



Kommentierung der Bundesärztekammer zum Diskussionspapier der Leopoldina „Ärztliche Aus-, Weiter und Fortbildung – für eine lebenslange Wissenschaftskompetenz in der Medizin“

Abschnitt „Ausgangslage“

Es ist richtig, dass die Corona-Pandemie auf dramatische Weise gezeigt hat, wie wichtig die Fähigkeit zu wissenschaftsbasiertem ärztlichen Denken und Handeln ist (vgl. S. 5). Es ist auch richtig, wenn auf Ärztinnen und Ärzte hingewiesen wird, die bezüglich des rationalen und begründeten Umgangs mit wissenschaftlichen Erkenntnissen als auch deren Stellenwert für das praktische Handeln und die Kommunikation in Politik und Öffentlichkeit Defizite haben erkennen lassen (vgl. S. 5). Die Ärztekammern wurden mit den ihr zur Verfügung stehenden Mitteln, bspw. wegen Verstoßes gegen das ärztliche Berufsrecht, gegenüber dieser Arztgruppe tätig. Im Übrigen garantiert unsere freiheitlich demokratische Grundordnung, die Freiheit der Wissenschaft und die Meinungsfreiheit ein vielfältiges Spektrum an Meinungen. Justiziable Grenzen können in einer freiheitlich-demokratischen Gesellschaft aber nur legitimierte Rechtsnormen setzen.

Der Aussage, dass die Ursache der Defizite in der zu geringen Bedeutung der Wissenschaftskompetenz in der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung liege (S. 5), steht entgegen, dass es sich stets um individuelle Defizite einzelner Vertreter der ärztlichen Berufsgruppe handelt, anderenfalls müsste die Aussage als Anklage gegen die gesamte Ärzteschaft verstanden werden, die in Deutschland das Aus-, Weiter- und Fortbildungssystem durchlaufen hat.

Auch die Einlassung, der Erwerb und der Erhalt der notwendigen Wissenschaftskompetenz drohe angesichts der stärkeren Ausrichtung auf den Erwerb praxisbezogener Fähigkeiten und Fertigkeiten im Medizinstudium, der immer komplexer werdenden ärztlichen Berufsausübung in der Weiterbildung und der Konzentration auf praxis- und abrechnungsrelevante Aspekte bei der Fortbildung in den Hintergrund zu rücken (vgl. S. 5), stellt sich als Behauptung ohne Beleg dar.

Der weiteren Ausführung, wonach der ärztlichen Weiter- und Fortbildung, die in der Zuständigkeit der Selbstverwaltung auf Landesebene liegen, es bisher an entsprechenden strukturierten Angeboten und einer systematischen Auseinandersetzung mit neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen und Technologien fehle und der für den Arztberuf notwendige Erhalt einer lebenslangen Wissenschaftskompetenz unsystematisch und unkoordiniert erfolge (vgl. S. 6), kann nicht zugestimmt werden. Offensichtlich liegt diese Aussage der Unkenntnis der Weiter- und Fortbildungssystematik zugrunde. Im Interesse der Patientinnen und Patienten werden die in der Ausbildung geprägten ärztlichen Kompetenzen und Haltungen während der Weiterbildung vertieft. Kennzeichnend für die Weiterbildung ist die vertiefende Anwendung ärztlicher Kenntnisse in der Berufsausübung. Ein Wesenskern ist damit, dass die Weiterbildung im Rahmen der praktischen Patientenversorgung anhand der in den jeweiligen Weiterbildungsordnungen vorgegebenen Mindest-Weiterbildungsinhalten an zugelassenen Weiterbildungsstätten, d. h. in Kliniken und Praxen, erfolgt. Die

Weiterbildungsstätten sind ggf. spezialisiert und/oder generalistisch ausgerichtet und abhängig vom Versorgungsauftrag und den Versorgungsstrukturen. Dementsprechend können nicht an allen Weiterbildungsstätten alle Aspekte und Anforderungen einer Facharzt-Weiterbildung abgebildet werden. Das steht wiederum einer systematischen (im Sinne einer einheitlichen) Strukturierung entgegen, sofern eine systematische Vermittlung im Sinne einer Verschulung intendiert ist.

Ebenso ist fraglich, ob und ggf. in welchem Umfang die Behauptung, dass ökonomische Aspekte oft gegenüber wissenschaftlichen Inhalten priorisiert werden, u. a. bedingt durch das Vergütungssystem im ambulanten Bereich oder die DRG-Fallpauschalen im Krankenhaus (S. 6), zutrifft. Dass Ärztinnen und Ärzte regelhaft ökonomischen Aspekten gegenüber einer sachgerechten Patientenbehandlung den Vorrang geben, trifft nicht zu und würde einen Verstoß gegen ärztliche Behandlungsgrundsätze bedeuten. Auch bleiben die Autoren hier Belege schuldig.

Soweit die Autoren feststellen, dass bezüglich der Weiterbildungsqualifikationen eine „regelmäßige formelle Überprüfung des individuellen Wissensstandes (...) nach Abschluss der ärztlichen Weiterbildung in Deutschland nicht mehr“ stattfindet (vgl. S. 6), ist zum einen unklar, worauf sich das „nicht mehr“ bezieht. Es hat in der Bundesrepublik Deutschland nach Abschluss einer Weiterbildungsqualifikation bisher keine Überprüfung des Wissensstandes im Sinne einer erneuten Facharztprüfung gegeben. Der Erwerb der Qualifikation ist formell ein Verwaltungsakt. Er ist an keine zeitliche Bedingung geknüpft. Eine zeitliche Bedingung, wie der Verfall der Qualifikation nach einer vorgegebenen Zeit, ist kennzeichnend für das System der „Rezertifizierung“. Dieses ist insbesondere im amerikanischen Raum üblich. In Deutschland hält das Berufsrecht Ärztinnen und Ärzte an, ihren Beruf gewissenhaft und entsprechend dem aktuellen Stand auszuüben. Zudem wurde eine Fortbildungspflicht durch den Gesetzgeber verankert. Im Übrigen lassen die berufsrechtlichen Verfahren in Deutschland oder die Anzahl der Verfahren vor den Schlichtungsstellen nicht auf einen Mangel der Behandlungsqualität schließen. Das in Deutschland etablierte System, insbesondere die ärztliche Weiterbildungssystematik, hat sich in der Vergangenheit bewährt und zu einem der qualitativ hochwertigsten und leistungsfähigsten Gesundheitssysteme der Welt geführt. Es erschließt sich daher nicht, weshalb die Autoren ihre Forderung nach Priorisierung der Wissenschaftlichkeit mit dem Thema „Rezertifizierung“ verbinden und das Fehlen als Missstand und Fehlentwicklung einordnen.

