



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR  
GEFÄSSCHIRURGIE UND GEFÄSSMEDIZIN  
WIR DENKEN GEFÄSSE WEITER

## Gefäße im Fokus – der DGG-Podcast

**Folge:** 5

**Titel:** Zukunft der Weiterbildung

**Gast:** PD Dr. Katrin Meisenbacher

**Moderation:** Prof. Dr. Farzin Adili

**Veröffentlichung:**

**Länge:** 27:52

**Adili:** Herzlich willkommen zu *Gefäße im Fokus*, dem Podcast der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin. Ganz nach unserem Motto, „Wir denken Gefäße weiter“, nehmen wir uns einmal im Monat die aktuellen Entwicklungen, Herausforderungen und Chancen unseres Fachgebiets vor. Mein Name ist Farzin Adili, ich bin Direktor der Klinik für Gefäßchirurgie am Klinikum Darmstadt und derzeitiger Präsident der DGG. Unser heutiges Thema ist die gefäßchirurgische Weiterbildung. Wie können wir Ausbildung und Fortbildung so gestalten, dass sie im Klinikalltag funktioniert und gleichzeitig modern, praxisnah und patientenzentriert bleibt? Und wie können wir den technologischen Fortschritt sinnvoll in die Aus- und Weiterbildung integrieren? Zu diesem Thema habe ich mir eine hochkompetente Gesprächspartnerin eingeladen, Frau Privatdozentin Dr. Katrin Meisenbacher, Oberärztin am Universitätsklinikum in Heidelberg, Leiterin der Kommission für Aus- und Weiterbildung unserer Fachgesellschaft und Master of Medical Education, also jemand, der auch in der Theorie der Lehre sehr, sehr gut bewandert ist. Herzlich willkommen, Katrin.

**Meisenbacher:** Hallo Farzin, vielen herzlichen Dank für die Einladung. Ich freue mich sehr auf unser Gespräch.

**Adili:** Ja, mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz und dem Krankenhausreformenpassungsgesetz, der Einführung der Hybrid-DRGs für praktisch alle Gefäßinterventionen und den Bemühungen um die Stärkung der ambulanten Versorgung werden wir für die Leistungserbringung ganz neue Rahmenbedingungen bekommen. Und diese Rahmenbedingungen werden selbstverständlich auch einen tiefen Effekt auf die Aus- und Weiterbildung in den Krankenhäusern, aber auch in den Praxen haben. Wie siehst du die Lage?

**Meisenbacher:** Ja, ich glaube, wir stehen tatsächlich an einem Wendepunkt. Diese Reformen greifen ja nicht nur tief in die Struktur der Versorgung ein, Stichwort Leistungsgruppen, stärkere Zentralisierung, sondern in unserem inhaltlichen Kontext jetzt hier heute bedeutet das eben auch





DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR  
GEFÄSSCHIRURGIE UND GEFÄSSMEDIZIN  
WIR DENKEN GEFÄSSE WEITER

automatisch, dass Weiterbildung nicht mehr an jeder Klinik im gleichen Umfang möglich sein wird. Es wird also Schwerpunkte geben und wir müssen uns fragen, wo werden Weiterzubildende denn welche Kompetenzen erwerben können?

Und gleichzeitig denke ich, dass sich schon bekannte Probleme ein Stück weit auch verschärfen. Wir haben eine Ungleichverteilung in den Fallzahlen zwischen den einzelnen Zentren und den jeweiligen Häusern. Es kommt ein immenser Zeitdruck im Alltag dazu. OP-Säle müssen effizient laufen, das weißt du besser als ich. Und die Weiterbildung steht oft hinten an ein bisschen. Und letztendlich auch die Didaktik. Die chirurgische Weiterbildung ist, denke ich, seit den 50er Jahren ungefähr so angelegt, dass sie so ein On-the-Go ist, Learning on the Job. Aber das reicht, glaube ich, in einer komplexeren und technologischeren Medizin erstens nicht mehr aus und zweitens entspricht das natürlich auch mit nichten evidenzbasierter Medizindidaktik. Deswegen brauchen wir neue und auch strukturierte Lösungen bzw. Netzwerke.

