

Arbeitsbedingungen, Weiterbildungsqualität und -zufriedenheit in der Pneumologie – Status quo, Herausforderungen und Perspektiven

Working Conditions and Quality of Specialized Training in Respiratory Medicine in Germany – Status quo, Challenges and Perspectives

Autoren

T. Bahmer^{1,2,*}, J. Wälscher^{3,†}, C. Fisser^{4,‡}, M. Kreuter^{5,6,§}, O. Karg^{7,**}, S. Böing^{8,9,††}, R. Koczulla^{10,11,‡‡}, M. Raspe^{12,§§}

Institute

- 1 Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel, 1. Medizinische Klinik, und Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, Kiel
- 2 Airway Research Center North (ARCN), Deutsches Zentrum für Lungenforschung (DZL)
- 3 Pneumologie, Ruhrlandklinik Essen, Universitätsklinikum Essen, Essen
- 4 Universitätsklinikum Regensburg, Klinik und Poliklinik für Innere Medizin II, Regensburg
- 5 Zentrum für interstitielle und seltene Lungenerkrankungen, Pneumologie, Thoraxklinik, Universitätsklinikum Heidelberg
- 6 Translational Lung Research Center (TLRC), Deutsches Zentrum für Lungenforschung (DZL)
- 7 Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V., Berlin
- 8 Lungen- und Allergiezentrum Neuss, Deutschland
- 9 Johanna-Etienne-Krankenhaus Neuss, Sektion Pneumologie, Neuss
- 10 Schön Klinik Berchtesgadener Land, Fachzentrum Pneumologie, Schönau am Königsee
- 11 Lehrstuhl für Pneumologische Rehabilitation, Philipps-Universität Marburg, Marburg, Mitglied Deutsches Zentrum für Lungenforschung (DZL)
- 12 Charité – Universitätsmedizin Berlin, corporate member of Freie Universität Berlin, Humboldt-Universität zu Berlin, and Berlin Institute of Health, Medizinische Klinik m. S. Infektiologie und Pneumologie, Berlin

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-1010-2863> |
Pneumologie 2019; 73: 578–581
© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
ISSN 0934-8387

Korrespondenzadresse

Jun.-Prof. Dr. Thomas Bahmer, Universitätsklinikum S.-H., Campus Kiel, Arnold-Heller-Straße 3, 24103 Kiel
Thomas.Bahmer@uksh.de

Demografischer Wandel, rascher medizinischer Fortschritt, zunehmende Prozesse der Ökonomisierung und Digitalisierung im Gesundheitswesen sowie die Veränderung gesellschaftlicher Normen in Bezug auf die Arbeitsplatzgestaltung und das Verhältnis von Beruf und Familie bzw. Freizeit wirken sich in unterschiedlicher Weise auf die Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen des ärztlichen Nachwuchses aus. Dem Wesen nach ist

„der ärztliche Beruf (...) kein Gewerbe; er ist (...) ein freier Beruf“ [1]. Diese Definition lässt sich im zweiten Satz der Bundesärzteordnung nachlesen, in der durch den Bundesgesetzgeber der rechtliche Rahmen für die Ausübung des Arztberufs geregelt wird. Als freier Beruf verwaltet sich die Ärzteschaft selbst. Nach abgeschlossener ärztlicher Ausbildung, für die die medizinischen Fakultäten verantwortlich sind, wird die ärztliche Weiterbildung in der jeweils angestrebten Fachdisziplin durch die Weiterbildungsordnung (WBO) der zuständigen Landesärztekammern geregelt und findet zumindest in den ersten Berufsjahren überwiegend noch im Krankenhaus statt. Van den Busche et al. [2] beschreiben 2018 grundlegende konzeptionelle Probleme, die aus einer scharfen Trennung von Aus- und Weiterbildung resultieren und sich im Wesentlichen in einem „Learning by doing“ oder „Training on the job“ zeigen. Noch zu Beginn des 20. Jahrhunderts galt die ärztliche Qualifizierung mit Erlangen der Approbation als abgeschlossen. Über die Jahr-