Die Autoren führen zudem als Missstand und Fehlentwicklung auf, dass für Patientinnen und Patienten nicht transparent sei, über welche „Kenntnis aktueller Entwicklungen in der Medizin“ die sie behandelnden Ärztinnen oder Ärzte verfügen würden (vgl. S. 6). Die Weiterbildungsqualifikationen dienen zum einen dem Nachweis für erworbene Kompetenz und damit der Qualitätssicherung, zum anderen auch der Orientierung der Patientinnen und Patienten. Die in den jeweiligen Weiterbildungsordnungen verankerten Gebietsdefinitionen und Weiterbildungsinhalte geben Aufschluss über die Kompetenzen der Ärztin/des Arztes. Darüber hinaus kann eine Ärztin/ein Arzt über weitere Kompetenzen und Interessen verfügen, die sie/er auch nach außen kommunizieren und darstellen kann. Es liegt in der Natur eines Berufsbildes und der ausgeübten Tätigkeit im sozialen Bereich, dass es hierbei Einschränkungen, z. B. hinsichtlich Werbung etc. gibt. Die Autoren verkennen zudem, dass für Patienten die Qualität der Behandlung von entscheidender Bedeutung ist. Diese ist von Orientierungsfragen zu unterscheiden. Hier gibt es kein objektives Vergleichssystem nach Schulnoten, sondern vielfältige Indikatoren, die sich dem Patienten nicht auf den ersten Blick erschließen können (z. B. Abrechnungsgenehmigungen für bestimmte Leistungen, die an

bestimmte Vorgaben, die der Qualitätssicherung dienen sollen, gebunden sind). Zudem stellt die Fortbildungspflicht zusammen mit dem stetig wachsenden Erfahrungswissen der Ärztin/des Arztes eine Behandlung der sich ihnen anvertrauenden Patientinnen und Patienten auf dem aktuellen Entwicklungsstand der Medizin sicher. Viele Ärztinnen und Ärzte veröffentlichen das ihnen von der Ärztekammer ausgestellte Fortbildungszertifikat, welches die kontinuierliche Fortbildung im gesetzlich definierten Rahmen belegt. Ergänzend sei auch auf die freie Arztwahl der Patientinnen und Patienten verwiesen.

Die in dem Papier getätigte Aussage, wonach für diese Defizite ursächlich sei, dass in der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung der Wissenschaftskompetenz bisher nicht die notwendige Bedeutung zukommt, verkennt zudem, dass es innerhalb der Ärzteschaft zu Krankheiten, Behandlungen und wissenschaftlichen Erkenntnissen verschiedene Auffassungen gibt und geben kann; gerade die Unterschiedlichkeit der Schlussfolgerungen zeichnet ein freies Wissenschaftssystem aus. Die Grenze zu – wie im Papier benannt – „problematischen Defiziten im Umgang mit wissenschaftlichen Erkenntnissen, im praktischen Handeln und in der Kommunikation in Politik und Öffentlichkeit“, setzt hier maßgeblich das Berufsrecht.

Abschnitt „Die Bedeutung der Wissenschaftskompetenz für das ärztliche Handeln“

Die Autoren gehen in ihrem Papier umfänglich auf die Bedeutung der Wissenschaftskompetenz für das ärztliche Handeln ein (vgl. S. 7-9).

Unbestritten ist die Wissenschaftskompetenz als kognitive Kompetenz von grundsätzlicher Bedeutung für das ärztliche Handeln und die Berufsausübung. Gleichwohl muss die Frage aufgeworfen werden, welchen Stellenwert und welche Tiefe die Wissenschaftskompetenz neben dem Fachwissen einnehmen kann und muss. Wenn die Autoren ausführen, dass es notwendig sei zu verstehen,

„... wie wissenschaftliche Erkenntnisse aufgrund neuer Methoden und Technologien entstehen, wo sie zu finden sind und wie sie zu interpretieren und für die Praxis nutzbar zu machen sind. Dabei muss auch beurteilt werden können, welche Relevanz die Endpunkte der Studien für Patientinnen und Patienten haben und welche Kriterien für einen hohen Evidenzgrad und belastbare Reproduzierbarkeit sprechen. Zudem müssen Ärztinnen und Ärzte aktuelle Forschungsergebnisse einordnen und sinnvoll einsetzen können. Wissenschaftskompetenz beschränkt sich insofern nicht auf die reine Kenntnis veröffentlichter Daten, sondern beinhaltet auch die Fähigkeit, ihre Validität und Relevanz bewerten zu können und in die praktische ärztliche Tätigkeit zu übertragen. Bestandteil von Wissenschaftskompetenz ist zudem, den Wissensstand in seinem jeweiligen Fachgebiet und Kontext nicht nur zu kennen, sondern auch transparent, verlässlich und glaubwürdig zu kommunizieren. Bestandteil von Wissenschaftskompetenz ist zudem, den Wissensstand in seinem jeweiligen Fachgebiet und Kontext nicht nur zu kennen, sondern auch transparent, verlässlich und glaubwürdig zu kommunizieren. Dabei müssen nicht nur gesicherte Erkenntnisse, sondern auch offene Fragen, Kontroversen und Unsicherheiten vermittelt werden, ohne den Wissenschaftsprozess grundsätzlich in Frage zu stellen.“,

stellt sich unmittelbar die Frage nach der praktischen Realisierung. Es ist festzustellen, dass die verfügbare Arztzeit stetig abnimmt. In der verfügbaren Zeit kommt es zu einer starken Arbeitsverdichtung. Der Spagat zwischen der primären Patientenversorgung und Tätigkeiten ohne Patientenkontakt nimmt dabei ebenfalls zu. Die Ausführungen in dem Papier stellen

