

Die Zukunft der ärztlichen Aus- und Weiterbildung

Bericht über die FMH-Tagung zur ärztlichen Aus- und Weiterbildung vom 17. Juni 2003 in Bern

Markus Trutmann

Noch dieses Jahr wird der Bundesrat dem Parlament das Medizinalberufegesetz (MedBG) vorlegen, welches das Freizügigkeitsgesetz für Medizinalpersonen ablösen und die Anforderungen an die künftigen Ärztinnen und Ärzte definieren soll. Im neuen Gesetz sollen insbesondere verbindliche Standards für Medizinstudium, Weiterbildung an den Spitälern und in Praxen sowie permanente Fortbildung festgelegt werden. An einer von der FMH organisierten Tagung referierten zahlreiche Experten zu verschiedenen Facetten dieses Gesetzesentwurfs und der ärztlichen Aus- und Weiterbildung. Der nachfolgende Bericht fasst diese Beiträge zusammen.

La version française suivra

Max Giger vom Zentralvorstand der FMH leitete die Tagung und eröffnete sie mit einem kurzen historischen Abriss über die Entwicklung der ärztlichen Aus- und Weiterbildung. Giger erinnerte daran, dass im Interesse der Patientensicherheit bzw. zum Schutze vor Scharlatanen 1877 das Freizügigkeitsgesetz geschaffen wurde. Das Ziel der damaligen universitären Ausbildung sei der selbständig praktizierende Arzt gewesen. Dieses Ziel wurde erst mit der Revision im Hinblick auf die Anpassung der eidgenössischen Gesetzgebung an die bilateralen Abkommen mit der EU geändert. Seit dem 1. Juni 2002 befähige die universitäre Ausbildung einzig zur Weiterbildung. Eine selbständige ärztliche Tätigkeit könne erst nach einer minimalen zweijährigen Weiterbildung aufgenommen werden.

Anschliessend wies FMH-Präsident Hans Heinrich Brunner auf bisher noch nicht gelöste Probleme des Gesetzesentwurfs hin. So seien beispielsweise die Kosten der ärztlichen Weiterbildung nicht eruierbar und deshalb auch die Frage der Finanzierung noch nicht gelöst. Da sich der Staat aus der Finanzierungsfrage herausziehe, könne diesem höchstens eine Aufsichtsfunktion zufallen, gab Brunner zu bedenken. Hingegen müssten Gestaltung und Regulierung der Weiterbildung in den Händen der medizinischen Fachgesellschaften und der FMH bleiben. Die ärztliche Weiterbildung habe den wandelnden Realitäten der Medizin und der ärztlichen Berufsausübung Rechnung zu tragen, insbesondere müsse auf eine Flexibilisierung hingearbei-

tet und einer Bürokratisierung entgegengewirkt werden. Brunner brachte seine Überlegungen auf den Punkt mit der Forderung, dass jeder Arzt, der etwas lernen wolle, dies mit dem Erwerb eines Zertifikates auch können solle, und zwar lebenslang und berufsbegleitend. Da sich die medizinischen Disziplinen wandeln würden, müsse es auch möglich sein, dass Ärzte nur Teile klassischer Disziplinen erlernen können und dürfen.

Peter Leister vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Projektleiter MedBG stellte das neue Gesetz vor und erläuterte, wie die Verantwortlichkeiten der ärztlichen Weiterbildung geregelt werden sollen. Die Ausbildung bleibe Aufgabe der Universitäten, die Weiterbildung sei Sache der Standesorganisationen und die Fortbildung werde den Ärzten als bundesgesetzlich verankerte Pflicht auferlegt. Neu sei der Erwerb des Weiterbildungstitels Voraussetzung für die Erteilung der Praxisbewilligung. Neu sei auch, dass die Ausbildung im Hinblick auf die Qualität der Strukturen, der Prozesse und der Ergebnisse geprüft werden solle. Dabei sei das entscheidende Kriterium, ob die Ausbildung zur Weiterbildung befähige. Leister rechnete damit, dass das Gesetz Anfang 2006 in Kraft trete.

Professor Michel Glauser von der Universität Lausanne sprach im Namen des Kollegiums der Dekane der medizinischen Fakultäten. Er wies darauf hin, dass mit dem neuen Gesetz ein Kontinuum zwischen Studium und Weiterbildung geschaffen werde. Die medizinischen Fakultäten müssten deshalb vermehrt in die Weiterbildung der Assistenzärzte einbezogen werden. Allerdings sei die Frage der Finanzierung noch ungeklärt. Glauser berichtete zudem über den an den medizinischen Fakultäten unternommenen Reformprozess, der zu einer Akkreditierung der Fakultäten in den Jahren 2009/2010 führen solle. Ein weiteres Ziel der Fakultäten sei, im Sinn der Bologna-Reformen die Vergabe von Kreditpunkten für Unterrichtsmodule einzuführen, was den Studenten eine grössere Flexibilität bei der Gestaltung des Studiums ermöglichen würde.