* Sprecher der AG YoungDGP

† Stellvertretende Sprecherin der AG YoungDGP

‡ Mitglied der AG YoungDGP

§ Sprecher der Sektion Klinische Pneumologie der DGP

** Leiterin der Fortbildungsakademie der DGP

†† Nachwuchsbeauftragter des BdP

‡‡ Nachwuchsbeauftragter der DGP

§§ Sprecher der AG Junge Internisten der DGIM und Mitglied der AG YoungDGP

zehnte hat sich das medizinische Wissen und erforderliche Können immens vermehrt und damit zu einer immer stärkeren Spezialisierung geführt mit der Folge, dass eine adäquate Patientenversorgung ohne entsprechenden Facharztstandard nicht mehr garantiert werden kann. Vor dem Gesetz ist der Facharzt aber kein besonderer Beruf im Sinne der Artikels 12 des Grundgesetzes, sondern wird weiterhin als eine besondere Form der Berufsausübung gesehen. Dies hat Konsequenzen für die eher lose und „theorieferne“ Ausgestaltung der Weiterbildung. Häufig wird ein Mangel an Struktur und Schwierigkeiten bezüglich der Umsetzung der Weiterbildungsinhalte sowohl auf der Seite der in Weiterbildung befindlichen Ärzte*innen als auch auf der Seite der Weiterbilder*innen wahrgenommen.

Aus Sicht der Weiterzubildenden sind Arbeitsverträge, die Planbarkeit bezüglich der Durchführung der Weiterbildung geben (sog. Weiterbildungsverträge), häufig nicht vorhanden. Ärzte ohne Weiterbildungsvertrag – dazu zählen alle an Universitätskliniken arbeitenden jungen Ärzte, die in der Regel nach Wissenschaftszeitvertragsgesetz (WissZeitVG) [3] angestellt sind – können sich im Konfliktfall nur schlecht gegen unzureichende Weiterbildungsbedingungen zur Wehr setzen. Die Abhängigkeitssituation wird dabei durch Forderungen der WBO erschwert, in denen gewisse zeitliche Mindestanforderungen in einzelnen Bereichen definiert sind, ohne deren Absolvierung die Weiterbildung letztlich nicht erfolgreich fortgeführt, de facto sogar verzögert werden kann. Als Randbemerkung sei erwähnt, dass die Begründung einer befristeten Beschäftigung nach WissZeitVG – nämlich das wissenschaftliche Arbeiten – mitunter der Rechtfertigung entbehrt, wenn Forschung vorzugsweise in den Abendstunden und am Wochenende stattfindet. Auf eine erfreulich positive Entwicklung deutet hingegen ein Urteil des Landesarbeitsgerichts Baden-Württemberg hin, das durch den 7. Senat des Bundesarbeitsgerichts 2017 bestätigt wurde [4]. In diesen Urteilen wird klar formuliert, dass die Weiterbildung zum/zur Facharzt*ärztin zeitlich und inhaltlich so strukturiert sein muss, dass sie das Beschäftigungsverhältnis des/der Arztes*Ärztin „prägt“. Dieses Urteil könnte damit als Rechtsgrundlage genutzt werden, um den Arbeitsalltag von Ärzten*innen in der Weiterbildung auch tatsächlich auf selbige auszurichten. Inwiefern die Weiterbildungskataloge der Landesärztekammern in ihrer derzeitigen Form und Fassung dabei hilfreich sind, eine hohe und am gegenwärtigen Stand des medizinischen Wissens ausgerichtete Weiterbildungsqualität zu sichern, bleibt allerdings von diesem Urteil unberührt.

Auch die Weiterbilder*innen stecken in einem Dilemma und finden sich häufig in einer belastenden Doppelrolle wieder. Einerseits tragen sie aus standesorganisatorischer Sicht aufgrund der durch die Ärztekammern übertragenen Befugnisse eine Verantwortung, das Erlernen der in der WBO vorgeschriebenen Fähigkeiten, Fertigkeiten und Kenntnisse zu ermöglichen. Andererseits verlangen die generellen Arbeitsabläufe im Krankenhaus – und nicht zuletzt auch die Umsetzung ökonomisch orientierter Zielvorgaben von Seiten der (kaufmännischen) Krankenhausführung – bereits einen Großteil ihrer zeitlichen Kapazität. Der zeitliche Mehraufwand für die ärztliche Weiterbildung ist im DRG-System finanziell unzureichend abgebildet und „lohnt“ sich deshalb für den jeweiligen Krankenhaus-

