständig in den Händen von Organisationen, die zwar einerseits als Körperschaften des öffentlichen Rechts mittelbare Staatsgewalt ausüben, andererseits aber auch die Partikularinteressen ihrer Berufsgruppe aktiv vertreten. Das faktische Zuständigkeitsmonopol der Kammern ist in Anbetracht der gesellschaftlichen Bedeutung einer quantitativ und qualitativ optimalen Ausdifferenzierung des Qualifikationsprofils der ärztlichen Profession aufgrund dieser doppelten Funktion der Ärztekammern problematisch, wie dies im Übrigen auch das BVG schon vor ca. 45 Jahren angemerkt hat. Es ist beispielsweise nicht selbstverständlich, dass es in Anbetracht der gegebenen und künftig noch ansteigenden Angebotsdefizite an Hausärzten und Geriatern – um nur die offensichtlichsten Defizite zu nennen – den Ärztekammern (und kassenärztlichen Vereinigungen) überlassen ist, welche Lösungsstrategien hierzu entwickelt werden und wie deren Wirkungen dargestellt wird. Es müsste im Gegenteil nicht delegierbare Aufgabe der staatlichen Daseinsvorsorge sein, für eine optimale Quantität und Qualität des fachärztlichen Angebots zu sorgen.

Kaum ein anderes Land der OECD kennt diese quasivollständige staatliche Abstinenz in Sachen ärztlicher Angebotsplanung und Qualitätssicherung. Selbstredend bliebe der Staat auf die Expertise der ärztlichen Organisationen und der Fachgesellschaften angewiesen und eine fruchtbare Zusammenarbeit zwischen diesen bliebe weiterhin das Gebot der Stunde.

Das Argument gilt auch in der anderen Richtung. Anders als in vielen anderen westeuropäischen Ländern haben die Universitäten keine Zuständigkeit in der ärztlichen Weiterbildung, ebenso wenig die Ärztekammern in Sachen ärztliche Ausbildung. Diese Dichotomisierung hat weitreichende Folgen: Die Ausbildung findet vorrangig im speziellen Milieu der Universitätsklinik statt, die sich durch eine hoch spezialisierte Versorgung und Forschung und somit durch entsprechend ausgerichtetes Lehrpersonal auszeichnen. Dies trägt dazu bei, dass der studentische Nachwuchs eine Prägung weg von der Grundversorgung hin zur Maximalversorgung erfährt. Unter den gegebenen Bedingungen – und trotz der vielen Bemühungen um eine bessere Verbindung von Theorie und Praxis (vgl. jüngst Masterplan Medizinstudium 2020 [23]) – anderes zu erwarten, ist Illusion.

Ein mögliches Korrektiv könnte darin liegen, die verfasste Ärzteschaft an den Konzeptualisierungen und konkreten Umsetzungen der Curricula in der ärztlichen Ausbildung maßgeblich zu beteiligen. Vermutlich würde diese Maßnahme ein deutliches Mehr an Praxisbezug im gesamten Studium bringen. Umgekehrt könnte eine stärkere Beteiligung der Universitäten an der ärztlichen Weiterbildung dazu führen, dass die vielbeklagten Translationsprozesse zwischen Forschung und Praxis effektiver würden. Außerdem könnte deren Wirkung dazu beitragen, dem Defizit an Evidenzbasierung der Weiterbildung – von den Ärzten und Ärztinnen in Weiterbildung selber in den bundesweiten Befragungen der BÄK 2009 und 2011 als größtes Defizit in der Weiterbildung beschrieben – schrittweise abzuhelpen [24]. Auf diese Weise könnten wir den bereits beträchtlichen konzeptionellen Rückstand gegenüber anderen OECD-Staaten aufzuho-

len beginnen. Die staatlichen Instanzen hätten die Aufgabe, diesen Prozess anzustoßen, die statusbildenden Normen in beiden Abschnitten festzulegen und die neuen Kooperationsformen in einem weiter fortgeschrittenen Stadium rechtlich zu kodifizieren.

