

117. Deutscher Ärztetag 2014

Stenografischer Wortbericht

Referate

TOP V Sachstand der Novellierung der (Muster-)
Weiterbildungsordnung

Dr. med. Franz-Joseph Bartmann, Bad Segeberg
Vorsitzender der Weiterbildungsgremien der
Bundesärztekammer

Dr. Bartmann, Referent: Sehr geehrter Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Dies ist ein Zwischenbericht. Das bedeutet: Es hat Vorberichte gegeben und es wird Folgeberichte geben. Haben Sie keine Angst, dass ich jetzt mit der Propädeutik beginnen werde. Das hätte das große Risiko, dass diejenigen, die das zum x-ten Mal hören, eingeschlafen sind, bevor ich bei der eigentlichen Botschaft ankomme. Ich bin ganz sicher, dass auch diejenigen, die das, was in der Vergangenheit beschlossen wurde, nicht mehr ganz präsent haben, verstehen werden, um was es mir in diesem Zwischenbericht geht, nämlich darzustellen, wo wir uns auf dem vorgesehenen Weg befinden.

Ich habe Ihnen im vergangenen Jahr berichten können, dass kurz vor Eröffnung des Ärztetages alle Berufsverbände und Fachgesellschaften ihre Eingaben auf unsere Wiki-BÄK-Plattform abgeschlossen hatten. Das war nicht banal; es geht immerhin um 61 Facharztbezeichnungen und Schwerpunkte und 47 Zusatzweiterbildungen, also insgesamt 108 inhaltliche Eingaben in das Raster, das Ihnen allen vermutlich noch vor Augen steht.

Danach geschah, was zu erwarten war. Die ersten Kommentare sind eingetrudelt. Was von den Gesellschaften mit einer Stimme eingegeben war, hat mittlerweile wieder einen mehrstimmigen Charakter dadurch gewonnen, dass manche einzelne Eingaben oder auch die komplette Eingabe kommentiert haben. Sie erinnern sich auch, dass, bevor ich in Hannover das Podium erreicht hatte, die Schlange der Antragsteller am Ende des Blocks der Delegierten angekommen war. Das heißt, wir haben unendlich viele Zusatzinformationen seit meinem damaligen Vortrag in unser Konzept einzubauen gehabt.

Wir haben zahlreiche Gespräche geführt, auch mit Antragstellern, teilweise telefonisch, teilweise durch Aufsuchen der Antragsteller, wenn es um substanzielle Dinge ging. Wir haben zahlreiche Gespräche nicht mit einzelnen Facharztgebieten, sondern übergreifend, wo mehrere Facharztentitäten in einem Gebiet versammelt sind, mit den Weiterbildungskommissionen geführt. Teilweise sind wir uns mehr als Schiedsleute und Mediatoren vorgekommen denn als Sachverständige, die eventuell neue Informationen eingeben. Durchaus ist auch in einem großen Gebiet die Meinung, wie etwas abgebildet werden soll, nicht homogen.

Ganz spannend war, dass die Interdisziplinarität Fuß gefasst hat. Ich sage exemplarisch: Eines unserer letzten Gespräche, das mir noch sehr präsent ist, war das Gespräch zwischen Angiologen, Gefäßchirurgen und Radiologen. Alle diese Gespräche, sowohl die Gespräche mit den Antragsstellern aus Ihren Reihen als auch mit den Fachgesellschaften und mit den interdisziplinären Zirkeln aus verschiedenen Gesellschaften, haben gezeigt, dass im Grunde ein hohes Maß an Konsens im Hinblick auf das besteht, was wir an Systematik vorgegeben hatten. Das heißt, im letzten Jahr hat sich das Konzept, das ich Ihnen im vergangenen Jahr vorgestellt habe, stabilisiert. Wir gehen jetzt also in die Phase der Umsetzung.

Was machen Betriebe, wenn sie vor einer solchen Umstrukturierung stehen, und zwar sowohl global aufgestellte Betriebe als auch mittelständische Betriebe? Sie investieren. Sie investieren teilweise nicht unerhebliche Summen in das Change Management, weil es ganz entscheidend davon abhängt, wie ein gutes Konzept in die Tat umgesetzt wird, dass Prozesse angepasst werden, dass vor allem diejenigen, die

an den Prozessen beteiligt sind, mitgenommen werden, denn die Systemwiderstände gegen Veränderungen sind riesig. Je größer eine Veränderung ist, desto stärker sind die Widerstände, die sich in jedem Einzelnen aufbauen. Man muss die Betroffenen davon überzeugen, dass das, was sie als Bedrohung empfinden, in Wahrheit eigentlich ein Vorteil für sie ist. Das ist nicht einfach, das ist nicht banal.