**Adili:** Ja, da sprichst du ein wichtiges Thema an. Wenn unsere klinische Caseload sich verändern wird, wenn die Diagnosen, die wir behandeln, sich verändern werden, dann ist vorhersehbar, dass an den einzelnen Krankenhäusern nicht mehr alles in entsprechend hoher Zahl durchgeführt wird. Und das hat natürlich auch einen Einfluss auf die Leistungserbringung. Wie denkst du, könnte man sich aus diesem Dilemma retten?

**Meisenbacher:** Also im Kontext der Weiterbildung glaube ich, dass es praktisch so lösbar wäre, dass verschiedene Kliniken und Praxen nicht mehr nur eng zusammenarbeiten, sondern sich tatsächlich zusammenschließen. Stichwort Verbundbildung. Und dann Rotationsmodelle anbieten. Das würde ermöglichen, dass Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung verschiedene Einrichtungen durchlaufen, also beispielsweise von der Uniklinik in eine Schwerpunktlinik und dann weiter in eine Praxis oder in umgekehrter Reihenfolge. Und dadurch natürlich ein viel breiteres und systematischer aufgebautes Spektrum sehen und können dann dort gezielt operative Techniken, konservative Aspekte und natürlich auch sowas wie interdisziplinäre Zusammenarbeit kennenlernen. Das ist im Grunde ein Paradigmenwechsel, denke ich. Weiterbildung wird dann weniger zufällig oder könnte weniger zufällig werden, sondern viel strukturierter und auch fairer verteilt. Es gibt dafür ja auch aus anderen Fachbereichen schon ganz viele wunderbare Beispiele. Und ich glaube, das gibt es auch in kleinerem Rahmen auch in unserem Fachbereich an vielen Standorten. In meiner Ansicht sollte es das Ziel sein, dass dieses Prinzip für zukunfts-fähige chirurgische Weiterbildung dann durch übergeordnete Strukturen





DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR  
GEFÄSSCHIRURGIE UND GEFÄSSMEDIZIN  
WIR DENKEN GEFÄSSE WEITER

formalisiert werden sollte, also jetzt keine isolierten Einzelangebote mehr, sondern eben Netzwerke, in die jede Einrichtung ihre Stärken einbringen kann. Das ist dann in gewisser Weise auf der Organisationsebene so abgebildet, dass eben Weiterbildung nicht mehr nur Zufallsprodukt ist, sondern ein planbarer Weg. Ich denke, das wäre eine sehr gute Möglichkeit, dem entgegenzuwirken.

**Adili:** Ja, weg davon, Lehren nur als Nebensache zu betrachten oder als etwas, was ein Nice-to-have wäre, sondern es ist zentraler Teil unseres Tuns, neben der Krankenversorgung und natürlich an den Universitäten, auch der Forschung, auf der einen Seite. Aber auf der anderen Seite setzt das ja voraus, dass wir praktisch auch unsere Curricula aufeinander abstimmen und tatsächlich noch enger koordinieren, wie wir praktisch eine Weiterbildung aus einem Guss den jungen Leuten anbieten können, obwohl sie an komplett unterschiedlichen Institutionen arbeiten, ambulant, stationär, aber auch in Krankenhäusern unterschiedlicher Versorgungsstufen. Was braucht es da aus deiner Sicht, damit wir so eine Harmonisierung in diesen Curricula bekommen und wir eine Verbindlichkeit reinbekommen, dass tatsächlich das, was in diesen Lehrplänen drinsteht, auch tatsächlich umgesetzt wird?