Ziel ist es nicht, eine neue Megabehörde ins Leben zu rufen und diese mit umfassenden Kompetenzen auszustatten. Vielmehr sollte die dysfunktionale Trennung zwischen beiden Bildungsphasen mittels kooperativer Entscheidungsfindung durch die genannten Instanzen – Bund und Länder, Ärztekammern, Fakultäten und Fachgesellschaften – verringert und dadurch ein optimaler Qualifizierungsprozess gewährleistet werden.

Folgerungen

Bund und Länder sollten ihre vom BVerfG 1972 skizzierten Aufgaben bezüglich der Strukturierung und Qualitätssicherung der ärztlichen Weiterbildung auch tatsächlich wahrnehmen. Die seit diesem Urteil eingetretenen Entwicklungen erfordern neben der rechtlich gegebenen Zuständigkeit der Länder auch eine bundeseinheitliche Koordination der Prozesse und – am Ende – ein rechtlich belastbares Regelwerk. Eine (auch juristische) Neuinterpretation des Facharzturteils des Bundesverfassungsgerichts von 1972 dürfte als Ausgangspunkt für die Entwicklung einer sinnvollen Arbeitsteilung zwischen Ärztekammern und Behörden dienen.

Darüber hinaus sollten die medizinischen Fakultäten und die Fachgesellschaften in den Dialog darüber einbezogen werden, wie kooperative Beratungs- und Entscheidungsprozesse zwecks Verzahnung von Aus- und Weiterbildung entwickelt und erprobt werden können. Hierbei sind auch Rationalisierungsreserven und abschnittsüberschreitende, modular aufgebaute curriculare Angebote zu prüfen. Ein solcher Prozess dürfte von einer externen Moderation profitieren. Gegenstand eines solchen Kooperationsprozesses sollten mindestens folgende Aufgaben sein:

- Analysen der Stärken und Schwächen der aktuellen ärztlichen Aus-

und Weiterbildung, auch unter Berücksichtigung der Entwicklung in anderen OECD-Ländern,

- Formulierung von Leitbildern und Kompetenzprofilen für die ärztliche Tätigkeit und – darauf aufbauend – für die Aus- und Weiterbildung als aufeinander ausgerichtete, abgestimmte Prozesse. Ausgangspunkt hierfür könnte der Nationale Lernzielkatalog für die Ausbildung sein. Für die zu konzipierenden Verfahren zur kontinuierlichen und summativen Evaluation der ÄiW wären die erreichten Qualifikationen das Maß der Dinge, nicht primär die Zahl der absolvierten Jahre.
- Aufbau von Strukturen/Einrichtungen, die die speziellen Vorlesungen, Seminare, Übungen und Kurse für die fachspezifischen theoretischen und praktischen Anteile der Weiterbildung anbieten. Die jüngst beschlossenen Kompetenzzentren für das Fach Allgemeinmedizin könnten hier als Blaupause dienen.
- Entwicklung von Standards und Qualitätsindikatoren zur Gestaltung zentraler Elemente der Aus- und Weiterbildung (z. B. valide Verfahren zur Evaluation der Weiterzubildenden bzw. der weiterbildenden Einrichtungen).

Neben der Sicherstellung der fachlichen Qualifikation der Fachärzte und Fachärztinnen ist es eine wichtige Aufgabe des Staates, unter Hinzuziehung ärztlichen und wissenschaftlichen Sachverständs den Bedarf an Fachärzten und Fachärztinnen abzuschätzen und für eine Balance zwischen Bedarf und Angebot, d. h. für eine Vermeidung von Über- und Unterversorgung mit Fachärzten und Fachärztinnen, zu sorgen. Auch hierfür sind Strukturen und Prozesse einzurichten.

Die Beratungen und Beschlüsse zu den obigen Problemen sollten der Öffentlichkeit zugänglich sein.