Wir haben aus der Vergangenheit gelernt, dass es durchaus wichtig ist, dass man mit einem Ergebnis möglichst nahe an das zu erreichende Ziel herankommt. Sie erinnern sich vielleicht: Bei der letzten Novelle der Weiterbildungsordnung 2003 war ein ganz wesentlicher Punkt, dass wir gesagt haben, wir brauchen eine Kontinuität, eine Strukturierung im Weiterbildungsgang. Das sollte zum einen sichergestellt werden durch das Logbuch, zu führen durch den Weiterzubildenden, und zum anderen – das ist ganz wesentlich – korrespondierend durch ein Curriculum, also einen Plan, den die Weiterbildungsstätte oder der Weiterzubildende oder der Verbund, der sich für die Weiterbildung beworben hat, vorzulegen hatte, bevor ein Absolvent in die Weiterbildung ging.

Sechs Jahre später, bei der ersten Evaluation 2009, stellte sich heraus, dass nicht einmal in der Hälfte der Fälle dem Weiterzubildenden ein solches Curriculum bekannt war, obwohl jede Kammer bei Neubefugnis, manche auch bei bestehenden Befugnissen, dieses Curriculum von dem Weiterbilder eingefordert hat. Das liegt uns vor. Wir kennen es, aber die Weiterzubildenden nicht.

Das heißt, das Ziel, das wir damals erreichen wollten, ist heute genauso weit entfernt wie zu Beginn. Das kann uns nicht noch einmal passieren. Wir können uns nicht darauf verlassen, dass allein die Akzeptanz der Kirchgänger dazu führt, dass alle anderen dieses Konzept als für sich gültig und notwendig übernehmen.

Das klingt vielleicht ein bisschen wie eine Schuldzuweisung, ist es aber gar nicht, denn wir haben in der Evaluation der Weiterbildung etwas Weiteres gelernt. Sie erinnern sich alle an die Spinne, die darstellt, wie groß die Zufriedenheit mit dem Bildungsergebnis ist. Diese Spinne war, je weiter außen, desto besser, praktisch konzentrisch auf einem der äußeren Kreise identisch mit einer Delle, und zwar sowohl vertikal als auch longitudinal mit einer Delle bei Evidence-Based Medicine. Alles andere war eigentlich relativ gut, viel besser, als wir gedacht hatten.

Aber das Entscheidende war, dass sowohl die Weiterzubildenden als auch die Weiterbilder die Verhältnisse, unter denen Weiterbildung stattfand, als hochproblematisch dargestellt haben. Das heißt, die Arbeitskraft des Weiterbildungsassistenten war sehr viel höher dotiert als sein Weiterbildungsverlangen. Das kann ja im Grunde genommen nicht unser Ziel sein. Wir müssen versuchen, trotzdem diese Verhältnisse zu berücksichtigen. Wir können durch eine Systematik der Weiterbildung dieses Problem natürlich nicht beheben. Das haben Sie unter Tagesordnungspunkt I besprochen, wo es um Finanzierungsfragen der Weiterbildung, um Arbeitsbedingungen an den Weiterbildungsstätten ging. Die Systematik der Weiterbildung ändert daran primär erst einmal nichts. Wir müssen scheitern, wenn wir das wollten.

Wir würden aber genauso scheitern, würden wir diese Voraussetzungen nicht berücksichtigen. Rudolf Henke hat sehr plakativ – das kann er ja; das hat er auch gestern gezeigt – auf der Hauptversammlung des Marburger Bundes gesagt: Investitionsloch frisst Weiterbildung. Damit ist im Grunde genommen ziemlich viel oder auch alles gesagt.

Ich werde Ihnen jetzt kurz berichten, wie wir versuchen, diesen Spagat zwischen den Verhältnissen auf der einen Seite und dem Bemühen, qualitativ möglichst hochwertige Weiterbildung zu erzielen, auf der anderen Seite einigermaßen in Einklang zu bringen. Zunächst einmal geht es um die Darstellung des derzeitigen Konvergenzverfahrens. Dann werde ich etwas zu den parallel zu bearbeitenden Prozessen sagen. Zum Schluss werde ich – das interessiert Sie besonders – auf den Zeitplan zu sprechen kommen.

