

Allgemeinmedizinische Weiterbildung in den USA

Strukturierte Weiterbildung innerhalb von drei Jahren

Family Medicine Residency in the US

Structured Postgraduate Training within Three Years

Katharina Schmalstieg-Bahr¹, Anne Simmenroth², Eva Hummers¹

Zusammenfassung

In Deutschland sind die stationären und ambulanten Weiterbildungsabschnitte zum Allgemeinmediziner inhaltlich und meist auch organisatorisch streng voneinander getrennt. Der vorliegende Erfahrungsbericht stellt das US-amerikanische Weiterbildungsmodell vor, das sich neben einer guten Organisationsstruktur durch die Parallelität beider Anteile auszeichnet. Die allgemeinmedizinischen Weiterbildungsstätten (AWS), die immer an eine Universität oder ein akkreditiertes Lehrkrankenhaus angeschlossen sind, haben in den Krankenhäusern ihre eigenen Stationen, die einer deutschen allgemein-internistischen Station ähnlich sind. Weiterhin ist das System durch umfangreiche Supervision und regelmäßige Evaluation der Lernenden und der Lehrenden gekennzeichnet. Ärzte in Weiterbildung (ÄiW) tragen in den ersten Jahren weniger Verantwortung, haben aber ein Recht auf Weiterbildung und Feedback. Zwar macht das US-Modell Ortswechsel oder längere Pausen während der Weiterbildung schwierig, ermöglicht aber einen Abschluss innerhalb der Regelzeit und bietet den Vorteil, dass die Weiterbildung aus einer Hand finanziert und organisiert wird. Momentan wird Letzteres teilweise auch von deutschen Weiterbildungsverbänden angeboten, wenn auch mit lokalen Unterschieden und bundesweit noch längst nicht an allen Standorten.

Schlüsselwörter

Weiterbildung Allgemeinmedizin; USA; Deutschland

Summary

In Germany, family medicine residency is strictly split into a hospital part and an ambulatory part in terms of content and – most of the time – organization. This field report pictures the US-American postgraduate training model, which is characterized by the parallelism of both parts as well as a good organizational structure. Family medicine departments are always either part of an accredited teaching hospital or university-affiliated and have their own wards in the hospitals, which are similar to a German general internal medicine ward. Furthermore, the system excels through extensive supervision and frequent evaluations of and by residents (doctors in training) and trainers. Residents carry less responsibility during the first years, but are entitled to training and feedback. Although moving to another place or a longer leave of absence is difficult, the US system facilitates residency completion within the expected timeframe. It has the advantage that the postgraduate training is financed and organized by a single entity. Currently the latter is offered by some German postgraduate training networks, although with regional differences and not available everywhere in Germany.

Keywords

family medicine residency; USA; Germany

Die Feststellung, dass es in Deutschland im Bereich der ambulanten medizinischen Versorgung in den nächsten Jahren zu Engpässen kommen wird, ist nicht neu. Daher sollen mehr junge Ärzte* für die Allgemeinmedizin und eine hausärztliche Niederlassung gewonnen werden. Betrachtet man die allgemeinmedizinische Weiterbildungsordnung (WBO) einer be-

liebigen Ärztekammer (z.B. Niedersachsen), stellt man fest, dass diese überall streng in einen ambulanten und einen stationären Abschnitt gegliedert ist [1]. Die aufgeführten Weiterbildungsinhalte sind teilweise recht grob formuliert, z.B. „Grundlagen der Tumortherapie“, und der quantitative Schwerpunkt der Richtzahlen liegt auf technischen Prozeduren. Einen ande-

ren Ansatz verfolgt hier die DEGAM mit ihrem Vorschlag eines kompetenzbasierten Curriculums Allgemeinmedizin [2], aber auch die im November 2018 von der Bundesärztekammer verabschiedete neue Musterweiterbildungsordnung greift diesen Gedanken auf [3]. Aktuell ist in der (niedersächsischen) WBO lediglich festgelegt, dass im Bereich der Inne-

¹ Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsmedizin Göttingen, Georg-August-Universität Göttingen

² Institut für Allgemeinmedizin, Julius-Maximilians-Universität Würzburg

Peer reviewed article eingereicht: 13.02.2019, akzeptiert: 21.03.2019

DOI 10.3238/zfa.2019.0349-0355

* Es sind stets Personen männlichen und weiblichen Geschlechts gleichermaßen gemeint; aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird im Folgenden nur die männliche Form verwendet.

ren Medizin und der ambulanten hausärztlichen Versorgung gearbeitet werden muss und in der Chirurgie gearbeitet werden darf. Erfahrungen in anderen Fachrichtungen, wie beispielsweise der Pädiatrie sind weder vorgeschrieben noch angeraten. Dass aber eine sektoren- und fachgebietsübergreifende Weiterbildung zum Allgemeinmediziner möglich ist, zeigt der folgende Erfahrungsbericht aus den USA.