**Meisenbacher:** Das ist eine wichtige und gleichzeitig auch schwierige Frage. Also es gibt, glaube ich, mehrere Ebenen, die man da adressieren sollte. Das eine ist die Methodenebene. Wir müssen unsere didaktischen Methoden modernisieren. Wir können eben nicht mehr see one, do one, teach one machen in der heutigen Medizin und schon gar nicht in der Chirurgie. Da kommen wir gleich bestimmt noch mal drauf. Und dann ist es sicher auch eine Frage, wie können wir denn die Lehrenden ausbilden? Also Stichwort Train-the-trainer-Konzepte oder teach the teacher. Natürlich läuft es immer so mit im klinischen Alltag und für die meisten ja auch schon seit sehr, sehr langer Zeit, aber eben unter anderen Rahmenbedingungen, als wir sie jetzt haben. Und wenn wir sagen, wir wollen verbindliche und übergeordnet strukturierte Curricula schaffen, die für viele Standorte funktionieren, dann brauchen wir dazu nicht nur Inhaltsideen, sondern eben auch Methodenkompetenz.

**Adili:** Ja, dem kann ich nur zustimmn. Und doch werden wir auch zu verbindlichen Vereinbarungen darüber kommen, damit tatsächlich die Weiterzubildenden sich darauf verlassen können, dass, wenn sie tatsächlich irgendwohin rotieren, das, was praktisch draußen an der Tür steht oder das, was im Curriculum steht, tatsächlich auch umgesetzt wird. Wenn dem eben nicht so ist, muss es dafür ja auch irgendwelche Sanktionen geben





DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR  
GEFÄSSCHIRURGIE UND GEFÄSSMEDIZIN  
WIR DENKEN GEFÄSSE WEITER

oder man muss zumindest eine Rückkopplung schaffen oder ein Feedback-Mechanismus schaffen, das tatsächlich verbindlich weitergebildet wird, so dass die jungen Leute auch bereit sind, in andere Häuser zu gehen und nicht das Gefühl bekommen, ja, sie rotieren jetzt raus und dann entsteht irgendwie so eine Pausensituation.

**Meisenbacher:** Absolut.

**Adili:** Du hast vorhin angedeutet, see one, do one, teach one, das kann nicht die Zukunft der Lehre sein, also allein schon vor dem Hintergrund der Ansprüche an Patientensicherheit und dem Umstand, dass jeder Patient, jede Patientin vom Spezialisten behandelt werden wird und nicht als Versuchskaninchen verwendet. Was denkst du, was sind moderne Methoden, um wegzukommen vom see one, do one, teach one oder vom Trial and Error, das ist ja auch ein lerntheoretisches Konstrukt, das große Verbreitung findet. Was gibt es da? Was macht ihr da in Heidelberg?

**Meisenbacher:** Ich fange mal übergeordnet an. Also ich glaube, wenn man das jetzt mal ganz didaktisch denkt, dann ist es so, dass es in der modernen Weiterbildung viele in der Zwischenzeit multimodale Lernwelten und Ansätze gibt. Dazu gehören Simulationstraining, da komme ich gleich nochmal dazu, aber auch Unterstützung durch virtuelle Realität, zunehmend auch künstliche Intelligenz, da kommt viel in Bewegung und gerade die Simulation spielt eine zentrale Rolle und ich finde insbesondere in unserem Fachbereich. Wir können in den minimalinvasiven Eingriffen TEWA, EVA, heute schon sehr, sehr gut an High-Fidelity-Simulatoren üben. Da gibt es welche, die haben sogar haptisches Feedback, haben realitätsnahe Bildgebung und variable Komplikationen. Das ist ein riesiger Fortschritt. Wir können also Fehler hier nicht mehr am Patienten entstehen lassen oder sie passieren nicht mehr direkt am Patienten, sondern in einer sicheren Lernumgebung. Natürlich ist da immer so ein bisschen das Gegenargument oder die Schwierigkeit, die offene Chirurgie, das ist deutlich anspruchsvoller für Simulation, Zugang, Komplikationen, auch Notfallsituationen. Trotzdem gibt es natürlich auch dafür gute Lösungen. Perfundierte Modelle, man kann zumindest nähen und die Standard-Anastomosen lernen und dann kann man das unterstützen durch virtuelle Realität, also immersive Erfahrungen und das dann repetitiv und individualisiert üben. Das ist aus meiner Sicht, Simulationstraining, wirklich ein zentraler Punkt. Man kann das auf mehreren Ebenen als wichtig erachten. Technische Fertigkeiten haben wir gerade schon angesprochen, also Fehler als Lernchance, die ich dann eben immer wieder auch üben kann und auch machen darf.





DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR  
GEFÄSSCHIRURGIE UND GEFÄSSMEDIZIN  
WIR DENKEN GEFÄSSE WEITER

Und natürlich auch den Aspekt Non-Technical Skills. Du hast es angesprochen, Stichwort Patientensicherheit. Wir wissen, dass ein Großteil der Fehler und Komplikationen in der Chirurgie eigentlich weniger technische Ursachen haben, sondern auf Team- und Kommunikationsprobleme zurückgehen. Und das ist genauso wichtig und das gehört Kommunikation, Teamarbeit, situative Aufmerksamkeit, Entscheidungsfindung unter Druck, alle diese Dinge gehören in unseren klinischen chirurgischen Alltag und all das kann man in der Simulation üben. Das heißt, wir trainieren nicht nur Handgriffe, sondern auch das Mitarbeiten, das Miteinanderarbeiten im Team. So würde ich es mal ausdrücken. Das ist auch was, was wir hier im Kleinen natürlich zum Beispiel in unserer Klinik machen, gar nicht nur in der Weiterbildung, sondern auch für die Studierenden.

Ja, das ist, glaube ich, gerade in diesen Rahmenbedingungen, die wir schon angesprochen haben, Arbeitszeitgesetz, Nachwuchsmangel. Wir brauchen das viel, viel effizienter und strukturierter in der Ausbildung, um das zu integrieren, um eben diese ganzen Skills und Fertigkeiten noch lernen zu können. Und ein Aspekt, den man auch nochmal ansprechen kann, sind finanzielle Ressourcen natürlich. OP-Zeit ist teuer, Material ist teuer. Und wenn wir einen Teil der praktischen Ausbildung in Simulationszentren verlagern können, ist es langfristig wahrscheinlich sogar kosteneffizient. Die Frage ist, wie können wir das formalisiert in unsere Weiterbildungsordnung beispielsweise überbringen?

**Adili:** Ja, du sprichst da einen wichtigen Punkt an. Du hast auch von Finanzen gesprochen und von Ressourcen. Das, was du jetzt so geschildert hast, perfundierte Modelle, High-Fidelity-Simulationen, immersive Szenarien, das alles kostet ja Geld. Und ich stelle mir jetzt unsere Kolleginnen und Kollegen in den einzelnen Krankenhausabteilungen vor, das wird ja sehr schwer möglich sein, in den 330 Krankenhausabteilungen, die wir haben, überall ein entsprechendes Simulationslabor aufzubauen. Absolut. Wie lösen wir das am besten? Ich meine, es müssen ja alle im Grunde genommen Zugang zu solchen Ressourcen bekommen. Wo sollten wir das deiner Meinung nach ansiedeln und wie organisieren wir das? Machen wir das allein extra-curricular durch Kurse, wie wir sie bei der Sommerakademie der DGG anbieten? Oder da muss es doch eigentlich noch mehr geben für die Zukunft?