Wenn wir an die 100 Eingaben haben, ist das zunächst einmal eine ziemlich zufällige Aneinanderreihung von subjektiven Kriterien, die zum Tragen kommen. Sie hatten ja keinen Plan, wie sie es einsortieren sollen. Wir haben also im Grunde genommen 108 ganz unterschiedliche Unterlagen. Diese ungefiltert in 17 Landesärztekammern zu geben würde bedeuten: Wir multiplizieren dieses Chaos mit dem Faktor 17. Das macht keinen Sinn.

Wenn wir wollen, dass wir am Ende unserer Arbeit eine gemeinsam getragene Weiterbildungsordnung verabschieden, müssen wir von Beginn an alle 17 Landesärztekammern mitnehmen. Sie müssen beteiligt werden, und zwar entweder personell direkt oder aber indem sie zu jedem Zwischenschritt ihre Zustimmung geben.

Die erste Runde haben wir im Frühjahr 2014 begonnen. Dieses Datum mag Ihnen im Abstand zum Ärztetag spät erscheinen. Aber ich habe Ihnen ja gesagt, welche Vorarbeiten im Laufe des Sommers erst einmal zu leisten waren, und zwar im Grunde genommen unter Verzicht auf die Sommerpause. Wir haben in der Ständigen Konferenz am Ende des Sommers die ersten Arbeitsgruppen gegründet, die teilweise bereits vor Weihnachten ihr erstes Arbeitstreffen hatten. Ergebnisse haben wir dann im Frühjahr erhalten.

Sie ersehen aus der Aufstellung, welche exemplarischen Fächer wir zunächst genommen haben. Das schwierigste Fach, was die Weiterbildung angeht, ist die Allgemeinmedizin, weil die Weiterbildung an verschiedenen Stätten stattfindet, weil die Allgemeinmedizin dasjenige Fach ist, das letztendlich am breitesten aufgestellt sein muss, vom Ende der Ausbildung bis zum Ende der Weiterbildung. Wir haben die Kinder- und Jugendmedizin als ein vorwiegend konservatives breites Fach genommen, auch deshalb, weil wir in diesem Bereich kompetente Leute hatten, die uns von vornherein in der Gruppenarbeit mit unterstützen konnten.

Ich traue mich kaum noch, Orthopädie und Unfallchirurgie als operatives Fach zu benennen, denn es gibt mittlerweile eine Beschwerde beim Generalsekretär der Fachgesellschaft für Orthopädie, ich hätte die Orthopädie als operatives Fach bezeichnet. Sie wissen, was ich meine: Die operieren vorwiegend.

Ich habe gesagt: Die Radiologie ist ein technisches Fach. Dagegen haben sich Radiologen verwahrt. Sie wissen, was ich meine.

Anschließend ging es darum, das Ganze in die Breite zu tragen, also zunehmend weitere Fächer, eventuell mit besonderen Spezialitäten, einzubauen. Dazu haben wir im Frühjahr die zweite Runde eingeläutet. Sie können mir glauben: Vor Gremienarbeit habe ich nicht viel Angst, aber als ich morgens in den Saal kam und sah 95 Teilnehmer, ist mir schon ein bisschen mulmig geworden, ob man das überhaupt noch als Arbeitstreffen wuppen kann. Im Ergebnis war es so, dass die 95 Teilnehmer noch einen gehörigen Batzen Freizeit in Berlin erhalten haben. Es hat funktioniert.

Sie sehen die erste Arbeitsgruppe. Sie ist zumindest personell breit gestreut. Jeder, der will, kann sich dort beteiligen. Ich glaube, in der ersten Arbeitsphase waren es 32 Personen, die sich in den Arbeitsgruppen engagiert haben. Die federführenden Landesärztekammern waren in diesem Fall Niedersachsen und Westfalen-Lippe. Aber in den Arbeitsgruppen haben sich auch Teilnehmer aus anderen Landesärztekammern beteiligt.

Die Erkenntnisse der Unterarbeitsgruppen aus der ersten Runde waren zum einen, dass in den Eingaben auf Wiki-BÄK natürlich sehr viele Autoren mit unterschiedlicher „Handschrift“ tätig geworden waren.