einen „idealen Arzt“ im Sinne eines Modells in den Mittelpunkt. Der zeitliche Aufwand, dieses Ideal zu erfüllen, ist enorm und würde einen immensen Teil der Arbeitszeit einnehmen. Darüber hinaus muss stark angezweifelt werden, dass die Erwartungen an Kenntnis, Durchdringung und Kritik von Studien, die wiederum im Einzelfall ebenfalls kritisch zu werten sind, von allen wissenschaftlich tätigen Ärztinnen und Ärzten gleichermaßen durchdrungen werden. Daher ist die Frage aufzuwerfen, ob ein „Ideal-Modell“ als Maßstab in einem praktischen Beruf geeignet ist oder zu nicht erfüllbaren Erwartungen und Anforderungen führt, welche zwangsläufig nur in Frustration und Enttäuschung im unmittelbaren Patientenkontakt enden kann.

In diesem Zusammenhang soll gesondert auf die sog. Unterlassungskompetenz, wonach gebräuchliche, aber nach neueren Erkenntnissen nutzlose oder für Patientinnen und Patienten gar schädliche Verfahren erkannt und aus der Versorgung genommen werden können müssen (vgl. S. 9), eingegangen werden. Es kann nicht genug hervorgehoben werden, dass jede Entscheidung für oder gegen eine Behandlung in der Patientenversorgung auf einem individuellen Sachverhalt beruht, den die Ärztin/der Arzt einzelfallbezogen einschätzen muss, um eine sachgerechte Entscheidung zu treffen. Entscheidungen, ob Leistungen aus Versorgung genommen werden, obliegen in der Generalität nicht der/dem patientenbetreuenden Ärztin/Arzt, sondern den zuständigen Stellen nach einer breiten Diskussion.

Abschnitt „Wissenschaftskompetenz in der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung“

Unterabschnitt „Weiterbildung“

Die Autoren führen aus, dass es in einigen Kammer- bzw. Heilberufsgesetzen der Länder explizit zur Aufgabe der Kammern gehöre, für die Qualität der Berufsausübung zu sorgen; „Dies sollte auch Wissenschaftskompetenz umfassen“ (vgl. S. 11). Die Autoren verkennen, dass alle Ärztekammern von Gesetzes wegen über die Berufspflichten ihrer Kammermitglieder wachen. Sofern Wissenschaftskompetenz für eine ordnungsgemäße Berufsausübung erforderlich ist, ist sie vom Berufsrecht bzw. der Berufsordnung umfasst. Ausweislich § 2 Abs. 3 (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte erfordert eine gewissenhafte Ausübung des Berufs insbesondere die notwendige fachliche Qualifikation und die Beachtung des anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse.

Die Autoren stellen richtigerweise fest, dass mit der neuen (Muster-) Weiterbildungsordnung (MWBO) von 2018, die inzwischen von allen Landesärztekammern umgesetzt worden ist, die Umstellung von einem zeit- und zahlenbasierten hin zu einem kompetenzbasierten Ansatz erfolgt ist, der Erwerb von Wissenschaftskompetenz jedoch nicht erwähnt wird. Irrtümlicherweise kommen die Autoren zu dem Schluss, dass die Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis Wissenschaftskompetenz nicht voraussetze (vgl. S. 12). Hier verkennen die Autoren in großem Maße die Systematik der ärztlichen Weiterbildungsordnungen, in denen neben allgemeinen Regelungen und den Gebietsdefinitionen insbesondere die obligaten Weiterbildungszeiten und die kompetenzorientiert abgebildeten Weiterbildungsinhalte aufgeführt sind. Vor dem Hintergrund, dass sich die Medizin und damit die Gebiete ständig weiterentwickeln und Erkenntnisse und Behandlungen verändern, arbeitet die Weiterbildungssystematik mit Oberbegriffen und übergreifenden Formulierungen. Grundkompetenzen, die Voraussetzung für den Beruf sind, finden – auch zugunsten einer straffen Darstellung – keine explizite

Erwähnung. Hierzu ist auch die Wissenschaftskompetenz zu zählen. Die elementaren Aspekte sind Bestandteil des Medizinstudiums. Die sich an das abgeschlossene Hochschulstudium anschließende Weiterbildung ist insbesondere gekennzeichnet durch eine Spezialisierung und das Erlernen der praktischen Fähigkeiten und Fertigkeiten. Zurecht stehen Aspekte der Patientenversorgung und Kompetenzen für die Berufsausübung als Fachärztinnen und Fachärzte im Mittelpunkt der Weiterbildungsordnungen.

Neue Erkenntnisse in der Medizin führen zudem regelhaft zu einer Überarbeitung der Weiterbildungsordnungen, die sich in sog. Nachträgen widerspiegelt oder in größeren Abständen zu Novellierungen. Bspw. hat der Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin (NKLM), an deren Erarbeitung die Bundesärztekammer beteiligt war, den Ausschlag gegeben, eine Ausrichtung der Weiterbildungsinhalte an Kompetenzen vorzunehmen.

Die Autoren führen weiter an, dass es in anderen Ländern, z. B. in Großbritannien und Kanada, im Gegensatz zu Deutschland umfassende und fachgebietsunabhängige Rollenbeschreibungen von Ärztinnen und Ärzten gebe, zu denen auch zahlreiche nicht klinische Fertigkeiten wie die Wissenschaftskompetenz gehören (CanMEDS, „Good Medical Practice“). Diese Rollenbeschreibungen würden kontinuierlich überarbeitet, um sich verändernden Patientenbedürfnissen und gesellschaftlichen Entwicklungen Rechnung zu tragen (vgl. S. 13).