Einwände bezüglich der Probleme, die eine engere Verzahnung von Aus- und Weiterbildung und die dafür notwendige Verbindung der Zuständigkeiten mit sich bringen könnten, werden hier bewusst beiseitegelassen. Die Autorinnen

und Autoren wissen, dass die Umsetzung der obigen Vorschläge ein enorm komplizierter Prozess wäre, der viele Schwierigkeiten zu überwinden hätte und viele kleine Schritte brauchen würde, um am Ende erfolgreich zu sein.

Doch möchten wir darauf verweisen, dass die obigen Ideen bereits in vielfältiger Form in anderen OECD-Ländern umgesetzt werden. Was die Kooperation zwischen den verschiedenen Instanzen angeht, wird auf Kanada verwiesen, wo Staat, Ärzteorganisationen und Fakultäten in einem gemeinsamen Prozess das CanMEDS-Konzept entwickelt und umgesetzt haben [25–27]. Ein weiteres Beispiel für solch kooperative Entscheidungsfindung sind die regionalen Foundation Schools in Großbritannien, in denen medizinische Fakultäten, der National Health Service und die Postgraduate Deaneries zusammen die Übergangsjahre zwischen Aus- und Weiterbildung gestalten [28]. Man muss also das Rad der Kooperation nicht neu erfinden.

Ebenso wenig muss man curricular von einer Terra incognita für die Weiterbildung ausgehen. Auf der Basis des besagten CanMEDS-Konzepts werden in vielen Ländern detaillierte Curricula für die Weiterbildung erarbeitet (vgl. exemplarisch [29–31]). Ebenso intensiv ist die Entwicklung von Techniken und Instrumenten zur Überprüfung konkreter Fähigkeiten und Fertigkeiten [32, 33]. Auch für Deutschland liegen bedeutende konzeptionelle Vorschläge auf dem Tisch [34, 35].

Wir wären bei der Entwicklung eines „ganzheitlichen“ Qualifizierungsprogramms für Ärzte und Ärztinnen nicht allein auf dieser Welt. Umgekehrt aber droht ein „deutscher Sonderweg“, der ins Abseits führen könnte. Ein Weiterkommen in der beschriebenen Zielrichtung setzt vor allem voraus, dass alle Seiten ein Interesse an einer solchen Neuausrichtung des Verhältnisses von Aus- und Weiterbildung und an den dafür notwendigen Kooperationen entwickeln. Die trennenden Barrieren institutioneller, rechtlicher und politischer Art mögen heute als kaum überwindbar erscheinen. Was aber an Barrieren aufgebaut wurde, kann auch wieder abgebaut werden.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. H. van den Bussche

Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52, 20246 Hamburg, Deutschland
Bussche@uke.de

Hendrik van den Bussche, Prof. Dr., ehem. Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin und ehem. Prodekan für Lehre der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

Detlef Niemann, Dr. med., Facharzt für Allgemeinmedizin, Facharzt für Frauenheilkunde, niedergelassener Hausarzt. Mitglied des Weiterbildungsausschusses der Ärztekammer Hamburg.

Bernt-Peter Robra, Prof. Dr. med., Direktor des Instituts für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie der Medizinischen Fakultät der Universität Magdeburg; ehem. Präsident der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention.

Udo Schagen, Dr. med., Institut für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin der Charité, Berlin. Ehem. Vorsitzender des Gemeinsamen Weiterbildungsausschusses der Ärztekammer Berlin und ehem. Mitglied im Ausschuss „Ärztliche Weiterbildung“ der Bundesärztekammer.

Beate Schücking, Prof. Dr. med., ehem. Vizepräsidentin für Forschung und Nachwuchsförderung der Universität Osnabrück. Rektorin der Universität Leipzig.

Nobert Schmacke, Prof. Dr. med., Abteilung Versorgungsforschung, Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen.

Claudia Spies, Prof. Dr. med., Direktorin der Klinik für Anästhesiologie mit Schwerpunkt operative Intensivmedizin und ehem. Prodekanin für Lehre der Charité, Berlin.