Ein großes Problem, das aber vorhersehbar war, war, dass die Einteilung in die unterschiedlichen Modi – wir haben es damals noch Ebenen oder Level genannt – nicht banal war. Da hat man sich große Mühe gegeben.

Es gab eine ganz unterschiedliche Detailtiefe bei den einzelnen Fähigkeiten, die ein Facharzt aufweisen muss.

Es gab eine unterschiedliche Sprache und Nomenklatur. Einmal hat man den Begriff Reanimation verwendet, ein anderes Mal Wiederbelebung. Ein weiteres Beispiel ist CPR (Cardiopulmonary Resuscitation) und HLW (Herz-Lungen-Wiederbelebung). Man sollte versuchen, die Sprachregelung so zu treffen, dass es für einen bestimmten Sachverhalt nur eine Bezeichnung gibt.

Wichtig ist auch, die Fachtermini einheitlich zu verwenden. Das geht nur mithilfe eines Glossars. Wir sind dabei, ein solches Glossar zu erstellen.

Ein großes Problem ist, dass wir, obwohl wir gesagt haben, die Richtzahlen müssen der Versorgungsrealität angepasst werden, in vielen Bereichen Richtzahlen gefunden haben, die keine sachlich-fachliche Begründung hatten, sondern nur damit zusammenhängen, dass eine Maßnahme eventuell häufig vorkam, eine andere weniger häufig. Das kann nicht der Sinn einer Richtzahl unter Bildungskriterien sein. Da muss man andere Kriterien heranziehen.

Die zweiten Arbeitsgruppen waren noch größer. Die Zahl der federführenden Landesärztekammern hat sich da deutlich erhöht. Die ersten, die an den Grundsatzfächern gearbeitet haben, waren bereit, hier zumindest zu den konstituierenden Sitzungen zu kommen, um ihre Arbeitsweise zu erläutern.

Ein gehöriger Dank gebührt denjenigen, die diese Pionierarbeit geleistet haben. Hier möchte ich einen Namen besonders nennen, nämlich Herrn Wenning aus der Ärztekammer Westfalen-Lippe, der uns auch mit großem zeitlichen Engagement und auch im organisatorischen Bereich bei unseren Bemühungen unterstützt hat.

Ich komme nun zu den Grundlagen zur Fortsetzung der Bearbeitung der (Muster-)Weiterbildungsordnung. Es ist nicht banal, sich auf ein Kompetenzverständnis zu einigen. Ich habe bereits gesagt, dass Anwendung und Anzahl der Weiterbildungsmodi im Moment noch nicht ganz abschließend geklärt sind.

Zum Glossar habe ich bereits etwas gesagt. Wir brauchen, wenn jetzt zunehmend weitere Fächer hinzukommen – in diesem Rhythmus darf es nicht weitergehen, sondern wir müssen jetzt einen Riesenquantitätssprung machen, dass wir alle diese Bereiche in einem überschaubaren Zeitraum bedienen –, einen Leitfaden, der denjeni-

gen an die Hand gegeben wird, die – auch unabhängig von den ersten Arbeitsgruppen – die Formatierung auf Kammerformat vorzunehmen haben.

Ich möchte kurz etwas zum Kompetenzbegriff sagen. In der bisherigen Weiterbildungsordnung haben wir eine Summierung von Spiegelstrichen, die wenig sortiert nur enumerativ aufgezählt haben, was bei der Weiterbildung alles gemacht werden soll. Dort standen teilweise Dinge, die während der Weiterbildung gar nicht anfallen, sondern erst sehr viel später, die nur aus Gründen der Berufsausbildung dort aufgenommen waren, aber mit der Bildungsordnung im Grunde genommen gar nichts zu tun hatten.

Wir gehen jetzt davon aus, dass die Kompetenz definiert, was der Facharzt am Ende seiner Weiterbildung bei der Facharztprüfung können muss, nicht das, was er eventuell in seinem späteren Berufsleben entweder macht oder auch gar nicht macht, wovon er nur wissen muss, dass es zu seinem Fach gehört und er die Möglichkeit hat, das später eventuell für sich umzusetzen.

Die Leitfrage lautet also: Welche Kompetenzen benötigt ein Arzt, um als Facharzt eigenständig tätig zu sein? Das, was ich Ihnen bisher gesagt habe, hat zu der nomenklatorischen Änderung im ersten Spiegelstrich geführt. Der Kompetenzblock – Kompetenz definiert als das Endergebnis der Weiterbildung – ist umbenannt worden in Weiterbildungsblock. Bis zum Erreichen der Kompetenz sind mehrere Weiterbildungsblöcke zu durchlaufen.