Bei aller Befürwortung des Konzepts der CanMEDS-Rollen und der diesbezüglichen Rollenbeschreibungen handelt es sich hierbei um ein theoretisches Konzept, welches die bestehenden Rollen und Aufgaben von Ärzten beschreibt. In der MWBO sind die Rollen und Aufgaben des Arztes in der Präambel aufgegriffen. Hier heißt es zur ärztlichen Weiterbildung: „Im Interesse der Patienten werden die in der Ausbildung geprägten ärztlichen Kompetenzen und Haltungen während der Weiterbildung vertieft.“ Im Übrigen ist fraglich, ob Rollen, die dem Arztberuf der Natur nach immanent sind und bereits im Studium vermittelt wurden, einer hervorgehobenen und kleinteiligen Darstellung in der Weiter- und Fortbildungssystematik bedürfen, um erfolgreich die Heilkunde auszuüben. Die Frage kann, wie vergangene Diskussionen hierzu in unseren Gremien gezeigt haben, unterschiedlich beantwortet werden. Es muss aber berücksichtigt werden, dass eine detaillierte Aufzählung aller ärztlichen Aufgaben und Rollen kein Garant für eine gelebte Kultur oder einen ggf. erforderlichen Kulturwechsel im Gesundheitssystem bezüglich der Ressource „Arzt“ ist und sein kann.

Unterabschnitt „Fortbildung“

Es ist korrekt, wenn die Autoren darauf hinweisen, dass ärztliche Fortbildung unter Berücksichtigung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse und medizinischer Verfahren vertiefendes fachspezifisches, interdisziplinäres sowie interprofessionelles Wissen zu Beschwerden, Symptomen, Befunden, Diagnosen, Krankheitsbildern, Therapien, ärztlicher Behandlung und Beratungsanlässen vermittelt und Ärztinnen und Ärzte somit auch befähigt werden sollen, neue Diagnose- und Behandlungsverfahren wissenschaftsbasiert anwenden zu können (S. 12/13). Diese Regelung ermöglicht unter Berücksichtigung individueller Interessen und Konstellationen eine stetige Aktualisierung des Wissens, welches für eine gewissenhaft Berufsausübung erforderlich ist. Dass die Autoren in diesem Zusammenhang auf die Praxis anderer Länder verweisen, in denen dagegen alle zwei bis fünf Jahre eine Überprüfung neuen fachspezifischen Wissens durch Prüfungen erfolgt, und deren Bestehen für die weitere Ausübung des Berufes notwendig ist (vgl. S. 13), verkennt das ärztliche Bildungssystem in Deutschland, welches sich, wie bereits erwähnt, bewährt hat. Im Lichte des erfolgreichen deutschen Gesundheitssystems darf die Vorbildwirkung anderer Systeme

durchaus in Frage gestellt werden, wenn diese lediglich der Einführung neuer reglementierender Regelungen dienen sollen. Der Ärztemangel – auch durch Abwanderung aus dem Beruf – stellt ein gravierendes Problem dar. Nicht zwingend erforderliche Maßnahmen, die die Attraktivität des Arztberufes mindern könnten, sollten daher stets einer vertieften Prüfung unterzogen werden. Dabei sollte zur Erforderlichkeit ggf. auch überprüft werden, inwiefern Erfahrungen außerhalb des deutschen Gesundheitswesens auf die hiesige Systematik sinnvoll und effektiv übertragen werden können. Die erfolgreiche Berufsausübung der Ärztinnen und Ärzte in Deutschland sind bisher Beleg für das erfolgreiche Funktionieren der Fortbildungssystematik. Daher sollten vielmehr Überlegungen zur Verbesserung dieser Systematik unternommen werden. Die Bundesärztekammer steht hierfür als verlässlicher Partner zur Weiterentwicklung der Fortbildungsthematik zur Verfügung.

Die Autoren kritisieren in diesem Rahmen auch, dass für Patientinnen und Patienten, aber auch für ärztliche Kolleginnen und Kollegen und andere Berufstätige im Gesundheitswesen nicht transparent sei, wie ein Arzt oder eine Ärztin sich fortbildet und ob er oder sie in dem jeweiligen Spezialgebiet tatsächlich auf dem Stand des neuesten Wissens ist. Im Hinblick auf das Leitbild von mündigen Patientinnen und Patienten und ihrer Beteiligung an der Entscheidungsfindung seien diese Informationen jedoch notwendig (vgl. S. 14). Die Weiterbildungsbezeichnungen nach einer ärztlichen Weiterbildungsordnung bringen die Kompetenzen der Ärztin/des Arztes zum Ausdruck und dienen der Orientierung. Im Zusammenwirken mit den ärztlichen Berufspflichten, bspw. der Pflicht zur gewissenhaften Berufsausübung, lassen sich aus den Bezeichnungen durchaus Rückschlüsse auf die annehmbaren Kompetenzen ziehen. Zwar ist zutreffend, dass mit der Weiterbildungsbezeichnung nicht jeder Aspekt des ärztlichen Leistungsangebotes oder der individuellen Qualität eines Arztes erfasst wird – so ist bspw. eine Tatsache, dass nicht alle Fachärzte vollumfänglich in ihren Gebieten tätig sind und sich auf bestimmte Krankheiten oder Behandlungen innerhalb ihres Gebiets spezialisieren –, gleichwohl ist es realitäts- und lebensfern, jeden Aspekt der ärztlichen Berufsausübung ausweisen oder regeln zu wollen. Das würde bedeuten, die Einheitlichkeit der Spezialisierungen, wie sie in den Weiterbildungsordnungen strukturiert sind, und damit die Facharztqualifikationen in Frage zu stellen. Eine unübersichtliche Zersplitterung der Darstellung ärztlicher Kompetenzen sollte insbesondere im Patienteninteresse vermieden werden. Eine wesentliche Information für Patienten ist die Behandlungsqualität. Hier gibt es aber keine verbindlichen, objektiven und konsentierten Qualitätsmerkmale, wie z. B. Schulnoten. Sollten die Autoren ein vergleichbares System befürworten, stellt sich die Frage nach der konkreten Umsetzung.