Struktur und Organisation der US-Weiterbildung

Die Primärversorgung wird in den USA (neben einigen Pädiatern, Geriatern und nur noch sehr wenigen General Practitioners ohne mehrjährige Weiterbildung) vorwiegend von Allgemeinmediziner (family physicians, FP) und hausärztlich tätigen Internisten (general internal medicine, GIM) übernommen. Im Unterschied zu Deutschland halten sich die beiden Fachrichtungen dabei fast die Waage (39,5 % FP/34,5 % GIM vs. 55,5 %/24,6 %**) [4, 5]. Die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin umfasst in den USA nur drei Jahre, ist aber straff und gut organisiert. Der Inhalt des Curriculums folgt den Vorgaben der Weiterbildungsordnung. Diese ist (in allen Fachrichtungen jeweils) landesweit in den gesamten USA einheitlich und wird von der privaten, gemeinnützigen ACGME (Accreditation Council of Graduate Medical Education) festgesetzt [6]. Die allgemeinmedizinische Weiterbildungsordnung ist mit 39 Seiten recht umfangreich und unterscheidet in Core-, Detail- und Outcome-Erfordernisse. So müssen alle Weiterbildungsstätten über bestimmte Strukturen, Ressourcen und Prozesse verfügen, um Ärzte in Weiterbildung (ÄiW) zu beschäftigen (core). Teilweise ist genau beschrieben, wie die Kern-Erfordernisse (core requirements) erreicht werden sollen (detail) und welche mess- oder beobachtbaren Attribute (Wissen, Fertigkeiten, Einstellungen) ein Arzt in bestimmten Stadien seiner Weiterbildung haben sollte (outcome). Des

Weiteren bestimmt die ACGME u.a. welche Qualifikationen der program director einer allgemeinmedizinischen Weiterbildungsstätte (AWS) haben muss, wie hoch die maximale Arbeitsbelastung der ÄiW sein darf und wie oft Evaluationen – sowohl der Lehrenden als auch der Lernenden – stattfinden sollen. Außerdem kontrolliert die ACGME die Umsetzung der Vorgaben und akkreditiert alle AWS [6]. Diese sind immer Teil einer Universität oder eines Lehrkrankenhauses und meist mit einer großen Praxis räumlich direkt an das Krankenhaus angeschlossen, vergleichbar mit einem medizinischen Versorgungszentrum in Deutschland.

Angemerkt sei, dass in den USA eine personelle Trennung zwischen der Verantwortlichkeit für die medizinische Versorgung (durch den department chairman als physician-in-chief) und der Verantwortlichkeit für die Weiterbildung (durch den program director) stattfindet. Inwieweit der chairman die medizinische Versorgung auf den program director (PrD) überträgt und sich selbst eher (krankenhaus-)politischen und finanziellen Aufgaben widmet, ist von Haus zu Haus unterschiedlich. Die Hierarchie ist aber insgesamt flacher, da kein Unterschied zwischen Oberärzten und Fachärzten ohne Oberarztstelle gemacht wird. Als Angestellte einer AWS übernehmen alle attending physicians (kurz: attendings, A) die Aufgaben eines Oberarztes.

Das allgemeinmedizinische Curriculum sieht aufgrund der Breite des Stoffgebiets im Vergleich zu allen anderen Facharztweiterbildungen die meisten Fachwechsel (Rotationen) vor, wie aus Tabelle 1 zu erkennen ist. Hierbei finden die Rotationen des ersten Jahres überwiegend in der stationären Versorgung statt, die des dritten Jahres überwiegend ambulant. Möchte jemand sein Wissen in einem bestimmten Bereich erweitern, kann er dies während der Wahlrotationen im dritten Jahr tun. Am Ersten jedes Monats beginnt während der gesamten Weiterbildungszeit für alle ÄiW eine jeweils neue Rotation. ÄiW an-

derer Fachrichtungen rotieren ebenfalls nach einem festen Schema, jedoch weniger häufig. Es wird erwartet, dass sich alle ÄiW als aktive Teammitglieder einbringen, auch wenn die Rotation in der Regel nur vier Wochen dauert. Program directors und attendings sind es gewohnt, mit neuen Teams zu arbeiten. „Festes“ ärztliches Personal, das permanent auf einer Station tätig ist, gibt es in den USA wenig. Die attendings wechseln meist wöchentlich, sind in dieser Zeit aber auch nachts per Telefon erreichbar. Das Pflegepersonal wird bevorzugt auf einer bestimmten Station eingeteilt, wechselt aber nach Bedarf ebenfalls.

Jede AWS beschäftigt einen nicht ärztlichen Koordinator, dessen Aufgabe die Einteilung der ÄiW entsprechend dem Rotationsplan ist. Hierdurch wird gewährleistet, dass alle ÄiW am Ende der drei Jahre das vorgeschriebene Curriculum durchlaufen haben. Kommt es zu personellen Ausfällen, stellt der Koordinator den Rotationsplan entsprechend um. Rotationen in andere Fachrichtungen oder Krankenhäuser sind Teil des Curriculums und werden ebenfalls durch den Koordinator organisiert. Besitzt das eigene Krankenhaus keine entsprechende Abteilung oder Station, finden z.B. pädiatrische Rotationen in einem Kinderkrankenhaus statt.