**Meisenbacher:** Ja, also die Sommerakademie hast du gerade schon angesprochen. Es ist ja schon so, dass wir auch schon Kurse anbieten, aber eben aktuell extra-curricular. Das heißt, jeder, der sich dafür interessiert und der das möchte und der das kann und so weiter, kann auf diese Kurse





DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR  
GEFÄSSCHIRURGIE UND GEFÄSSMEDIZIN  
WIR DENKEN GEFÄSSE WEITER

gehen und lernt da, glaube ich, ganz viele tolle Sachen. Aber es wird trotzdem nur für einen Teil der Weiterzubildenden zugänglich sein, weil das einfach zu wenig Angebot ist. Und ich gebe dir völlig recht, es ist natürlich ganz toll, in der Theorie solche Simulationszentren zu haben oder Simulationen als grundsätzliche Methode wahrzunehmen. Aber wenn es nicht gelebt wird und wenn es nicht umsetzbar ist für die Standorte und die Infrastrukturen, dann taugt es nichts, ganz salopp gesagt. Und ich glaube, ehrlich gesagt, dass auch dafür Verbundbildung oder Kooperationen sehr wichtig sind. Man braucht nicht an jedem Haus ein Simulationszentrum, aber es ist natürlich durchaus möglich, dass man regional oder vielleicht auch überregional Simulationstage zum Beispiel für unterschiedliche Kliniken organisiert. Man braucht auch nicht immer den High-Fidelity-Simulator. Man kann ganz einfach, wir haben hier zum Beispiel ganz einfach aus ein paar Rohren und Kabelbindern Modelle gebaut, an denen kann man gerade für die ganz jungen Assistentinnen und Assistenten, die brauchen nicht den High-Fidelity-Simulator. Die können daran üben, wie funktionieren Drähte, wie funktionieren Katheter, wie kann ich die händeln. Das kann jeder selber bauen oder ausleihen bei jemand anderem. Ich glaube, auch dafür müssen wir uns zusammentun. Das ist sicher nicht umsetzbar am jeweiligen Standort.

Und im Idealfall wäre es so, dass wir die Übung am Modell und Simulation so integrieren, dass eben auch eine gewisse Anzahl von Simulationsdurchläufen an verschiedenen, entweder in verschiedenen Kursen oder an verschiedenen Zentren anerkannt wird als Training für Fallzahlen. Ich sage es jetzt mal, wir wollen ja nicht wegkommen von Fallzahlen. Nichtsdestotrotz bildet das ja Kompetenz ab. Da kommen wir sicher auch nochmal dazu. Aber im Moment ist es in Deutschland so nicht vorgesehen. In anderen Ländern selbstverständlich. USA, Skandinavien, ich meine auch die Schweiz, die fordern eine gewisse Anzahl von durchlaufenden Simulationszentren.

**Adili:** Also wichtig ist, denke ich, dass wir es als Weiterbilder einfordern, dass es einen festen Platz hat in unseren Curricula. Und wir als Fachgesellschaft, aber auch vielleicht Einzelne initiativ dafür sorgen, dass wir diese Kapazitäten vorhalten oder schaffen oder finanzieren. Man kann das ja auch noch weiterdenken. Das betrifft ja nicht nur uns Gefäßchirurgen, sondern auch durchaus andere chirurgische Teildisziplinen. Wenn ich jetzt ans offene Operieren denke, zum Beispiel ans Laparotomieren im Zuge der offenen Aorten-Chirurgie, da könnte man sich natürlich Ressourcen teilen und dann natürlich auch die Kosten teilen. Aber da werden wir, glaube ich, noch sehr viel Energie hinein investieren müssen, um da so





DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR  
GEFÄSSCHIRURGIE UND GEFÄSSMEDIZIN  
WIR DENKEN GEFÄSSE WEITER

eine Infrastruktur aufzubauen, die es gestattet, wirklich allen den Zugang zu diesen modernen Methoden zu ermöglichen.

**Meisenbacher:** Ja, das glaube ich auch. Also ich sehe das ganz genauso. Und ich glaube, es ist an der Stelle schon auch nochmal wichtig zu betonen, dass Chirurgie ein praktischer Beruf bleibt. Also Simulation soll nichts ersetzen, nicht die klinische Ausbildung ersetzen. Aber es ist einfach eine wunderbare Methode, um das komplementär zu ergänzen und unsere Skills systematisch aufzubauen und Fehler zu reduzieren. Ich glaube, das ist an der Stelle nochmal wichtig, dass wir nicht fordern möchten, Simulation anstelle von echten OPs einzusetzen.