Der Bundesärztekammer ist es in diesem Zusammenhang ein besonderes Anliegen auf das vermeintliche Leitbild „Mündiger Patient“ einzugehen. Es ist wünschenswert und zu fördern, dass Patienten eigenverantwortliche und mündige Entscheidungen treffen können. Es ist aber zweifelhaft, ob und in welchem Umfang Patientinnen und Patienten mit bspw. schwerwiegenden Erkrankungen, die ihre Lebensqualität betreffen, oder betagten Patientinnen und Patienten hierzu in der Lage sind, sein können oder sein wollen. Bezüglich dieses Themenfeldes entsteht oftmals der Eindruck, dass Verantwortung aus dem Bereich des professionellen Gesundheitswesens auf den Patienten übertragen wird. Das Konzept der „Mündigkeit des Patienten“ darf Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen aber nicht den Schutzraum, den medizinische Versorgung auch geben muss, nehmen. Betroffene in einer durch Krankheit bedingten herausfordernden Lebensphase müssen stets die Möglichkeit haben, ihrer Ärztin/ihrem Arzt und ihren/seinen Qualifikationen zu vertrauen

und auf einfache, verständliche Informationen zurückgreifen zu können, die ihren Interessen und Lebensumständen dienen.

Sofern die Autoren meinen, dass zumeist online verfügbare Bewertungsplattformen oder in Zeitungen veröffentlichte Rankings der ärztlichen Kompetenz, die nicht unabhängig erhoben werden und besonders auf der Beliebtheit beziehungsweise der Häufigkeit der Empfehlung durch ärztliche Kolleginnen und Kollegen oder Patientinnen und Patienten basieren (vgl. S. 14), kein Ersatz für objektive Informationen seien, ist dem zuzustimmen. Bei den Rankings handelt es sich um ein Phänomen des Gesundheitsmarktes, welches auf dem – gerade in Gesundheitsfragen – nachvollziehbaren Bedürfnis beruht, „das Richtige und Beste zu erhalten“. Es geht über eine Orientierung hinaus und suggeriert eine „objektive“ Leistungsbewertung für ärztliches Handeln. Eine Bewertung der ärztlichen Leistung mit objektiven Parametern, die es auch Laien ermöglicht, die Heilkunst zu beurteilen, ist schwierig vorstellbar, es sei denn, die Autoren präferieren ein staatliches Notensystem für die ärztliche Berufsausübung, welchem objektive Kriterien zugrunde liegen müssten.

Abschnitt „Schlussfolgerungen zur Aufwertung der Rolle von Wissenschaftskompetenz während des ärztlichen Berufslebens“

Schlussfolgerung Nr. 2:

Die Autoren schreiben: „Mit Blick auf die ärztliche Weiter- und Fortbildung sollten die Rollen und Verantwortlichkeiten der Ärztekammern, Kassenärztlichen Vereinigungen, Fachgesellschaften und weiterer Akteure mit Blick auf die ärztliche Wissenschaftskompetenz grundsätzlich überdacht, präzisiert und ggf. neu gefasst sowie ein höherer Grad an Verbindlichkeit und Kontrolle geschaffen werden. Die Universitäten und die Medizinischen Fakultäten als Orte wissenschaftlichen Forschens und Lehrens haben eine zentrale Funktion in der Prägung von Wissenschaftskompetenz, die bei der Berufsausübung von den Akteuren der ärztlichen Selbstverwaltung eigenverantwortlich, aber in enger Kooperation mit der Universitätsmedizin fortgeführt werden sollte. Der Erwerb und Erhalt von Wissenschaftskompetenz muss also auch in der ärztlichen Weiter- und Fortbildung sichergestellt werden.“ (vgl. S. 15).

Es ist richtig, dass Universitäten und die Medizinischen Fakultäten als Orte wissenschaftlichen Forschens und Lehrens eine zentrale Funktion in der Prägung von Wissenschaftskompetenz haben. Ausgestaltung und Erfüllung dieser Rolle erfolgen maßgeblich im Hochschulstudium. Das postuliert schon die Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO), in der es heißt „Ziel der ärztlichen Ausbildung ist der wissenschaftlich und praktisch in der Medizin ausgebildete Arzt, der zur eigenverantwortlichen und selbständigen ärztlichen Berufsausübung, zur Weiterbildung und zu ständiger Fortbildung befähigt ist“, vgl. § 1 Abs. 1 Satz 1 ÄApprO.

Ob und in welchem Umfang nach dem Hochschulstudium Ärztinnen und Ärzte ihre im Studium erworbenen Grundkompetenzen – sowohl im medizinischen wie wissenschaftlichen Bereich – vertiefen bzw. vertiefen müssen, ist von zahlreichen Faktoren in der konkreten Berufsausübung abhängig. So facettenreich die Möglichkeiten für Ärzte sind, ihren Beruf auszuüben, so facettenreich sind auch die Anforderungen und ggf. Notwendigkeiten für Vertiefungen.

Das bestehende System aus Weiter- und Fortbildung in Verantwortung der Ärzteschaft, repräsentiert durch die Ärztekammern, ist historisch gewachsen, erprobt und bewährt und

hat zu einem der leistungsfähigsten Gesundheitssysteme der Welt geführt, in welchem Ärztinnen und Ärzte eine herausragende und verantwortungsvolle Aufgabe wahrnehmen. Der freie Beruf des Arztes, der mit dem ärztlichen Gelöbnis beginnt und den ärztlichen Berufspflichten unterliegt, hat verantwortungsvolle und kritische Ärztinnen und Ärzte hervorgebracht, die sich für die Interessen und Belange ihrer Patientinnen und Patienten einsetzen. Dieses System und die Verantwortung der ärztlichen Selbstverwaltung gilt es zu stärken, um den Berufsstand vor Fremdinteressen zu schützen, die nicht-ärztliche Ziele verfolgen und nicht die Gesundheit des einzelnen Menschen und der Bevölkerung in den Mittelpunkt stellen.

Die Universitäten und die Medizinischen Fakultäten werden von den Autoren selbst als Orte wissenschaftlichen Forschens und Lehrens bezeichnet; die der Universitätsmedizin angeschlossenen Kliniken versorgen darüber hinaus Patienten und sind unverzichtbar. Aber als Vertreter der universitären Ausbildung und der Versorgung vertreten sie vorrangig Partikularinteressen; das steht einer objektiven und übergeordneten Rolle bei der Ausgestaltung der Weiter- und Fortbildung entgegen.