VSAO-Präsident Matthias Winistörfer beurteilte die Situation der Weiterbildung aus der Sicht der direkt betroffenen Assistenzärztinnen und Assistenzärzte. Er beklagte, dass heute eine grosse Diskrepanz zwischen den ehrgeizigen Formulierungen der Weiterbildungsprogramme und dem an den Weiterbildungsstätten tatsächlich Machbaren bestehe. Sein Wunsch sei, dass in Zukunft besser realisierbare Weiterbildungsprogramme entwickelt und dass entsprechende Prüfungen konzipiert würden. Weiter konstatierte Winistörfer, dass Weiterbildner ihre Aufgabe neben zahlreichen anderen, zum Teil konkurrierenden Verpflichtungen wahrnehmen müssten und diese häufig unzureichend ausüben würden. Als Anreiz müsse die Aufgabe des Weiterbildners aufgewertet werden und das Konzept des «teach the teacher», das in angelsächsischen Ländern bereits zur Selbstverständlichkeit geworden ist, auch in unserem Land Eingang finden. Schliesslich müssten die Spitäler erkennen, dass Weiterbildung nicht nur einen Kostenfaktor, sondern eine ihrer Kernaufgaben darstelle. Winistörfer betonte aber gleichzeitig, dass sich die Weiterbildung den Bedürfnissen der Bevölkerung anzupassen habe und dass entsprechende Restriktionen wie z. B. Beschränkungen von Weiterbildungsplätzen in Kauf genommen werden müssten. Zur Frage der Finanzierung der Weiterbildung bemerkte Winistörfer, dass diese dank der überdurchschnittlichen Arbeitszeiten der Assistenzärzte gewährleistet sei.

Professor Susanne Suter, Chefin der Pädiatrie am Universitätsspital in Genf, präsentierte Massnahmen, die sie zur Förderung von Frauenkarrieren an ihrer Klinik 1990 eingeführt hat. Mit beeindruckenden Zahlen konnte sie darlegen, dass mit einer Integration der Familienplanung in die Karriereplanung zahlreiche Assistenzärztinnen dazu bewegt werden konnten, ihre Weiterbildung an der Kinderklinik abzuschliessen und auch in zahlreichen Fällen eine Spital- bzw. akademische Laufbahn einzuschlagen. Als wichtigste Massnahme, um weibliche Berufskarrieren zu ermöglichen, nennt Frau Suter die Reduktion der Arbeitszeiten.

Privatdozent Nicolas Demartines, Leitender Arzt an der Klinik für Viszeral- und Transplantationschirurgie am Universitätsspital Zürich, schilderte die Situation der chirurgischen Weiterbildung in der Schweiz. Zunächst stellte er fest, dass letztes Jahr 32 neue Facharztstitel für Chirurgie verliehen worden seien und dass damit gemäss den Einschätzungen der Schweizerischen Gesellschaft für Chirurgie der Bedarf an Chirurgen gesichert sei. Auch aufgrund der in der Schweiz durchgeführten Anzahl Operatio-

nen könnten theoretisch genügend Chirurgen weitergebildet werden. Demartines gibt allerdings zu bedenken, dass für eine qualitativ hochstehende Weiterbildung nicht nur die reine Fallzahl, sondern auch die kumulative Erfahrung zu berücksichtigen sei. Diese könne aber nicht an allen Spitätern in gleich grossem Ausmass angeboten werden. So könne man für bestimmte Operationen sehr unterschiedliche, z. T. auch bedenklich niedrige Zahlen feststellen. Eine Lösung, um die Qualität und die Attraktivität der chirurgischen Weiterbildung zu steigern, könne darin liegen, Netzwerke aufzubauen, die insgesamt ein grosses klinisches Spektrum anbieten und so ein hinreichendes Weiterbildungsangebot sicherstellen. Dazu gehöre aber auch, konsequent auf die Schaffung von Kompetenzzentren hinzuarbeiten, damit dort bestimmte Operationsverfahren in einer genügenden Anzahl durchgeführt werden könnten.