Alf Trojan, Prof. Dr. med. Dr. phil., ehem. Direktor der Abteilung für Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

Uwe Koch-Gromus, Prof. Dr. med. Dr. phil., ehem. Direktor der Abteilung für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf; Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. H. van den Bussche, D. Niemann, B.-P. Robra, U. Schagen, B. Schücking, N. Schmacke, C. Spies, A. Trojan und U. Koch-Gromus geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

1. Bundesministerium für Justiz (2002) Approbationsordnung für Ärzte. www.gesetze-im-internet.de/_appro_2002/BJNR240500002.html. Zugriffen: 1. Juli 2017

2. Ärztekammer Hamburg (2005) Weiterbildungsordnung (WBO). www.aerztekammer-hamburg.org/wbo.html (Erstellt: 5. Okt. 2015). Zugriffen: 1. Juli 2017
3. Bundesärztekammer (2015) Musterweiterbildungsordnung. www.bundesaerztekammer.de/aerzte/aus-weiter-fortbildung/weiterbildung/muster-weiterbildungsordnung. Zugriffen: 1. Juli 2017
4. Schagen U (1993) Die ärztliche Weiterbildung. In: Habek D, Schagen U, Wagner G (Hrsg) Reform der Ärzteausbildung – Neue Wege in den Fakultäten. Blackwell Wissenschaft, Berlin, S 401–423
5. Döhler M (1997) Die Regulierung von Professionsgrenzen. Struktur und Entwicklungsdynamik von Gesundheitsberufen im internationalen Vergleich. Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft, Frankfurt, New York
6. Weisz G (2006) Divide and conquer. A comparative history of medical specialization. Oxford University Press, New York
7. His W (1930) Noch einmal zur Prüfungsordnung. *Klin Wochenschr* 9:913–915
8. Ärztliches Vereinsblatt für Deutschland, 11. Aug. 1924
9. Teicher W (1922) Untersuchungen zur ärztlichen Spezialisierung im Spiegel des Reichsmedizinalkalenders am Beispiel Preußens im ersten Drittel des 20. Jahrhunderts. Diss. Med., Mainz
10. Gelsner K (1985) Der Marburger Bund. Chronik der organisierten Krankenhausärzte. Peter Lang, Frankfurt, Bern, New York
11. Hoppe JD (1997) Die Weiterbildungsordnung – Von der Schilderordnung zum integralen Bestandteil der Bildung im Arztberuf. *Dtsch Ärztebl* 94:A2483–A2491
12. Bundesverfassungsgericht (1972) Beschluß des Ersten Senats vom 9. Mai 1972 – 1 BvR 518/62 und 308/64
13. Severing HJ (1987) Von der „Bremer Richtlinie“ zur Weiterbildungsordnung. *Dtsch Ärztebl* 84:B1595–B1602
14. Freie Hansestadt Hamburg (2001) Hamburgische Ärztegesetz vom 22. Mai 1978 in der Fassung vom 18.07.2001. www.smixx.de/ra/Links_A-E/HArzteG.pdf. Zugriffen: 1. Juli 2017
15. Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg) (2015) Tagungsdokumentation Praxisorientierung in Aus- und Weiterbildung – Best Practice und Perspektiven am 24. Februar 2015. KBV, Berlin (S. 53 und 59–60)
16. Schagen U (1996) Ärztliches Ausbildungsziel und Berufsfeld. Reale Entwicklung und notwendige Änderung. *Med Ausbild* 13(1):28–33
17. Brauer L (1928) Über die Bedeutung freier Forschungsinstitute. *Beitr Klin Tuberk Spezif Tuberkuloseforsch* 68:671–679
18. Kolbert-Ramm C, Ramm M (2011) Zur Studiensituation im Fach Humanmedizin – Ergebnisse des 11. Studierenden surveys. Arbeitsgruppe Hochschulforschung der Universität Konstanz. <http://www.mft-online.de/files/medizinberichtgesamt.pdf>. Zugriffen: 1. Juli 2017
19. Janson K (2013) Schonungslose Diagnose: eine Befragung junger Mediziner. In: Fuchs C, Kurth BM, Scriba PC (Hrsg) Perspektiven junger Ärztinnen und Ärzte in der Patientenversorgung. Report Versorgungs-forschung, Bd. 6. Deutscher Ärzteverlag, Köln, S 29–41