Schlussfolgerung Nr. 3:

Die Autoren führen aus: *„Eine große Herausforderung in der ärztlichen Weiterbildung stellt der gering ausgeprägte Vernetzungsgrad zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sowie universitären und nicht-universitären Akteuren im deutschen Gesundheitssystem dar. So findet Weiterbildung häufig in niedergelassenen Praxen statt, in denen Wissenschaftskompetenz nur bedingt vermittelt werden kann. Hier gilt es, sektorenübergreifende wissenschaftsbasierte (regionale) Netzwerke in der Weiterbildung mit allen Beteiligten aufzubauen und zu stärken, um eine entsprechende Weiterbildung und eine regelmäßige Wissensprüfung sicherzustellen. Die Inhalte und Rahmenbedingungen sollten durch eine koordinierende Rolle der Universitätsmedizin ausgestaltet werden.“* (vgl. S. 16).

Dass im ambulanten Bereich Wissenschaftskompetenz nur bedingt vermittelt werden kann, trifft in der Generalität der Aussage nicht zu. Gerade ambulante Praxen sind vielfach in Studien einbezogen, sie stehen damit praktisch an vorderster Front der Wissenschaft. Zudem erfordert jede Diagnosestellung, jede Diagnostik und Behandlung die Anwendung erworbener und kontinuierlich vertiefter Wissenschaftskompetenz. Ärztinnen und Ärzten im ambulanten Bereich darf nicht abgesprochen werden, dass ihre Behandlungen auf dem anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse erfolgen. Das würde mangelnde Fortbildungen und Anwendung von Wissenschaftskompetenz voraussetzen, was angesichts der verpflichtenden und sanktionierbaren Fortbildung nicht der Fall ist. Insofern wird Wissenschaftskompetenz regelhaft im ambulanten Bereich vermittelt und erfolgt wie in der ärztlichen Weiterbildung im Rahmen der praktischen Berufsausübung. Eine Reglementierung bei der Vermittlung von Wissenschaftskompetenz im ambulanten Bereich ist nicht erforderlich. Vor allem sollte keine Systematik eingeführt werden, die zu einer weiteren Verkürzung der zur Verfügung stehenden Arztzeit bei der Patientenversorgung führen könnte. Das Angebot, Wissenschaftskompetenz auszubauen, sollte an der Berufsausübung der Ärztinnen und Ärzte ausgerichtet und niedrigschwellig sein sowie bspw. durch die Konzeptionierung spezieller Fortbildungsveranstaltungen gestärkt werden.

Allgemein ist an dieser Stelle nochmals auf die Zielsetzung der ärztlichen Weiterbildung hinzuweisen. Im Interesse der Patienten werden die in der Ausbildung geprägten ärztlichen Kompetenzen und Haltungen während der Weiterbildung vertieft. Die vertiefende Anwendung ärztlicher Kenntnisse erfolgt in der Berufsausübung. Bei der Weiterbildung geht

es nicht nur um die Ausbildung von Wissenschaftlern. Wissenschaftskompetenz ist ein Aspekt von vielen. Seine angemessene Berücksichtigung steht der Forderung der Autoren entgegen, sektorenübergreifende wissenschaftsbasierte (regionale) Netzwerke in der Weiterbildung mit allen Beteiligten aufzubauen.

Zum Aufbau von Weiterbildungsnetzwerken sei auf das Folgende hingewiesen: Mit der MWBO 2018, welche fast alle Ärztekammern in ihren Kammerbereichen umgesetzt haben, wurde die Weiterbildung im Hinblick auf die Erbringung von Weiterbildungszeiten im stationären oder ambulanten Sektor flexibilisiert. Soweit möglich, wurde auf Vorgaben obligater Zeiten in einem der Bereiche verzichtet; vielmehr ergeben sich aus den Weiterbildungsinhalten die Bereiche, in denen die Kompetenzen erworben werden können. Analog hierzu werden auch die Befugnisse zur Leitung der Weiterbildung vergeben; es wird dabei berücksichtigt, ob ein Weiterbildungsinhalt konkret bei einem Befugten vermittelt werden kann. Ist das nicht der Fall, können Kooperationen erfolgen. Dieses System lässt eine flexible an die Versorgungslandschaft angepasste Weiterbildung unter Berücksichtigung der zu erwerbenden Kompetenzen zu. Die Forderung einer regelmäßigen Wissensprüfung wird auch an dieser Stelle abgelehnt.

Der Anspruch der Universitätsmedizin, sektorenübergreifende wissenschaftsbasierte (regionale) Netzwerke in der Weiterbildung mit allen Beteiligten aufzubauen und zu stärken, um eine entsprechende Weiterbildung und eine regelmäßige Wissensprüfung sicherzustellen und sie bei der Ausgestaltung der Inhalte und Rahmenbedingungen durch eine koordinierende Rolle einzubeziehen, belegt augenscheinlich das hauptsächliche Interesse der Autoren: die Einnahme einer einflussreichen und Regeln veranlassenden Rolle im Bereich der ärztlichen Weiterbildung. Entgegen ihrer Einlassung werden damit nicht die Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt gestellt.

Die Hauptaufgabe der Ärztin/des Arztes ist an der Patientenversorgung ausgerichtet; sie/er dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und der Bevölkerung. Diese Aufgabe erfüllen Ärztinnen und Ärzte täglich im ambulanten und im stationären Bereich. Hier treffen sie auf das gesamte Spektrum menschlichen Leidens. Dabei gilt, die ärztlichen Kompetenzen, die die Linderung und Heilung zum Ziel haben, einzelfallbezogen und sachgerecht einzusetzen sowie neben der Anwendung des ärztlichen Wissens auf ein praktisches und pragmatisches Vorgehen zurückzugreifen. Nicht jede Patientin/jeder Patient braucht zu jedem Zeitpunkt die wissenschaftliche fundierte Maximalversorgung unter Berücksichtigung der aktuellen Forschungslage, sofern es denn eine gibt. Daher muss die Thematik analog der zu vermittelnden Behandlungskompetenzen diskutiert werden. Diese werden ggf. über spezielle Fortbildungsangebote vermittelt.