Professor Christine Aebi, Chefärztin an der Kinderklinik Biel, schilderte die Situation der Weiterbildung in Pädiatrie in Kanada. Es gelang ihr, aufgrund einer detaillierten Schilderung des Weiterbildungscurriculums und der darin angebotenen Optionen, das Bild eines gut strukturierten Systems zu zeichnen. Die Weiterzubildenden würden sich in den transparenten und fairen Strukturen gut zurechtfinden, auch wenn der Zugang zu den Disziplinen durch den Staat kontrolliert werde. Ein grosser Aufwand werde in der Selektion und Beurteilung der Weiterzubildenden betrieben, eine Aufgabe, der sich die Weiterbildner offenbar ohne grössere Probleme und mit Selbstverständlichkeit entledigen. Schwierigkeiten seien aber auch in Kanada anzutreffen. Unter dem auch dort herrschenden Eindruck der ungebremsten Kostenentwicklung im Gesundheitswesen habe der Staat Weiterbildungsstellen für Pädiatrie gestrichen, mit der Wirkung, dass sich heute ein Pädiatermangel abzeichne. Womit die Probleme zentraler Regulierungen wieder einmal in klassischer Manier in Erscheinung treten! Fazit ist aber, dass in Kanada bereits Strukturen der Weiterbildung vorhanden seien, auf die aufgebaut werden könne.

Der irische Arzt Cillian Twomey, der ehemalige Präsident der «Union européenne des médecins spécialistes» (UEMS), sprach über die vielfältigen Tätigkeiten der UEMS im Bereich der ärztlichen Aus- und Weiterbildung. In einem kurzen geschichtlichen Rückblick konnte er aufzeigen, dass Begriffe wie Public Health und Consumer Protection nur langsam Eingang in die EU-Gesetze gefunden haben. Die UEMS als Beratergremium des Comité permanent in Brüssel leiste nach Auffassung von Twomey

einen grossen Beitrag bei der Erarbeitung von Dokumenten, die zur ärztlichen Aus- und Weiterbildung Stellung nehmen und als Grundlagen für die Umsetzung in den einzelnen Ländern dienen können. Die meisten dieser Dokumente können über die Website der UEMS heruntergeladen werden (www.uems.be).

Christoffel Brändli, Ständerat und Präsident von *santésuisse*, wies in einem *tour d'horizon* auf die aktuellen gesundheitspolitischen Probleme hin und listete die Forderungen auf, die seitens der Krankenversicherer an die Adresse der Ärzte gestellt werden. Darunter figurieren klassische Postulate wie «Konzentration auf das Notwendige», «finanzielle Aspekte berücksichtigen», «Unabhängigkeit der Ärzte von der Pharmaindustrie». Er hat in Erinnerung gerufen, dass die Begriffe Wettbewerb und Freiheit zwingend zusammengehören und sowohl auf der Seite des Angebots wie auch der Nachfrage garantiert werden sollten. Damit legte Brändli auch gleich die Argumentationsgrundlage für die Aufhebung des Kontrahierungszwangs. Weiter forderte er von den Ärzten, dass sie sich in ihrer Weiterbildung Managementfähigkeiten aneignen sollten, um diese später in der Praxis im Sinne einer Unternehmensführung einzusetzen. Schliesslich wies er auf die eben im Parlament beschlossene Revision des KVG hin, die Anreize für die Bildung von Ärztenetzwerken gesetzt habe.

Simonetta Sommaruga, Nationalrätin und Präsidentin der Stiftung für Konsumentenschutz, sorgte für eine willkommene Abwechslung, als sie zunächst, statt auf die Situation der Ärzte einzugehen, die Entwicklung der letzten 10 Jahre bei den Bauern nachzeichnete. Der Bauernstand habe vor 10 Jahren auf neue Bedürfnisse seitens der Konsumenten reagieren müssen, die sich nicht mehr mit einfachen Billigprodukten zufriedengaben, sondern auch bereit waren, für spezielle Produkte mehr zu zahlen. Gewisse Bauern hätten mit Ablehnung reagiert, andere aber hätten die Chance, Veränderungen einzuführen, erkannt und entsprechend innovative Lösungen entwickelt. Ausgehend von diesem Bild zog Frau Sommaruga mitunter auch provozierende Parallelen zur heutigen Situation des Ärztestandes. Auch in der Medizin habe sich das Umfeld verändert, es seien neue Krankheiten und neue Krankheitsursachen (Umwelt, Ernährung, Stress, Arbeitslosigkeit und andere sozioökonomische Faktoren) aufgetreten, die ein Umdenken und neue Kompetenzen bei den Ärzten hervorrufen müssten. Die heutige Ausbildung sei zu theoretisch und in der Theorie noch zu sehr reduktionistisch ausgerichtet. Neben den rationalen Aspekten müsse der Arzt auch lernen,

mit Emotionen umzugehen, ja es sei eine «*éducation sentimentale*» zu fordern. Auch Frau Sommaruga liess es nicht aus, wie viele andere Redner an dieser Tagung, das Schlagwort der Vernetzung zu gebrauchen: ärztliche Tätigkeit habe vermehrt interdisziplinär, multidisziplinär und im Team zu erfolgen.