Das US-amerikanische Weiterbildungscurriculum ist sehr breit und schließt auch die Geburtshilfe ein (Tab. 1) [6]. Dies ist historisch begründet und der Weite des Landes geschuldet [7]. Die meisten Amerikaner haben aber heute (zumindest geografisch) guten Zugang zu verschiedenen Fachbereichen des Gesundheitssystems, und die sehr breite Primärversorgung bleibt nur in wenigen ländlichen Regionen wichtig [8]. Daher ist die Geburtshilfe als verpflichtender Weiterbildungsinhalt für Allgemeinmediziner in der Diskussion. Die meisten family physicians bieten dies nach ihrer Weiterbildung u.a. aufgrund der erheblichen Kosten der Berufshaftpflichtversicherung nicht an [9].

** Zur Ermittlung der Prozentangaben für Deutschland wurden Allgemeinmediziner, hausärztlich tätige Internisten, Kinderärzte und Praktische Ärzte berücksichtigt – entsprechend den Angaben der KBV zur vertragsärztlichen Versorgung [5].

Der abgebildete Rotationsplan der Allgemeinmedizinischen Abteilung des Akron General Hospitals (Akron, Ohio, USA) stellt exemplarisch das Curriculum für die Facharztausbildung in den USA über drei Weiterbildungsjahre (WBJ) dar. Im ersten Jahr finden überwiegend stationäre (S), gegen Ende der Ausbildung überwiegend ambulante (A) Rotationen statt. Ebenfalls gibt es kombinierte Rotationen (A/S): Hier begleitet ein AiW einen ihm zugeteilten Oberarzt – sowohl bei dessen Arbeit im Krankenhaus als auch in der Sprechstunde. Alle Rotationen sind, so nicht anders angegeben, einen Monat lang. Während der gesamten Ausbildung und unabhängig von der Rotation arbeiten AiW in der hausärztlichen Praxis der Abteilung und erhalten Fortbildungszeit.

WBJ 1	WBJ 2	WBJ 3
Grundlagen der Allgemeinmedizin (A)	Grundlagen der Allgemeinmedizin II (A)	Dermatologie (A) 0,5 Mo/Wundzentrum (A) 0,5 Mo
Allgemeine/Innere Medizin (S)	Pulmonologie (A) 0,5 Mo/ Gastroenterologie (A/S) 0,5 Mo	Urologie – Kinder und Erwachsene (A)
Allgemeinmedizin (S)	Allgemeinmedizin (S) 2 Mo	Allgemeinmedizin (S) 2 Mo
Kardiovaskuläre Intensivstation (S)	Internistische Intensivstation (S)	Geriatrie (A)
Orthopädie (A)	Praxis Management (A)	Praxis Management (A) 0,5 Mo/Kardiologie (A) 0,5 Mo
Gynäkologie (A)	Pharmakologie (A)	Sportmedizin (A)
Chirurgie (A/S)	Notaufnahme – Erwachsene (S)	Allgemeinmedizin in nicht zur Abteilung gehörender Praxis (A)
Notaufnahme – Erwachsene (S)		
Notaufnahme – Kinder (S)	Neonatologie (S) 0,5 Mo / Arbeitsmedizin (A) 0,5 Mo	Augenheilkunde (A) 0,5 Mo/HNO (A) 0,5 Mo
Geburtshilfe (S)	Geburtshilfe (S)	Wahlrotation (A oder S) 3 x 1 Mo
Pädiatrie (S)	Pädiatrie (S)	
Pädiatrie (A)	Pädiatrie (A)	
Hausärztliche Betreuung von Patienten in der Praxis der Abteilung: 0,5–1 Tag/Woche	Hausärztliche Betreuung von Patienten in der Praxis der Abteilung: 1–1,5 Tage/Woche	Hausärztliche Betreuung von Patienten in der Praxis der Abteilung: 1,5–2 Tage/Woche
0,5 Tag/Woche Fortbildungszeit (Vorlesungen, Workshops)		

WBJ = Weiterbildungsjahr, A = ambulante Rotation, S = stationäre Rotation, A/S = kombinierte Rotation

Tabelle 1 Rotationsplan der Allgemeinmedizinischen Abteilung des Akron General Hospitals (Akron, Ohio, USA) (mit freundlicher Genehmigung der Cleveland Clinic/Akron General, Center for Family Medicine)