Schlussfolgerung Nr. 4:

Die Autoren sprechen auch die Rolle von Ärzten Clinician Scientists an. Hierzu führen sie aus: *„Clinician Scientists, d. h. Ärztinnen und Ärzte an der Schnittstelle zwischen Grundlagen- bzw. klinischen Wissenschaften und klinischer Anwendung, spielen eine wichtige Rolle, Wissenschaftskompetenz über das Medizinstudium hinaus in der medizinischen Versorgung zu verankern. Diese Gruppe von Ärztinnen und Ärzten kann Impulse für die wissenschaftsbasierte Weiterentwicklung des Gesundheitssystems und für klinische Innovationen geben. Die derzeit temporären Clinician Scientist-Programme von öffentlichen oder zivilgesellschaftlichen Zuwendungsgebern reichen hierfür allerdings nicht aus. Vielmehr müssen langfristige Positionen – wie in anderen Ländern auch – konstitutiv und dauerhaft im Gesundheitssystem,*

insbesondere in der Universitätsmedizin, verankert und sowohl aus Mitteln der klinischen Versorgung als auch der Forschung finanziert werden.“ (S. 16).

Die Finanzierungsforderung ist nachvollziehbar, belegt aber auch die Ausrichtung der Autoren primär an Finanzierungsinteressen. Grundlage der Forderung sollte die Erforderlichkeit der Programme sein. Sinn und Nutzen der Programme werden nicht in Frage gestellt. Es muss aber kritisch geprüft werden, ob und wie Programme dauerhaft im Gesundheitssystem verankert werden. Bei den Clinician Scientist-Programmen handelt es sich um besondere Programme mit einer spezifischen Zielsetzung. Eine dauerhafte und generelle Verankerung im Gesundheitssystem ist nur nachvollziehbar, wenn das Programm konkret einen Nutzen für das Gesundheitssystem belegen kann. Das ist aber am konkreten Programm zu prüfen und kann nicht generalistisch entschieden werden. Eine Finanzierung aus Mitteln der klinischen Versorgung steht aber der Ausrichtung der Autoren an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten entgegen. Eine optimale und sachgerechte Versorgung darf nicht an fehlenden Finanzmitteln scheitern. Das ist zuweilen aber der Fall. Daher muss auf die Implementierung dieses Instrumentes verzichtet werden, wenn dies eine Reduzierung von Mitteln für die klinische Versorgung zur Folge haben könnte.

Schlussfolgerung Nr. 5:

Die Autoren fordern, dass der Fortbildungsstand behandelnder oder gutachtender Ärztinnen und Ärzte regelmäßig evaluiert werden sollte; *„Er sollte transparent sein, sodass Patientinnen und Patienten die Möglichkeit haben, sich ein verlässliches Bild vom Weiter- und Fortbildungsstand einzelner Personen zu machen.“* (vgl. S. 16).

Es ist anzuzweifeln, dass der überwiegende Anteil der Patientinnen und Patienten sich regelhaft ein verlässliches Bild vom Weiter- und Fortbildungsstand von ihren behandelnden Ärztinnen und Ärzten macht oder machen möchte. Vielmehr sollte auf ein verlässliches und belastbares System verwiesen werden, dass Patientinnen und Patienten eine sachgerechte und individuelle Orientierung bezüglich der Kompetenzen der/des behandelnden Ärztin/Arztes ermöglicht, die sich in besonderer Weise durch Weiterbildungsqualifikationen der Weiterbildungsordnungen, Fortbildungszertifikate und ankündigungsfähige Fortbildungs-Curricula darstellen. Hinsichtlich des konkreten Leistungsangebotes und der Behandlungsqualität spielen dann weitere Faktoren eine Rolle. Indizien hierfür bieten die Behandlungsstätten und ggf. diesbezügliche Qualitätsberichte. Hier ist ggf. zu diskutieren, welchen konkreten Nutzen diese für Patientinnen und Patienten haben, sofern sie sich auf die Darstellung objektiver Fakten ohne patientenrelevante Bewertung beschränken.

Insbesondere im Lichte der ärztlichen Berufspflichten ist und kann davon ausgegangen werden, dass Ärztinnen und Ärzte innerhalb ihrer Behandlungsaufträge sachgerecht und adäquat behandeln; im Übrigen handelt es sich um keine Diskussion des Weiterbildungsbereiches, sondern um eine der Kontrolle der ärztlichen Berufspflichten.

Schlussfolgerung Nr. 6:

Die Autoren formulieren, dass bei der Konzipierung und Durchführung der strukturierten ärztlichen Fortbildung Wissenschaftskompetenz ein obligatorischer Inhalt sein sollte. Hierbei sollten die Fachgesellschaften einbezogen werden und die Medizinischen Fakultäten und Universitätsklinika eine führende Rolle einnehmen (vgl. S. 17).

Es ist fraglich, ob die Medizinischen Fakultäten und Universitätsklinika den Anspruch an eine führende Rolle vor dem Hintergrund knapper Ressourcen erfüllen können; insbesondere

hinsichtlich der führenden Rolle bei der Durchführung von Fortbildungen. Sofern hier die breite Ärzteschaft Zielgruppe regelmäßiger Fortbildungen sein sollte, stellt sich die Frage nach der konkreten räumlichen, personellen und zeitlichen Realisierbarkeit. Auch ist es aus gesellschafts- und gesundheitspolitischen Gründen nicht vorstellbar, dass sich Medizinische Fakultäten und Universitätskliniken zu Zertifizierungsstellen für Fortbildungsveranstaltungen entwickeln sollen. Die knappen Ressourcen – eine gegenteilige Sicht ist nicht bekannt – sollte gesellschaftlich optimal eingesetzt werden. Da die Fortbildung bei den Landesärztekammern etabliert ist und von diesen zertifiziert und überwacht wird, ist es nur folgerichtig, diesen Bereich ggf. auszubauen. Im Übrigen werden Fachgesellschaften und Berufsverbände regelhaft in die Konzeption der Fortbildungscurricula eingebunden; die wissenschaftliche Leitung von Fortbildungsveranstaltungen obliegt ausgewiesenen Experten auf dem jeweiligen Themenfeld.