Die Kompetenzebene und der Weiterbildungsmodus haben eine etwas anders geardete Ursache für die Umbenennung. Ursprünglich haben wir gesagt: Level. Dann haben alle gefragt: Gibt es dafür keinen deutschen Ausdruck? Wir haben gesagt: Natürlich gibt es einen deutschen Ausdruck, nämlich den Begriff der Ebene.

Was wir trotz allem, was ich hier gesagt habe, wenig berücksichtigt haben: Es ist keine Hierarchisierung. Ohne die Ebene 2 kann man kein Facharzt werden.

Was ist das Ziel, das mit dieser Maßnahme erreicht werden soll? Wie weit soll jemand in seiner Fähigkeit herangeführt werden? Soll er das anschließend selbstständig können, also nachts geweckt werden und es tun, ohne dass jemand im Hintergrund steht? Das ist das „beherrschen“. Oder soll er nur Bescheid wissen und es eventuell durchführen können, auch mit jemandem im Hintergrund?

Diese Darstellung stammt vom letzten Mal. Es gibt nur eine Änderung: Ein Modus ist etwas anders dargestellt, nämlich schattiert, weil es dort im Moment Schwierigkeiten der Zuordnung gibt. Ich glaube, der Weiterbildungsmodus 1 ist unstrittig. Das ist nämlich das, was man aus der Ausbildung mitbringt. Wir streben ja an, die Ausbildung sozusagen von der Universität in die Weiterbildung einfließen zu lassen. Wir haben zu Beginn der Weiterbildung einen fertigen Arzt. Ich bitte Sie, das immer zu bedenken: Die Approbation berechtigt zur Ausübung der Heilkunde. Das heißt, der Arzt ist im Grunde genommen fertig und soll nur noch in einer speziellen Richtung an weiter gehende Fähigkeiten herangeführt werden. Das ist Weiterbildung. Sie basiert auf dem Weiterbildungsmodus 1. Das ist der nationale Lernzielkatalog. Das ist Ausbildung.

Dass das „kennen“, die kognitive Kompetenz und eingehende fachspezifische Kenntnisse, die Erweiterung dessen ist, was man aus der Ausbildung mitbringt, ist, glaube ich, schlüssig.

Sie sehen den Weiterbildungsmodus „können“ grau dargestellt. Das sehe ich ein bisschen mit Traurigkeit, weil ich mir von diesem Weiterbildungsmodus eine ganze Menge an zusätzlicher Transparenz erwartet hätte. Aber ich beuge mich der Erkenntnis aus den ersten Arbeitsgruppen. Da gab es die Schwierigkeit, eine saubere Abgrenzung zwischen den Modi 2, 3 und 4 hinzubekommen. Man hat also zunächst gesagt: Für diejenigen Fächer, die bisher behandelt worden sind, ist es wahrscheinlich günstiger, den Weiterbildungsmodus 3 zunächst einmal nicht zu belegen.

Beim Weiterbildungsmodus „können“ sehen Sie unter dem zweiten Spiegelstrich: komplexe Eingriffe unter Assistenz selbstständig durchführen. Die Chirurgen unter Ihnen wissen, dass wir in der Weiterbildungsordnung auch komplexe Oberbaucheingriffe stehen haben, Ösophagus und Pankreas.

Das Ergebnis ist, dass am Ende der Weiterbildung in der Summe Zehntausende von Eingriffen gemeldet werden, die angeblich ein Weiterbildungsassistent selbstständig durchgeführt haben soll. Dabei ist klar, dass es nur wenige Abteilungen gibt, bei denen diese Operationen in einer Anzahl vorkommen, dass ein Weiterbildungsassistent überhaupt dazu kommt, das einmal gemacht zu haben. Ich behaupte nach wie vor: Es gibt viel mehr Viszeralchirurgen, also fertige Fachärzte, die noch nie in ihrem Leben einen Whipple operiert haben, als solche, die es gemacht haben. Da hätte es meiner Ansicht nach wunderbar hineingehört, weil es nämlich demonstriert, dass es etwas ist, was zum Gebiet gehört, was aber nicht jeder zum Facharzt machen muss und das muss auch nicht jeder anschließend machen. Aber man kann es ausbauen als Fortsetzung der Weiterbildung, entweder in der speziellen Viszeralchirurgie oder auch außerhalb dessen. Man muss nicht alles als Bezeichnung haben. Das ist ja nur in bestimmten Situationen von Vorteil.