betreiber – zumindest auf kurze Sicht gerechnet – nicht. Es wird zwar argumentiert, dass der Aufwand für Weiterbildung in den Kalkulationshäusern pauschal berücksichtigt sei, allerdings wird dieses Argument weder von einer strukturierten Erfassung der Weiterbildungsqualität getragen noch werden die individuell unterschiedlichen Voraussetzungen der einzelnen Kliniken in Bezug auf den Weiterbildungsanspruch ihrer Ärzteschaft berücksichtigt. Unabhängig davon wird bei einer zeitlichen Priorisierung bezüglich der universitären Trias von *Klinik, Forschung und Lehre* nicht selten die Lehre als Erstes geopfert, da hiervon für die berufliche Karriere die geringsten Einbußen zu erwarten sind.

Für das Gesundheitswesen in Deutschland wird der demografische Wandel der Gesellschaft eine der größten Herausforderungen in den kommenden Jahren werden. Alleine in den Jahren 2020–2030 wird sich nach Berechnungen des statistischen Bundesamtes die Anzahl der Menschen im erwerbstätigen Alter (20–67 Jahre) von derzeit 51,8 Millionen (Mio) auf ca. 48,6 Mio verringern, während die Anzahl der Menschen im Alter von 67 oder älter von derzeit 16,2 Mio auf 19 Mio steigt [5]. Diese Veränderungen betreffen den ärztlichen Beruf einerseits dadurch, dass einer nur geringfügig steigenden Zahl an Ärzten*innen eine steigende Zahl an chronisch Kranken und immer älter werdenden Patienten*innen gegenübersteht. In diesem Zusammenhang sei zusätzlich auf die steigende Bedeutung pneumologischer Krankheitsbilder – insbesondere COPD, Pneumonie und Lungenkarzinom – für das Überleben und die mit Einschränkung der Lebensqualität verbrachten Lebensjahre (DALYs) hingewiesen [6]. Andererseits findet der demografische Wandel auch innerhalb der Ärzteschaft statt und wird durch Abwanderung universitär ausgebildeter Ärztinnen und Ärzte in Berufsfelder außerhalb der direkten Patientenversorgung verschärft. Auf den Prozess des demografischen Wandels lässt sich nur wenig Einfluss nehmen. Umso wichtiger ist es, dass ein Maximum der Ressource Arzt für eine dauerhafte Tätigkeit in der direkten Patientenversorgung zur Verfügung steht und dort auch angesiedelt bleibt. Gute Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen können verhindern, dass Ärzte in alternative Betätigungsfelder fern der Patientenversorgung „verloren gehen“ oder Deutschland verlassen. Eine gute Vereinbarkeit von Familie und Beruf scheint dabei ein elementarer Baustein zu sein, um dem weiter steigenden Anteil an Frauen in der Medizin sowie den generell veränderten Familien- und Lebenskonzepten zu begegnen. Hier sind uns z. B. die skandinavischen Länder längst überlegen.

In diesem Zusammenhang sollte gewissenhaft und kritisch evaluiert werden, ob die parallel stattfindenden Prozesse der Digitalisierung des Gesundheitswesens und das Aufkommen neuer Anbieter für Gesundheitsdienstleistungen aus der Technologiebranche die zukünftigen Herausforderungen in der Patientenversorgung zu lösen in der Lage sind oder sogar weiter verschärfen könnten. In einer zweiteiligen Serie im Deutschen Ärzteblatt zum Thema Digitalisierung in der Medizin wurden neben den Chancen der Digitalisierung auch deren Herausforderungen diskutiert und die Notwendigkeit der aktiven ärztlichen Beteiligung in diesem Prozess betont [7, 8]. Für die aktuell hohe Burnout-Prävalenz unter Ärzten in den USA und andern-

orts wird nicht zuletzt mangelnde Unterstützung und mangelnde Souveränität im Umgang mit neuen Technologien und Geräten gesehen, die schließlich die bereits bestehende Zeitnot am Arbeitsplatz weiter verstärkt.

Der Gesundheitszustand von Ärzten*innen rückt seit einiger Zeit zunehmend in den Fokus der Fachöffentlichkeit. Der letzte, 122. Deutsche Ärztetag in Münster hat dieses Thema unter dem Titel „Wenn die Arbeit Ärzte krank macht“ als einen der Tagungsschwerpunkte in das Hauptprogramm aufgenommen [9]. Die Erkenntnis, dass Ärzte*innen nur in einem gesunden Arbeitsumfeld dem Beruf langfristig erhalten bleiben und eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung gewährleisten können, setzt sich erfreulicherweise zunehmend durch. Thomas et al. nennen in einer 2018 publizierten „Charta für ärztliches Wohlergehen“ (engl. „Charter in Physician Wellbeing“) Vorschläge, wie dieses Ziel erreicht werden kann [10].