Alice Scherrer, Landammann von Appenzell Ausserrhoden und Präsidentin der Sanitätsdirektorenkonferenz, zeigte in einem breiten *Tour d'horizon* die Berührungspunkte zwischen kantonalen Behörden und ärztlicher Aus- und Weiterbildung auf. Von besonderem Interesse und nicht ohne eine kleine Prise Ironie war ihr Rückblick auf den bundesrätlichen Erlass des Ärztestopps. Einerseits habe durch die Verzögerung zwischen der Ankündigung des Ärztestopps und dessen Inkrafttreten die erhoffte Wirkung in das Gegenteil umgeschlagen: es hätten in dieser kurzen Zeit so viele Ärzte um Praxisbewilligung ersucht wie sonst während fünf Jahren. Andererseits habe der Ärztestopp eine symbolische Wirkung, die über die weitere Ausgestaltung des Vertragszwangs nachzudenken ansporne. Allerdings äusserte sich Frau Scherrer auch über die im Parlament beschlossene Lockerung des Vertragszwangs kritisch. So sei die Aufhebung des Kontrahierungszwangs mit so vielen Leitplanken versehen worden, dass statt von einer Liberalisierung, unter deren Banner die ganze Übung ja durchgeführt werde, besser von einer Re-Regulierung zu sprechen wäre. Frau Scherrer schloss ihr sorgfältig vorbereitetes Referat mit dem von vielen Patienten geäusserten Wunsch nach einfühlsamerer Behandlung und der Aufforderung, heute noch in archaischer Weise funktionierende Spitalhierarchien zu überdenken.

Zuletzt nahm Theologieprofessor Hans Ruh das Wort und versuchte, die Wünsche an den zukünftigen Arzt aus Sicht der Patienten zu formulieren. Ausgehend von den drei grundlegenden Fragen, was das gelingende Leben sei, wie die Kosten zu teilen seien und wie der Mensch mit den ihm gesetzten Grenzen umzugehen habe, legte er dar, dass entsprechende neue Kompetenzen auf ärztlicher, aber auch auf Patientenseite zu fordern seien. Dem Patienten würde mehr Eigenverantwortung gut anstehen, auch was die Beteiligung an den Kosten angehe. Gesundheit heisse ja schliesslich auch, kompetent mit den eigenen Stärken und Schwächen umzugehen. Der Arzt andererseits könne seine Rolle dem Patienten gegenüber als die eines sterblichen Beraters eines anderen Sterblichen auffassen. Er solle zu einem kritischen Dialog mit seinen Patienten fähig sein und Krankheiten auch im Horizont der Ökonomie, d. h. der

Begrenztheit der Mittel, einordnen können. Besonders interessant war die Parallele, die Ruh zwischen diesen Trends in der Arzt-Patienten-Beziehung und der politischen Grosswetterlage zog. Hier erlebe man den Zusammenbruch der grossen regulatorischen Systeme, z. B. in der Sozialpolitik, der verschiedene Gründe habe: Globalisierung, Mobilität und Information. Als Reaktion darauf würden grundlegende Regelungen auf die Ebene der Individuen verschoben, wo wieder vermehrt Selbstverantwortung und Selbstregulierung gefragt seien.

Kommentar

Der Entwurf des MedBG wird insgesamt als ein Schritt in die richtige Richtung beurteilt. Fragen bezüglich der Akkreditierung und der Finanzierung der Weiterbildung, der konkreten Aufgaben

und Pflichten der Medizinalberufekommission sowie deren Zusammensetzung müssen noch geklärt werden. Beispiele und Vorbilder aus dem Ausland sollten dazu anregen, auch in der Schweiz trotz begrenzter Möglichkeiten neue Wege zu gehen. Vereinzelt zeigen Initiativen, dass auch einfache Massnahmen grosse Wirkung entfalten können. Das von Frau Suter präsentierte Modell ist in der Schweiz einzigartig und dürfte Schule machen. Dies nicht zuletzt im Interesse der Versorgungsqualität und Patientensicherheit. Eine wiederholt an dieser Tagung vorgebrachte Forderung war, der Sozialkompetenz auf allen Stufen der ärztlichen Bildung vermehrt Gewicht beizumessen. Zudem sollten sämtliche edukativen Massnahmen effizienter gestaltet und fortwährend den Bedürfnissen der Bevölkerung angepasst werden. Last but not least: Die Ärzteschaft muss zu einer lernenden Organisation werden.