So viel etwas länger zu dem grau Dargestellten. Eigentlich sollte man das überspringen, aber das tue ich nicht, weil ich die Hoffnung noch nicht aufgegeben habe, dass wir es irgendwann mit Inhalten belegen können. Aber der derzeitige Stand ist: Das macht Probleme. Was mehr Probleme macht, als es zur Lösung beiträgt, gehört infrage gestellt.

Der Weiterbildungsmodus „beherrschen“ ist wieder ganz eindeutig. Im Zusammenhang mit diesem Modus müssten Sie Ihren Angehörigen sagen können: Er ist Facharzt, zu dem kannst du gehen. Dass das je nach persönlicher Kenntnis mit Abstrichen zu versehen ist, ist klar. „Beherrschen“ heißt, dass man es selbstständig umsetzen kann.

Sie sehen hier die tabellarische Darstellung von Weiterbildungsinhalten. Das Bild kennen Sie bereits. Statt „Kompetenzblöcke“ steht dort „Weiterbildungsblöcke“, statt „Weiterbildungsebenen“ „Weiterbildungsmodi“. Die Weiterbildungsblöcke sind gleich geblieben: allgemeine Inhalte, Notfälle etc. Das wechselt natürlich von Fach zu Fach.

Sie sehen hier zwei Beispiele aufgeführt, wie die inhaltliche Füllung aussehen könnte. Die beiden Beispiele betreffen die Urologie und die Orthopädie und Unfallchirurgie. Sie erinnern sich: Die Urologen waren das erste chirurgische Gebiet, das uns sozusagen als Blaupause zur Verfügung stand, nachdem uns die Anästhesiologen

den Aufschlag gegeben hatten. Bei den Notfällen kann man im Modus 3 durchaus die Traumatologie des Gebiets aufnehmen. Man kann aber auch, wie hier im Modus 4 dargestellt, die dabei notwendigen Maßnahmen enumerativ aufzählen.

Bei der Orthopädie und Unfallchirurgie sind bei den Weiterbildungsblöcken Lokalanästhesie und Schmerztherapie neu. Sie sehen, wie man das Ganze mit Leben füllen kann.

Das ist aber nur ein Teil der Weiterbildungsordnung. Ich spreche jetzt noch nicht einmal von berufsbegleitender Weiterbildung etc. sowie dem, was weiteres Ziel der Novellierung ist. Ich spreche jetzt über weitere Themen in diesem Kontext. Da ist es uns ein besonderes Anliegen, das Kapitel „Allgemeine Inhalte“ noch einmal zu durchforsten: Sind sie eigentlich noch zeitaktuell? Müssten sie nicht eventuell angepasst und ergänzt werden? Kann man nicht eventuell spezielle allgemeine Inhalte formulieren? Sie erinnern sich daran, dass die allgemeinen Inhalte noch einmal in jedem Gebiet erscheinen. Die Frage ist: Was aus diesen allgemeinen Inhalten kann man eventuell vor die Gebietsklammer ziehen? Das würde eventuell zu einer deutlichen Entrümpelung – um es etwas radikal zu sagen – der gebietsspezifischen Inhalte im allgemeinen Teil führen.

Einige Anträge – natürlich kenne ich die Anträge zu diesem Tagesordnungspunkt – zielen genau darauf ab: Wie können wir es erreichen, dass trotz der widrigen Bedingungen, unter denen die Weiterbildung stattfindet, eine Aufzeichnung über die tatsächlich durchgeführten Inhalte zeitnah erfolgt? Ich verrate Ihnen kein Geheimnis – viele von Ihnen sind in der Kammertätigkeit bewandert –: In 19 Logbüchern ist mit derselben Tinte und derselben Handschrift eine ganze Spalte mit „erfüllt“ gezeichnet. Ganz offensichtlich wurde ein Logbuch am Ende der Weiterbildung erstellt, ohne dass Zwischenergebnisse festgehalten worden sind.