Parallele stationäre und ambulante Weiterbildung

Durch die örtliche und organisatorische Einheit von Praxis und Krankenhaus mit der allgemeinmedizinischen Station finden die stationäre und die ambulante Weiterbildung parallel statt. Beispielsweise ist es möglich, als Teil des Stationsteams morgens Visite zu machen und nachmittags Patienten in der Praxis zu sehen. Im Vergleich zu den monatlich wechselnden Rotationen (stationär oder ambulant, z.B. in einer HNO- oder Kinderarztpraxis) ziehen sich die Sprechzeiten in der allgemeinmedizinischen Praxis wie ein roter Faden durch die Weiterbildungszeit: Vom ersten Tag an haben alle allgemeinmedizinischen AiW ihre eigene Sprechstunde und eigene ihnen zugeteilte ambulante Patienten, die sie in den nächsten drei Jahren hausärztlich betreuen. Im Verlauf kom-

men mehr Sprechzeiten hinzu (0,5 Tage/Woche im ersten Jahr, 2 Tage/Woche im dritten Jahr) und weniger Zeit wird für die jeweilige, monatlich wechselnde Rotation aufgewendet. Außerdem nimmt die Anzahl der hausärztlich zu versorgenden Patienten zu. Sieht man anfangs ein bis zwei Patienten pro Halbtage, sind es am Ende des dritten Jahres zehn bis elf. Je nach Praxisstruktur und Umfang der an nicht ärztliche Mitarbeiter delegierbaren Aufgaben entspricht diese Zahl dem, was auch Fachärzte während ihrer eigenen Sprechstunde leisten, was sich durch die ausführliche Dokumentation erklärt: Für jeden Patientenkontakt muss eine komplette, elektronische **SOAP-Note** verfasst werden – eine Notiz, die sowohl die **subjektiven Beschwerden (S)**, die **objektiven Befunde (O)**, die **Beurteilung des Falls (A für assessment)** und den **Plan (P)**

für das weitere Vorgehen beinhaltet. Idealerweise sieht jeder Arzt in Weiterbildung (AiW) regelmäßig die eigenen Patienten, um Kontinuität und die Arzt-Patient-Beziehung zu fördern. In der Realität müssen aber häufiger Patienten von anderen Kollegen behandelt werden, was jedoch im Lauf der Weiterbildung und mit Zunahme der Sprechzeiten abnimmt.

Die allgemeinmedizinische Station

In Deutschland nahezu unbekannt ist eine allgemeinmedizinische Station im Krankenhaus. Diese ist ausschließlich mit AiW und attendings der Allgemeinmedizin besetzt und ist einer deutschen allgemein-internistischen Station recht ähnlich. Ob ein Patient bei Aufnahme auf die allgemeinmedizinische oder internistische Station kommt, richtet sich nach dem jeweiligen einweisenden

Hausarzt: Ist dieser in der Ausbildungspraxis tätig (als AiW oder A), kommt der Patient auf die allgemeinmedizinische Station; arbeitet der Hausarzt in einer unabhängigen Praxis oder hat der Patient gar keinen Hausarzt, wird er ein internistischer Patient. Zu dieser Einteilung gibt es nur wenige Ausnahmen, wie z.B. dringlich herzkatheterpflichtige Patienten, die auf der kardiologischen Intensivstation betreut werden. Hingegen erhalten z.B. Patienten mit leichter Troponin-Erhöhung und ohne EKG-Veränderungen ein Telemetrie-Bett auf der allgemeinmedizinischen Station. Es liegt im Ermessen des allgemeinmedizinischen Teams, einen Kardiologen zu konsultieren oder nicht. In einigen Häusern besitzt die Allgemeinmedizin sogar Betten auf der Intensivstation. Konsile werden insgesamt sehr häufig gestellt – sowohl durch als auch an die Allgemeinmedizin. Die Zuordnung zu einer Fachrichtung sowie die initiale Diagnostik und Behandlung des Patienten finden meistens bereits in der Notaufnahme statt (Notfallmedizin ist eine eigenständige Fachrichtung in den USA). Es kann vorkommen, dass man als AiW seine eigenen Patienten, die man ambulant betreut, zugleich stationär behandelt – nämlich dann, wenn man zum „richtigen Zeitpunkt“ für die Stationsarbeit eingeteilt ist. Ist man nicht Teil des Stationsteams, sollte man wenigstens einen social visit bei seinen Patienten einplanen. Viele, insbesondere ältere Menschen sind es gewohnt, ihren Hausarzt auch im Krankenhaus zu sehen. Das hängt damit zusammen, dass ältere, selbstständige – also nicht einer AWS angehörende – Allgemeinmediziner noch Belegbetten im Krankenhaus haben, die sie zur unabhängigen und eigenständigen Behandlung ihrer Patienten nutzen können. Die Belegbetten dieser niedergelassenen Allgemeinmediziner sind aber nicht zu verwechseln mit der allgemeinmedizinischen Station einer Weiterbildungsstätte, die permanent durch ein hierfür eingeteiltes Team besetzt ist. Allerdings lassen immer mehr selbstständige Allgemeinmediziner – ähnlich dem deutschen Modell – ihre stationären

Patienten von einem Krankenhaus-Team betreuen, entweder einem Zusammenschluss von Krankenhaus-Fachärzten (hospitalists) [10] oder dem Stationsteam einer AWS.