Umfragen unter jungen Ärzten*innen in der Weiterbildung, die von der AG *Junge Internisten* der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) gemeinsam mit dem Berufsverband Deutscher Internisten (BDI) 2014 und 2016 durchgeführt wurden, haben gezeigt, dass eine von Berufsbeginn an bestehende Tendenz zur Verausgabung sich im Lauf der Weiterbildung noch verstärkt [11, 12]. Besonders gefährdet von einer beruflichen Gratifikationskrise waren dabei die Teilnehmer*innen der Studie, die auch die Qualität der Patientenversorgung als besonders gefährdet eingestuft haben.

Eines der Ziele der neugegründeten AG YoungDGP der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin ist es, die Weiterbildungsqualität und -zufriedenheit der angehenden Pneumologen*innen in Deutschland strukturiert zu erfassen und darauf aufbauend gemeinsam mit den Weiterbildungsbefugten sowie Standesvertretern und Entscheidern im Gesundheitswesen die Qualität zu verbessern beziehungsweise an die sich in Veränderung befindlichen Rahmenbedingungen anzupassen. Mit Unterstützung der DGP und des Berufsverbands der Pneumologen, Schlaf- und Beatmungsmediziner in Deutschland (BdP) wurde eine Umfrage erstellt, die sich insbesondere an Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin, hier v. a. mit dem Schwerpunkt Pneumologie, richtet. Die Umfrage erfolgt anonymisiert, internetbasiert und beleuchtet 5 übergeordnete Themenfelder: Arbeitsbedingungen im Berufsalltag, Organisation der ärztlichen Fort- und Weiterbildung, Vereinbarkeit von Beruf und Familie bzw. Freizeit, Einfluss ökonomischer Erwägungen auf ärztliches Handeln sowie Vereinbarkeit von klinischem Berufsalltag mit Forschung und Wissenschaft. Darüber hinaus wird mit dem „Modell beruflicher Gratifikationskrisen“ ein standardisiertes Messinstrument zur Erfassung der psychosozialen Arbeitsbelastung verwendet. Die Umfrage wird zwischen 16. 09. 2019 und 17. 11. 2019 durchgeführt. Aktuell ist nur ein geringer Teil der sich in Weiterbildung zum Pneumologen befindlichen Ärzte*innen Mitglied in der DGP. Um die Reichweite der Umfrage zu erhöhen, wird die Einladung zur Teilnahme an alle Mitglieder der DGP und des BdP verschickt, mit der Bitte um Weiterleitung an junge Kollegen*innen, die sich aktuell in Weiterbildung befinden oder ihre Weiterbildung erst kürzlich abgeschlossen haben. Ähnliche Umfragen wurden bereits mit der Unterstützung anderer Fachge-

sellschaften durchgeführt und machen entsprechende Vergleiche möglich.

Strukturierte, objektive Daten über die gegenwärtige Einschätzung der Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen aus Sicht der sich in Weiterbildung befindlichen Kollegen*innen stellen eine wertvolle Grundlage für berufs- und standespolitische Diskussionen dar, an denen sich die AG YoungDGP und die AG Nachwuchs des BdP zusammen aktiv beteiligen möchten. Insbesondere können durch die strukturierte Auswertung der hier gewonnenen Daten gesellschaftliche (i. e. demografischer Wandel), politische (i. e. Ökonomisierung und Digitalisierung) sowie persönliche (i. e. „Work-Life-Balance“) Aspekte und deren Einfluss auf die Umsetzbarkeit der Weiterbildungsanforderungen und Qualität der Weiterbildung besser voneinander getrennt werden. Unterstützt werden die AG YoungDGP und die AG Nachwuchs des BdP dabei sowohl von der wissenschaftlichen pneumologischen Fachgesellschaft (DGP) als auch vom Berufsverband der Pneumologen (BdP). Eine lebendige Nachwuchsarbeit ist für beide Organe von großer Wichtigkeit, um ihre prägenden Rollen in der deutschen pneumologischen Landschaft zu wahren und junge Kollegen*innen auch weiterhin für unser spannendes Fachgebiet zu interessieren und zu begeistern sowie attraktive berufliche Perspektiven in allen Versorgungsformen aufzuzeigen.