**Adili:** Ja, jetzt repräsentieren wir ja sozusagen die Weiterbildung unter dem Dach der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie. Und wir haben ja unsere Sommerakademie beispielsweise. Wir haben ja die Kurse oder von uns akkreditierte Kurse von verschiedenen Anbietern, die entsprechende Angebote machen. Und wir müssen einfach dafür werben, dass es solche Angebote gibt. Und die Weiterbilder sollten wir dazu ermuntern, ihre Mitarbeitenden tatsächlich auch zu unseren Kursen zu schicken. Und am Ende weht ja dann auch ein Zertifikat. Der endovaskuläre Chirurg oder Spezialist zumindest für die endovaskulären Techniken und für die offene Chirurgie könnte man sich ja Ähnliches auch vorstellen.

**Meisenbacher:** Absolut.

**Adili:** Wie passt das Ganze jetzt also mit der Simulation in den Trend der kompetenzbasierten Weiterbildung? Wir haben ja eine neue Weiterbildungsordnung seit 2018, seit 2020 implementiert. Die heißt ja kompetenzbasiert. Wie fügt sich das jetzt in diese kompetenzbasierte Weiterbildung ein?

**Meisenbacher:** Ich will vielleicht einmal nochmal kurz erst diesen Begriff der Kompetenzorientierung oder kompetenzbasierten Weiterbildung nochmal definieren. Also wir haben ja, die meisten von uns sind glaube ich so groß geworden, dass es darum geht am Ende zu schauen, was hat der Facharztanwärter oder die Facharztanwärterin am Ende absolviert. Also welche Fallzahlen hat er oder sie gesammelt und welche Zeitspanne ist vergangen. Jetzt geht es eher darum zu schauen, was für einen Arzt oder eine Ärztin wollen wir denn am Ende eigentlich ausgebildet haben. Also wir wollen schauen, was können die denn tatsächlich und nicht wie viel davon haben sie gemacht. Und wenn man jetzt das definieren und so auch weiterbilden möchte, dann muss man automatisch damit auch fragen, wie





DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR  
GEFÄSSCHIRURGIE UND GEFÄSSMEDIZIN  
WIR DENKEN GEFÄSSE WEITER

kann ich das denn eigentlich messbar machen, was jemand kann? Also wenn ich jetzt als Oberärztin eine Assistenzärztin beispielsweise einschätze in ihrer Handlungskompetenz eines Eingriffs oder in einer Tätigkeit, dann ist es ja in gewisser Weise ja sehr subjektiv gefärbt. Aber das soll nicht das Ziel sein. Wir müssen versuchen, das messbar zu machen. Und dafür sind natürlich Simulationszentren eine gute Möglichkeit. Ich kann das gerne konkretisieren an der Stelle, wie man nochmal in diese Messbarkeit gehen könnte.