Supervision und Erfolgskontrolle

Die AiW im ersten Jahr werden als interns bezeichnet und nehmen eine Position zwischen Arzt und Studierenden ein, die des zweiten und dritten Jahres werden seniors genannt. Als intern arbeitet man nicht alleine auf Station; es muss ein senior anwesend sein, der anleitet, kontrolliert und ggf. Fragen beantwortet. Als intern ist man verpflichtet, nahezu jeden Arbeitsschritt in wenigen Sätzen zunächst dem senior vorzustellen – auch wenn man sich seiner Sache sicher ist und keine Fragen hat: Von der gerade erhobenen Anamnese bis hin zur geplanten Anordnung wird jeder Patient mit dem senior kurz besprochen, der dann entscheidet, ob der A (meist per Telefon) hinzugezogen werden muss oder nicht. Jedoch gilt grundsätzlich, dass alle neuen Aufnahmen mit dem A besprochen werden müssen. Inwiefern diese gebündelt oder mit der Therapie bereits begonnen werden kann, bevor man den A anruft, ist Erfahrungs- und Ermessenssache des seniors. Diese Rangordnung und die Verpflichtung zur Absprache sind allen bekannt und gehören zur Arbeitsplatzbeschreibung. Dass ein senior oder A aufgrund eines vermeintlich überflüssigen Anrufs oder Nachfragens den AiW bzw. intern kritisiert oder gar ausfallend wird, kommt daher selten vor. Das Pflegepersonal hält sich ebenfalls an diese Abfolge – und ruft zunächst den intern an, auch wenn das bedeutet, dass die Pflegekraft etwas länger auf eine Antwort warten muss.

In der ambulanten Versorgung erfolgt der Einstieg ins Berufsleben ebenfalls schrittweise. Nach jeder Untersuchung eines neuen Patienten verlässt der AiW zunächst das Sprechzimmer und diskutiert Fall und Therapievorschlag mit dem attending (Anamnese und körperliche Untersuchung werden teilweise von

einem A per Videokamera live beobachtet). Anschließend vergewissert sich der A von der Richtigkeit des Untersuchungsbefunds, bevor er das Sprechzimmer wieder verlässt und AiW und Patient dann den Therapieplan besprechen. Dieser Prozess wird als precepting bezeichnet. Der A, der die Sprechstunde der AiW kontrolliert und als Ansprechpartner bereitsteht, ist währenddessen für keine andere Tätigkeit eingeplant. Im Laufe der Ausbildung nimmt die Patientenzahl der AiW zu und das Maß an Kontrolle ab: So fällt beispielsweise das Videomonitoring und die Untersuchung durch den A weg, Fälle können gebündelt besprochen werden, und am Ende der drei Jahre leistet der A nach der Sprechstunde eines AiW im Wesentlichen nur die vom Gesetzgeber geforderte Unterschrift eines Facharztes zur Abrechnung mit den Krankenkassen.

Mentoring

Jedem AiW wird zu Beginn der Weiterbildung ein A als Mentor zugewiesen. Dieser soll bei Bedarf als Ansprechpartner für allgemeine, übergeordnete Weiterbildungsbelange bereitstehen. Mindestens alle drei bis sechs Monate findet ein Weiterbildungs-gespräch mit dem Mentor, ggf. zusätzlich mit dem Chef der Weiterbildungsstätte, statt, das der Erfolgskontrolle dient. Hierbei werden u.a. die Evaluationen der einzelnen Rotationen besprochen und die Ergebnisse des schriftlichen, jährlich stattfindenden in-service Exams, welches der später folgenden Facharztprüfung relativ ähnlich ist. Erwartet wird ein Wissenszuwachs im Laufe der Zeit. Bleibt dieser aus, d.h., werden die Ergebnisse der in-service-Examina nicht besser, werden zunächst Maßnahmen wie z.B. zusätzliche Pflichtliteratur, Online-Kurse oder in Ausnahmefällen die Wiederholung einer Rotation angeordnet. Sind auch diese nicht erfolgreich, wird man nicht ins nächste Jahr versetzt und verliert seinen Weiterbildungsplatz. Es ist daher nicht möglich, über die geplante Ausbildungszeit hinaus AiW zu bleiben, sieht man von Unterbrechungen wegen Krankheit, Mutterschutz oder zu Forschungszwecken ab.