In der (Muster-)Berufsordnung der Bundesärztekammer für die in Deutschland tätigen Ärzte*innen heißt es in § 2 der Grundsätze, dass „Ärztinnen und Ärzte (...) hinsichtlich ihrer ärztlichen Tätigkeit keine Weisungen von Nichtärzten entgegennehmen (dürfen)“ [13]. Der ärztliche Beruf stellt einen wesentlichen Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge dar, der sich nur durch gut aus- und weitergebildete Ärzte*innen aufrechterhalten lässt. Die eigenen ärztlichen Interessen gegenüber Politik und Markt zu vertreten und eine hohe Qualität der ärztlichen Weiterbildung zu sichern, ist gleichzeitig Privileg und Pflicht einer freien Berufsgruppe.

Interessenkonflikt

TB, JW, CF, MK, SB, RK und MR geben keine Interessenskonflikte bezüglich des publizierten Inhalts an.

OK ist in einem Angestelltenverhältnis mit der DGP.

Literatur

- [1] BÄO – Bundesärzteordnung [Internet]. Available from: https://www.gesetze-im-internet.de/b_o/BJNR018570961.html [cited 2019 Aug 29]
- [2] van den Bussche H, Niemann D, Robra B-P et al. Zuständigkeiten und Konzepte zur ärztlichen Ausbildung und Weiterbildung. Bundesgesundheitsbl 2018; 61: 163–169
- [3] WissZeitVG – Gesetz über befristete Arbeitsverträge in der Wissenschaft [Internet]. Available from: <https://www.gesetze-im-internet.de/wisszeitvg/BJNR050610007.html> [cited 2019 Sep 3]
- [4] Marburger Bund. Marburger Bund erkämpft Erfolg für Ärzte in der Weiterbildung [Internet]. Available from: <http://www.marburgerbund.de/baden-wuerttemberg/pressemitteilung/marburger-bund-erkaempft-erfolg-fuer-aerzte-der-weiterbildung> [cited 2019 Sep 3]

- [5] Statistisches Bundesamt. Ergebnisse der 14. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung [Internet]. Available from: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/Tabellen/variante-1-2-3-altersgruppen.html> [cited 2019 Aug 29]
- [6] WHO. Projections of mortality and causes of death 2015 and 2030 [Internet]. Available from: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/projections2015_2030/en/ [cited 2019 Aug 29]
- [7] Ärzteblatt DÄG Redaktion Deutsches. Digitale Medizin: Es gelingt nur gemeinsam [Internet]. Deutsches Ärzteblatt 2019. Available from: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/206082/Digitale-Medizin-Es-gelingt-nur-gemeinsam> [cited 2019 Apr 9]
- [8] Ärzteblatt DÄG Redaktion Deutsches. Digitale Medizin: Ärzte müssen eingebunden werden [Internet]. Deutsches Ärzteblatt 2019. Available from: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/206354/Digitale-Medizin-Aerzte-muessen-eingebunden-werden> [cited 2019 Apr 9]
- [9] 122. Deutscher Ärztetag – Programmheft – Münster, 28. bis 31. Mai 2019. Available from: <https://www.bundesaerztekammer.de/aerztetag/122-deutscher-aerztetag-2019/>
- [10] Thomas LR, Ripp JA, West CP. Charter on Physician Well-being. JAMA 2018; 319: 1541 – 1542
- [11] Raspe M, Vogelgesang A, Fendel J et al. Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen deutscher Assistenzärztinnen und -ärzte in internistischer Weiterbildung: eine zweite bundesweite Befragung durch die Nachwuchsgruppen von DGIM und BDI. Dtsch med Wochenschr 2018; 143: e42 – e50
- [12] Raspe M, Müller-Marbach A, Schneider M et al. Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen deutscher Assistenzärztinnen und -ärzte in internistischer Weiterbildung. Dtsch med Wochenschr 2016; 141: 202 – 210
- [13] (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte. Deutsches Ärzteblatt, 1. Februar 2019. doi:10.3238/arztebl.2019.mbo_daet2018b