Das Ziel wird erreicht, indem so etwas online gemacht wird. Etwas, was erfüllt ist, hält man dort fest, auch Inhalte des Gesprächs, in einem elektronischen Logbuch. Wir müssten dann eventuell die detaillierten Inhalte gar nicht so sehr in die allgemeine Weiterbildung aufnehmen, sondern in diesem gesonderten Curriculum würde abgehakt, was in den einzelnen großen Blöcken tatsächlich geschehen ist. Das hätte auch den Vorteil, dass wir noch schneller das, was ich Ihnen als Vorteil vorgestellt habe, dieses Rastermuster, dieses Feld, das entsteht, wenn Sie Weiterbildungsblöcke und Weiterbildungsmodi zusammenführen, dass man diese Felder austauschen kann, dass sie migrieren können von 2 nach 4, dass sie eventuell entfallen können und durch andere ersetzt werden können, das alles wäre hier noch viel einfacher. Wir hatten die proximal selektive Vagotomie noch lange in der Weiterbildungsordnung stehen, als sie schon mit Tabletten behandelt wurde, das Ulkus schon gar nicht mehr eine chirurgische Herausforderung war. Das könnte man einfach durch eine Jahreskonferenz eliminieren. Es entfiel im Curriculum und müsste nicht mehr bescheinigt werden, obwohl es gar nicht stattgefunden hat. Ein solches Curriculum hätte also viele Vorteile.

Es hätte noch mehr Vorteile, wenn dieses Curriculum auch zentral geführt werden könnte, wie die Landesärztekammer Baden-Württemberg das derzeit schon optional anbietet, dass dieses Logbuch auch bei der Ärztekammer geführt werden kann. Das ergäbe mehrere Vorteile, die wir alle bereits angemahnt haben. Zum einen geht es um den Überblick: Wer ist wo gerade in Weiterbildung? Wer ist auf welchem Stand? Wir hören immer wieder von den Weiterbildungsassistenten: Ja, ich weiß, dass wir

das Recht auf ein Gespräch haben, aber wenn ich dies einfordere, habe ich eventuell Nachteile. Man will sich eben mit seinem Weiterbilder nicht anlegen.

Wenn dieses Curriculum an anderer Stelle geführt wird, kann man sich als Weiterbildungsassistent zurücklehnen, was vielleicht auch nicht immer gut ist, aber man könnte sagen: Die Kammer führt dieses Curriculum. Dann bestünde auch nicht mehr die Notwendigkeit, am Ende der Weiterbildung bei der Anmeldung zur Facharztprüfung einen Stapel Unterlagen prüfen zu müssen, denn das hat man dann schon.

Das ist ein Vorschlag, der aus der koordinierenden Arbeitsgruppe aus dem ersten Turnus im Frühjahr entstanden ist. Wir sind zurzeit dabei, Risiken und Chancen gegeneinander abzuwägen. Mir erscheinen viele Aspekte charmant, sodass wir diesen Weg auf jeden Fall weiterverfolgen werden. Seien Sie gespannt auf das, was ich Ihnen auf dem nächsten Ärztetag dazu berichten werde. Ich bin es auf jeden Fall.

Der Paragrafenteil ist im Grunde genommen mehr eine juristische Sache. Unsere Rechtsberater sind im Moment dabei, den Paragrafenteil daraufhin zu überprüfen, wo Regelungsnotwendigkeiten bestehen, und falls ja, wie sich das eventuell auf weitere Rechtskreise auswirken würde. Das können die Juristen besser als wir. Da haben wir großes Vertrauen und sind froh, dass wir uns damit nicht befassen müssen.

Ich komme zu den CanMeds-Rollen. Wir haben beim letzten Mal im Zusammenhang mit der Miller-Pyramide sehr ausführlich diskutiert. Stören Sie sich bitte nicht an den zum Teil etwas holprigen Übersetzungen aus dem Englischen. Natürlich muss nicht jeder Arzt ein „Gelehrter“ sein. Aber er muss gelernt haben, sich im wissenschaftlichen Umfeld zu bewegen. Das ist damit gemeint; nicht mehr, nicht weniger.

Das sollte ein Arzt eigentlich in der Ausbildung mitbekommen haben. Ich wiederhole immer wieder, weil das auch immer wieder eine Rolle spielt: Der approbierte Arzt ist zur Ausübung der Heilkunde berechtigt.