Recht auf Weiterbildung

Zuweilen hat man das Gefühl, dass man in den USA insbesondere am Beginn der Ausbildung noch nicht als „richtiger“ Arzt betrachtet wird – weder von Kollegen noch vom Pflegepersonal oder den Patienten. Auf der anderen Seite hat man als AiW einen Rechtsanspruch auf Weiterbildung: Ein halber Tag pro Woche ist für Vorlesungen und Seminare reserviert. Teilweise finden diese abteilungsintern statt und werden von attendings, (älteren) AiW oder von externen, eingeladenen Dozenten gestaltet. Gelegentlich werden während dieser Zeit praktische Fertigkeiten geübt oder vertieft. Teilweise finden Vorlesungen aber auch interdisziplinär statt, zu denen je nach Größe der sich beteiligenden Fachrichtungen 50 und mehr AiW anwesend sind. Dieser Nachmittag wird als „geschützte Zeit“ betrachtet. AiW werden wäh-

rend dieser Zeit für keine weiteren Tätigkeiten eingeteilt. Jedoch kommt es gelegentlich vor, dass ein senior ungeplante Aufgaben, wie Notfälle oder Aufnahmen auf Station, erledigen muss. Als intern kann und muss man an dieser wöchentlichen Fortbildung immer teilnehmen, und in den allermeisten Fällen schafft man es auch im zweiten und dritten Jahr.

Die AiW werden nicht nur kontinuierlich bewertet, sondern evaluieren auch ihrerseits die Qualität ihrer Weiterbildung. Dies und die Ergebnisse der Facharztprüfungen der Absolventen haben direkten Einfluss auf die Weiterbildungsbefugnis der AWS.

Bewerbung

Zur Bewerbung auf einen Weiterbildungsplatz in den USA braucht man zunächst das amerikanische Staatsexamen – auch wenn man bereits die deutsche Approbation besitzt. Zeit,

die man eventuell bereits als AiW in Deutschland (oder einem anderen Land außerhalb der USA) gearbeitet hat, wird nicht anerkannt. Das amerikanische Examen – bekannt als USMLE (United States Medical Licensing Examination) – erfordert das Bestehen von zwei schriftlichen, computerbasierten Prüfungen (Step 1 und Step 2 CK/Clinical Knowledge) sowie einer praktischen Prüfung (Step 2 CS/Clinical Skills). Die Examenkosten sind mit \$ 940 (jeweils für Step 1 und 2 CK) bzw. \$ 1580 (Step 2 CS) nicht unerheblich [11]. Step 1 und Step 2 CK können in Deutschland absolviert werden [12]. Step 2 CS erfordert den Flug in die USA [13], da hierbei mithilfe von englischsprachigen Simulations-(Schauspiel-)Patienten Anamneseerhebung, körperliche Untersuchung und das Ausformulieren einer Patientenvorstellung inklusive initialer Diagnostik demonstriert werden müssen.

Als ausländischer Arzt oder Medizinstudent meldet man sich für die Prüfungen über die Internetseite von ECFMG (Educational Commission for Foreign Medical Graduates) an [14]. Nach bestandenem Examen kann man von dieser Internetseite aus mithilfe eines Links zu ERAS (Electronic Residency Application Service) seine Bewerbung auf eine Weiterbildungsstelle beginnen. Als Bewerber hofft man darauf, zu Gesprächen in mehreren Weiterbildungsstätten eingeladen zu werden – in der Regel sechs bis neun Monate vor einem eventuellen Arbeitsbeginn.

Wurde vor 15 Jahren noch um potenzielle AiW geworben [15] und Stellen zunehmend an Bewerber aus dem Ausland vergeben [16], ist der Bewerbungsprozess in den letzten Jahren kompetitiver geworden. International Medical Graduates (IMGs) erhalten immer seltener einen Weiterbildungsplatz: Kamen 2008 noch 20 % aller erfolgreichen Bewerber im Fach Allgemeinmedizin aus dem Ausland, waren es 2017 nur 10,5 % [17].

Anerkennung in Deutschland

Die Anerkennung der US-Facharztqualifikation in Deutschland ist nicht unproblematisch, aber nach Antragsstellung [18] möglich, wenn man zu-

Glossar

attending (physician): Facharzt

department chairman: Leiter einer medizinischen Abteilung

family physician: Allgemeinmediziner

general internal medicine: Allgemeine/Hausärztliche Innere Medizin

general practitioner: In den USA werden so praktische Ärzte ohne formale Weiterbildung bezeichnet.

hospitalist: Im Krankenhaus tätiger Facharzt, der in einem Zusammenschluss von Fachärzten (*hospitalist group*) arbeitet. Die Gruppe beteiligt sich teilweise indirekt an der Weiterbildung, indem ein einzelner Arzt in Weiterbildung einen Facharzt für mehrere Wochen begleitet. Die Gruppe organisiert aber kein eigenes Weiterbildungsprogramm.

international medical graduate: Arzt, der seine Approbation außerhalb der USA erworben hat. Oft schließt die Bezeichnung US-Amerikaner, die im Ausland studiert haben, mit ein.

intern: Arzt im ersten Weiterbildungsjahr

physician-in-chief: Chefarzt

precepting: Hierbei präsentiert ein Arzt in Weiterbildung einem Facharzt einen Patientenfall und schlägt eine Diagnose und Therapie vor. Der Facharzt gibt unmittelbar Feedback, teilweise untersucht er den Patienten zuvor selbst.