Schlussfolgerung Nr. 8:

Die Autoren schreiben, dass Weiterbildungsbefugte sowie die leitenden wissenschaftlichen Personen ärztlicher Fortbildungen eine wichtige Rolle bei der Vermittlung und Aufrechterhaltung von Wissenschaftskompetenz spielen. Die Auswahl dieser Personen und die Evaluation ihrer Leistungen sollte auch im Hinblick auf Wissenschaftskompetenz kontinuierlich und sorgfältig erfolgen. Dafür müssen Qualifizierungsmöglichkeiten vorgehalten sowie Anreiz- und Sanktionsstrukturen geschaffen werden. Die Universitätsmedizin sollte hierbei eine koordinierende Rolle spielen (vgl. S. 17).

Die Überwachung der Berufspflichten der Ärztinnen und Ärzte, hierzu gehört u. a. die Fortbildungspflicht bzw. die gewissenhafte ärztliche Behandlung, ist keine Aufgabe der Universitätsmedizin. Insbesondere ist nicht vorstellbar, welche koordinierende Rolle diese hinsichtlich der Forderung nach Sanktionsstrukturen wahrnehmen möchte und könnte.

Allgemein drängt sich auch hier der Eindruck nach einer interessenintendierten Stärkung der Universitätsmedizin um ihrer selbst willen auf.

Im Übrigen sollte die Auswahl von Personen, die Weiter- und Fortbildung vermitteln, die fachliche Kompetenz für das jeweilige Themenfeld in den Vordergrund stellen. Eine ausgewiesene Wissenschaftskompetenz sollte dort gefordert werden, wo sie erforderlich ist.

Schlussfolgerung Nr. 9, Buchstaben a), b), f):

Die Autoren fordern dazu auf, dass die Weiter- und Fortbildung stärker als bisher insbesondere die folgenden Inhalte und Aspekte berücksichtigen sollte:

„a) eine vertiefte Auseinandersetzung mit den Möglichkeiten der molekularen Medizin, der Biotechnologie und der Digitalisierung in der Medizin in praktischer wie theoretischer Perspektive; die regelmäßige Weiterbildung in der Anwendung moderner Technologien, beispielsweise im Bereich operativer und lokaltherapeutischer Standards; (vgl. S. 17)

Die Weiter- und Fortbildung sollte sich grundsätzlich an der aktuellen Entwicklung in der Medizin ausrichten. Die abstrakte Darstellung von Weiterbildungsinhalten ermöglicht bspw. neue Entwicklungen flexibel in die konkrete Weiterbildung einzubeziehen. Die entsprechenden Vorgaben werden hier durch die Fächer selbst gegeben. Daher sollten Vorgaben flexibel an der Versorgungsrealität ausgerichtet sein. Dieses praktiziert die Bundesärztekammer sowohl bei der Gestaltung der MWBO als auch bei den in ihrer Verantwortung entwickelten Fortbildungskonzepten.

„b) die Auswirkungen gesellschaftlicher und globaler Veränderungsprozesse auf das Gesundheitssystem, z. B. in Folge des demografischen Wandels, zunehmender Diversität, krisenhafter Ereignisse, internationaler Verflechtungen (Global Health) und nicht zuletzt des Klimawandels;“ (vgl. S. 18)

Grundsätzlich sollten bei der Konzeptionierung von Weiterbildungs- und Fortbildungsinhalten die Versorgungsanforderungen und –realität im Vordergrund stehen. Erkrankungen können verschiedene Hintergründe haben. Bspw. kann der Klimawandel zu hohen Außentemperaturen führen, welche negative Auswirkungen bspw. auf geriatrische Patientinnen und Patienten haben. Für Ärztinnen und Ärzte gilt es aber, die konkrete Gesundheitsbeeinträchtigung – unabhängig von ihrer Ursache – zu behandeln, es sei denn die Ursache ist für die Behandlung ausschlaggebend.

Insbesondere die (Muster-)Weiterbildungsordnung prüft jeden Weiterbildungsinhalt auf seine Erforderlichkeit kritisch an der Fragestellung „Was benötigt ein Arzt mit der betreffenden Qualifizierung für die Berufsausübung?“ Auf die Verankerung politischer Themen sollte in diesem Zuge zugunsten der fachlichen Qualität verzichtet werden.

„ f) die Integration der in der Pandemie erfolgreich erprobten digitalen Formate in die Aus-, Weiter- und Fortbildung für alle Gesundheitsberufe.“ (vgl. S. 18)

Die ärztliche Weiterbildung findet in ärztlicher Berufsausübung statt. Digitale Formate sind grundsätzlich nicht geeignet die praktische Berufsausübung zu ersetzen; sie kommen ganz überwiegend nur für theoretische Weiterbildungskurse in Frage.

Schlussfolgerung Nr. 10, Buchstabe b):

Die Autoren sprechen sich für die stärkere Einbindung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte in klinische Studien aus; „Die so erbrachten Leistungen sollten entsprechend in der Weiter- und Fortbildung anerkennungsfähig sein.“ (vgl. S. 19).

Die Vermittlung von Weiterbildung erfolgt grundsätzlich durch befugte Ärztinnen und Ärzte. Weiterbildung in eigener Berufstätigkeit stellt im Regelfall keine reguläre Weiterbildung dar. Sofern Weiterzubildende bei befugten Ärztinnen und Ärzten in Studien einbezogen werden, richtet sich die Frage, ob die Inhalte für den Erwerb einer Weiterbildungsqualifikation relevant sind, danach, ob damit konkrete Weiterbildungskompetenzen erworben werden können. Leistungen, die nicht der angestrebten Weiterbildung dienen, sollten gerade nicht anerkennungsfähig sein. Allein aus der Tatsache, an einer Studie oder an Forschung beteiligt gewesen zu sein, ergibt sich keine relevante Weiterbildung. Diese sollte aber stets Maßstab von Anerkennung sein. Für die Anerkennung von Forschung auf die Weiterbildung haben sich die Ärztekammern auf ein tragfähiges und einzelfallbezogenes Konzept verständigt.