(Beifall)

Die CanMeds-Rollen sind natürlich auch für die Weiterbildung wichtig, nämlich wenn es darum geht, die Eigenschaften, die ich als Arzt grundsätzlich mit in die Weiterbildung einbringe, auf das Fach herunterzubrechen. Deshalb müssen wir mehr als in der Vergangenheit darauf drängen, dass das, was wir eventuell sehr hochfliegend als Arztpersönlichkeit bezeichnen, in der Weiterbildung eine Rolle spielt. Da gilt es, den Weiterbildern mehr an die Hand zu geben als bisher. Es reicht nicht, Professor und Chefarzt zu sein und dann noch ein kompetenter Didaktiker zu werden. Auch da müssen wir mehr Hilfestellung haben. Wir müssen auf diesen Aspekt mehr Rücksicht nehmen, dass die Didaktik, gerade wenn sie unter schwierigen Bedingungen stattfindet, eine größere Rolle auch für den Weiterbilder spielt, als das eventuell in der Vergangenheit wahrgenommen wurde.

Nun komme ich noch zum Zeitplan. Im Moment sind wir in der ersten Konvergenzphase. Was das bedeutet, habe ich Ihnen schon gesagt. Sie sehen, dass die nächste Phase eine Abstimmung mit den Fachgesellschaften und den Berufsverbänden erfordert. Das, was wir jetzt auf Kammerformat bringen, muss von dort natürlich noch einmal gegengelesen werden. Alles andere wäre unfair. Wir können es auch nicht leisten, denn wir sind keine Fachgesellschaften. Wir haben zwar Experten, aber wir müssen den anderen Gelegenheit dazu geben, sich anzuschauen, was aus dem geworden ist, was ursprünglich geplant war.

Anschließend muss man sehen, wie der Konsens gelaufen ist. Es kann sein, dass wir dann schon fertig sind. Es kann aber auch sein, dass wir noch einmal eine Schleife fliegen müssen. Darauf müssen wir vorbereitet sein.

Wir werden Ihnen kein festes Datum nennen können, zu dem wir fertig sind. Das hängt davon ab, wie die Arbeiten weitergehen. Sie haben aber auch gesehen: Ohne das geht es nicht. Es hilft nicht, dass der Ärztetag ein wunderbares Curriculum verabschiedet – dann wären wir alle glücklich und gingen abends zum Feiern nach Hause –, wenn es draußen nicht umgesetzt werden kann. Das hilft uns dann nicht einen einzigen Schritt weiter. Das heißt, das, was wir hier letztendlich beschließen, muss praktikabel und fertig sein. Dem muss alles untergeordnet sein.

Wenn wir eine Zeitspanne haben, gibt es natürlich brennende Notwendigkeiten – das war auch in der Vergangenheit so –, eventuell schon während dieser Phase Veränderungen herbeizuführen. Verstehen Sie das bitte nicht als Aufforderung, wie wir das in Kiel gemacht haben: Anpassung der Weiterbildungsordnung an die Notwendigkeiten. Das wuppen wir nicht. Das bekommen wir nicht hin. Wir hatten 23 Ordner mit Eingaben.

Ich nenne Ihnen ein Beispiel. Die Kardiochirurgie hatte riesenhafte Probleme mit den alten Zahlen. Sie hat neue Zahlen in die Novelle eingebracht. Man hat gesagt: Wir schaffen es nicht mehr, die Weiterbildung mit den alten Zahlen durchzuführen. Wir haben in Schleswig-Holstein nur zwei Abteilungen. Wir haben Hilfe mit an den Tisch geholt und erklärt: Gut, wir ziehen die Anpassung der Richtzahlen vor. Das haben wir auch getan. Ich glaube, dass sich die eine oder andere Kammer dem anschließen wird, denn da gibt es einen echten Handlungsbedarf.

Bei dem, was eventuell ohnehin in der Novellierung vorgesehen ist und nicht die Gesamtsystematik infrage stellt, müsste man die Bereitschaft haben, zu einem Ergebnis zu kommen. Da vergeben wir uns nichts, wenn wir es vorziehen.

Aber verstehen Sie das bitte nicht als Aufforderung, möglichst rasch noch irgendwelche Änderungen herbeizuführen, die später in der Novelle eventuell viel substanzieller ohnehin kommen.

Ich ende mit einem symbolhaften Bild. Wer schon einmal in Berlin war, weiß: Da geht es in die Gremienräume. Wir sind auf dem Weg nach oben. Ich hoffe, Sie akzeptieren das und sind geduldig mit uns weiter unterwegs.

Vielen Dank.