program director: Für das Weiterbildungsprogramm einer Abteilung verantwortlicher Facharzt.

senior: Arzt im zweiten (oder höheren) Weiterbildungsjahr

social visit: Der Hausarzt besucht seinen stationär liegenden Patienten. Hierbei geht es nicht primär – wie bei der Visite – um die medizinische Behandlung, sondern erfüllt einen sozialen Zweck. Viele Patienten schätzen einen solchen Besuch sehr. Er gilt als gutes Mittel, um die Arzt-Patienten-Beziehung zu stärken.

technician: Medizinisch-technischer Assistent (MTA). Dieser unterstützt, ähnlich dem deutschen System, Ärzte und Pflegekräfte je nach Spezialisierung im Bereich des Labors, der Funktions- oder bildgebenden Diagnostik. In den USA übernehmen technicians aber oft Tätigkeiten, die hierzulande als ärztliche Aufgabe zählen, z.B. Ultraschalluntersuchungen.

sätzliche 24 (und somit insgesamt 60) Monate Arbeitszeit und alle laut WBO geforderten Richtzahlen nachweisen kann. Hierbei stellen insbesondere Ultraschall- und Duplex-Untersuchungen ein Problem dar, da diese in den USA in der Regel von technicians durchgeführt werden. Wurde dem Antrag auf Anerkennung stattgegeben, erhält man nicht automatisch das EU-Äquivalent, sondern muss zunächst drei Jahre in Deutschland als Facharzt gearbeitet haben. Dies ließe sich – in der Theorie – umgehen, wenn man Rotationen einzeln auflisten und sich nach WBO regulär zur Facharztprüfung anmelden würde. Da aber in Deutschland Weiterbildungsabschnitte unter drei Monaten nicht anerkannt werden [1], bleibt einem nur der Antrag auf Anerkennung der im Ausland erworbenen Bezeichnung.

Vergleich Deutschland – USA

In den USA ist die Allgemeinmedizin genau wie die Innere Medizin eine eigenständige bettenführende Fachrichtung innerhalb vieler Krankenhäuser. Zusätzlich gibt es die an das Krankenhaus angegliederte Praxis der AWS. Es gibt keine eingeschränkten bzw. partiellen Weiterbildungsbefugnisse, weshalb die Suche nach Weiterbildungsstellen für unterschiedliche Abschnitte entfällt. Daneben gibt es wie in Deutschland freie/selbstständige Praxen, die jedoch keine ÄiW beschäftigen.

Hat man bereits in einem deutschen Krankenhaus gearbeitet, ist sicherlich die Rangordnung innerhalb der ÄiW gewöhnungsbedürftig – haben doch in Deutschland alle ÄiW die gleichen Rechte und Pflichten. Keiner ist dem anderen weisungsbefugt; man ist auch nicht dafür verantwortlich, wenn Kollegen durch Unerfahrenheit falsche Entscheidungen treffen. Dafür kämpft man oft als ÄiW, insbesondere während der ersten Dienste, auf einsamer Flur und gegen die eigene Nervosität. In den USA treffen Ärzte im ersten Weiterbildungsjahr kaum eigene Entscheidungen ohne vorherige Absprache. Selbst ab dem zweiten Weiterbildungsjahr gibt es klare Vorgaben, wann ein A angerufen werden muss. Auf der anderen Seite sind amerikanische ÄiW bereits im zweiten Jahr für die Ein-

arbeitung und Superversion der „jüngeren“ Kollegen zuständig [19].

Insgesamt ist das amerikanische System darauf ausgelegt, dass Weiterbildungsstätten weniger Patienten pro Zeiteinheit behandeln können, da einzelne Schritte oft mehrfach besprochen oder ausgeführt werden. Es ist z.B. üblich, dass die ÄiW eine Vorvisite machen. Im Laufe jedes einzelnen Tages findet dann zusätzlich eine zusammen mit dem attending statt.

Ermöglichen die Strukturen des amerikanischen Systems einen zügigen Abschluss, lassen sie auf der anderen Seite wenig privaten Spielraum. Ein Ortswechsel während der Weiterbildung ist so aufwendig, dass dies praktisch nicht vorkommt. Im Fall einer (unkomplizierten) Schwanger-

ung zu bieten. Aktuell finden sich hier noch deutliche regionale Unterschiede bzw. ist dies nicht überall in Deutschland möglich [20]. Weiterbildungsabschnitte unter drei Monaten werden nicht anerkannt [1] und selbst sechsmonatige Abschnitte werden in der öffentlichen Diskussion als zu kurz erachtet mit dem Argument, ÄiW könnten in dieser Zeit keine „richtige Arbeit“ leisten. Damit verbunden ist die Einstellung, dass ÄiW nur Arbeitskräfte sind und nicht als Lernende mit einem Anspruch auf Wissensvermittlung, Feedback und Begleitung angesehen werden. Hier ist ein Umdenken aller Leiter einer Weiterbildungsstätte notwendig und nachfolgend eine Anpassung der Strukturen und Organisation.