20. Schmid K, Gailhofer A, Krieger C et al (2013) Ausbildungszufriedenheit und Zukunftsperspektiven von Erlanger Medizinstudenten vor und nach dem Praktischen Jahr. In: Fuchs C, Kurth BM, Scriba PC (Hrsg) Perspektiven junger Ärztinnen und Ärzte in der Patientenversorgung. Report Versorgungs-forschung, Bd. 6. Deutscher Ärzteverlag, Köln, S 43–47
21. ten Cate O, Scheele F (2007) Competency-based postgraduate training: Can we bridge the gap between theory and clinical practice? *Acad Med* 82:542–547
22. Medizinischer Fakultätentag (2015) Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin 2015. http://www.nklm.de/files/nklm_final_2015-07-03.pdf. Zugriffen: 1. Juli 2017
23. Bundesministerium für Bildung und Forschung (2017) Masterplan Medizinstudium 2020. www.bmbf.de/de/masterplan-medizinstudium-2020-4024.html. Zugriffen: 10. Juli 2017
24. Bundesärztekammer (2014) Projekt „Evaluation der Weiterbildung“ in Deutschland. <http://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/aus-weiter-fortbildung/weiterbildung/evaluation-der-weiterbildung>. Zugriffen: 10. Juli 2017
25. Association of Faculties of Medicine of Canada (2010) The future of medical education in Canada: a collective vision for MD education. https://www.afmc.ca/future-of-medicaleducation-in-canada/medical-doctor-project/pdf/collective_vision.pdf. Zugriffen: 10. Juni 2017
26. Association of Faculties of Medicine of Canada (2010) The future of medical education in Canada postgraduate project. <http://www.afmc.ca/future-of-medical-education-in-canada/postgraduate-project/index.php>. Zugriffen: 12. Juni 2017
27. Busing N, Harris K, MacLellan AM et al (2015) The future of postgraduate medical education in Canada. *Acad Med* 90:1258–1263
28. The foundation programme (2017) What are foundation schools? www.foundationprogramme.nhs.uk/pages/home/deaneries-foundation-schools. Zugriffen: 10. Juni 2017
29. Wallenburg I, van Exel J, Solk E et al (Hrsg) (2015) BOEG 1. Better education for obstetrics and gynecology. Dutch national competency based curriculum for obstetrics & gynaecology. www.knmg.nl/opleiding-herregistratie-carriere/cgs/regelgeving/huidige-regelgeving-per-specialismeprofiel/obstetrie-en-gynaecologie-1.htm. Zugriffen: 10. Juli 2017 (english)
30. Association of American Medical Colleges (2017) Education in pediatrics across the continuum (the EPAC project). www.aamc.org/initiatives/epac/about/. Zugriffen: 6. Juni 2017
31. General Medical Council (2017) Education and training. www.gmc-uk.org/education/. Zugriffen: 5. Juni 2017
32. Miller A, Archer J (2010) Impact of workplace based assessment on doctors' education and performance: a systematic review. *BMJ* 341:c5064
33. Royal College of Anaesthetists (2017) Examinations. www.rcoa.ac.uk/examinations/overview zugegriffen. Zugriffen: 10. Juli 2017
34. David DM, Euteneier A, Fischer MR et al (2013) Die Zukunft der ärztlichen Weiterbildung in Deutschland – Positionspapier des Ausschusses Weiterbildung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA). *Gms Z Med Ausbild* 30(2):1–12
35. Berberat PO, Harendza S, Kadmon M (2013) GMA-Ausschuss für Weiterbildung. Anvertraubare professionelle Tätigkeiten – Sichtbarwerden von Kompetenzen in der Weiterbildung. Positionspapier des Ausschusses Weiterbildung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA). *Gms Z Med Ausbild*. <https://doi.org/10.3205/zma000890>