Katharina Schmalstieg-Bahr ...

... hat von 2012–2015 ihre all-gemeinmedizinische Facharztausbildung am Akron General Hospital in Ohio, USA absolviert. Seitdem ist sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin des Instituts für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Göttingen tätig und forscht zu den Themen Schlaf- und Beruhigungsmittel sowie Früherkennung von Vorhofflimmern.

schaft wird bis zur Geburt gearbeitet, anschließend kann die Weiterbildung für maximal acht Wochen unterbrochen werden. Auch ist es sehr schwierig, das Weiterbildungsfach zu wechseln.

Insgesamt bietet die allgemeinmedizinische Weiterbildung in den USA jedoch viele Vorteile, und Teilaspekte ließen sich in die hiesige Weiterbildung integrieren. So bemühen sich momentan die Weiterbildungsverbände um eine voll umfängliche Weiterbildungsbefugnis, um in Deutschland eine sektorenübergreifende Weiterbildung ohne Unterbre-

Interessenkonflikte:

keine angegeben.

Literatur

1. www.aekn.de/fileadmin/media/Downloadcenter/Weiterbildung/WBO-Gebietsweiterbildungen/01_Allgemeinmedizin.pdf (letzter Zugriff am 13.02.2019)
2. https://kann-niedersachsen.de/media/event_group/2/attachment-1531136451.pdf (letzter Zugriff am 05.02.2019)
3. www.bundesaerztekammer.de/aerzte/aus-weiter-fortbildung/weiterbildung/muster-weiterbildungsordnung/ (letzter Zugriff am 12.02.2019)
4. Petterson S, McNellis R, Klink K, Meyers D, Bazemore A. The state of primary care in the United States: a chartbook of facts and statistics. 2018. www.aafp.org/dam/rgc/documents/publications-reports/reports/PrimaryCareChartbook.pdf (letzter Zugriff am 05.04.2019)
5. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, Stand: 31.12.2017. www.kbv.de/media/sp/2017_12_31_BAR_Statistik.pdf (letzter Zugriff am 01.03.2019)
6. www.acgme.org/ (letzter Zugriff am 13.02.2019)
7. Williams AP, Schwartz WB, Newhouse JP, Bennett BW. How many miles to the doctor? N Engl J Med 1983; 309: 958–963

8. Collins C. Rural health care: redefining access. *N C Med J* 2015; 76: 20–23
9. Young RA, Sundermeyer RL. Family medicine and obstetrics: let's stop pretending. *J Am Board Fam Med* 2018; 31: 328–331
10. Ivins D, Blackburn B, Peterson LE, Newton WP, Puffer JC. A majority of family physicians use a hospitalist service when their patients require inpatient care. *J Prim Care Community Health* 2015; 6: 70–76
11. www.ecfmg.org/news/category/fees/ (letzter Zugriff am 19.02.2019)
12. www.prometric.com/en-us/Pages/home.aspx (letzter Zugriff am 19.02.2019)
13. www.csecassessments.org/test-centers/ (letzter Zugriff am 19.02.2019)
14. www.ecfmg.org/ (letzter Zugriff am 13.02.2019)
15. Chenot, JF. Facharztweiterbildung Primärversorgung in den USA, *Z Allg Med* 2004; 80: 124–128
16. Brotherton SE, Simon FA, Tomany SC. US graduate medical education, 1999–2000. *JAMA* 2000; 284: 1121–1126
17. www.nrmp.org/report-archives/ (letzter Zugriff am 19.02.2019)
18. www.aekn.de/fileadmin/media/Downloadcenter/Weiterbildung/Dokumente/AntragBezeichnungAusland_2015.pdf (letzter Zugriff am 19.02.2019)
19. Al Achkar M, Davies MK, Busha ME, Oh RC. Resident-as-teacher in family medicine: a CERA survey. *Fam Med* 2015; 47: 452–458
20. www.kvn.de/Praxis/Verbundweiterbildung (letzter Zugriff am 13.02.2019)

Korrespondenzadresse

Katharina Schmalstieg-Bahr, M.D.
Institut für Allgemeinmedizin,
Georg-August-Universität Göttingen
Humboldtallee 38
37073 Göttingen
Tel.: 0551 39-22638
Katharina.Schmalstieg@med.uni-goettingen.de

Inkl. 54. DEGAM-Kongress

BERLIN
JUNE 24–27, 2020

25th WONCA EUROPE CONFERENCE

Core Values of Family Medicine: Threats and Opportunities

Conference Secretariat: GUARANT International
Na Pankraci 17, 140 21 Prague 4, Czech Republic, Phone: +420 284 001 444
E-mail: woncaeurope2020@guarant.cz, www.facebook.com/woncaeurope2020/

www.woncaeurope2020.org