**Adili:** Ja, leg mal los.

**Meisenbacher:** Gut, also ich glaube, es ist so, wenn man so ein schönes theoretisches Konstrukt hat an Kompetenzorientierung und du hast es gerade gesagt, die Weiterbildungsordnung ist schon ein paar Tage alt und die Umsetzung in der Klinik wahrscheinlich an den allermeisten Standorten trotzdem noch mehr oder weniger wie vorher, was sicher viel damit zu tun hat, dass man einfach gar nicht genau weiß, wie man es umsetzen soll. Was wir brauchen, ist eine Brücke zwischen dieser theoretischen kompetenzbasierten Weiterbildungsidee und dem realen klinischen Arbeitsplatz. Dazu empfiehlt sich ein Konzept, das schon 2005 entwickelt wurde, also schon eine ganze Weile her sogar. Das nennt sich Intrustable Professional Activities, kurz EPAs oder auch EPAs. Und diese EPA, die beschreibt jetzt nicht mehr mich als Person, sondern die beschreibt eine Tätigkeit, die ich durchführe, also klar definierte Tätigkeiten, die wir einer Weiterzubildenden oder einem Weiterzubildenden anvertrauen können, sobald die nötige Kompetenz nachgewiesen ist. Ich mache mal ein paar Beispiele für die Gefäßchirurgie. Das könnte sein Duplexuntersuchung, das könnte sein postoperatives Management oder Management akuter Extremitäten-Ischämie. Innerhalb dieser EPA gibt es dann verschiedene Kompetenzen, Wissenskompetenz, Kenntnis, Handlungskompetenzen. Und das kann man dann eben entsprechend durch arbeitsplatzbasierte Assessments besprechen und bewerten. Ich nenne es jetzt mal nicht Prüfen, das ist ja immer ein schwieriges Wort. Und am Ende weiß der jeweilige Weiterbilder oder Weiterbilderin, dass ich beim nächsten Mal entweder nur noch danebenstehen muss oder vielleicht sogar nur noch telefonisch erreichbar sein muss und ich diese Tätigkeit anvertrauen kann.

Und jetzt die Verknüpfung soll ja eigentlich sein, wie passt es in den Kontext von Simulationen und Skills Labs? Die sind, glaube ich, eigentlich ideal dafür, weil wir können es in der Simulation erfolgreich üben. Wir können es unter Aufsicht dort machen oder unter Moderation dort machen. Wir können die Assessments dort machen, das ganz transparent auch machen. Wo fehlt es noch? An welcher Teilkompetenz fehlt es noch?





DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR  
GEFÄSSCHIRURGIE UND GEFÄSSMEDIZIN  
WIR DENKEN GEFÄSSE WEITER

Was muss vielleicht noch mal geübt werden? Und dann kann man das in den OP übertragen. Und dazu ist es in der Idealvorstellung so, dass wir irgendeine digitale Form der Assessments-Erfassung machen. Also Apps beispielsweise sind in vielen Ländern sehr gängig dafür, die man einfach ganz niederschwellig in den Alltag integrieren kann.

Also ich glaube, dass es hilfreich wäre, auch für eine curriculare Einbettung von kompetenzorientierter Weiterbildung, die Inhalte unserer Weiterbildungsordnung in EPAs abzubilden und die dann in die klinische Ausbildung strukturiert zu übertragen. Wir in der Kommission für Aus- und Weiterbildung, du weißt das, wir arbeiten in der Zwischenzeit daran oder aktuell daran, solche EPAs für die Gefäßchirurgie zu erstellen. Und Ziel ist es natürlich, die peu à peu zu erweitern und sie dann der Fachgesellschaft, allen Mitgliedern der Fachgesellschaft zur Verfügung zu stellen, sodass wir einfach eher praxisnäher, moderner, messbarer und auch vergleichbarer arbeiten können. Ich glaube, so können wir Qualität langfristig sichern. Und das ist das Ziel für Patientensicherheit, aber natürlich auch eben für die Qualität unserer Weiterbildung und für den Nachwuchs.

**Adili:** Genau, das wäre meine nächste Frage gewesen. Wie kommt man als, ich sage mal, normaler Otto-Normal-Weiterbilder oder Weiterbilderin in den Genuss dieser EPAs? Wie kommt man da dran? Und da gibt es ja schon ein bisschen was, auch international publiziert in den USA, aber auch aus Großbritannien und auch aus der Schweiz, die ja auch schon seit langen, vielen Jahren EPAs in der Weiterbildung verwenden. Und wir haben es uns in der DGG jetzt zur Aufgabe gemacht, tatsächlich unsere Weiterbildungsordnung in EPAs praktisch zu verschlüsseln oder abzubilden. Und dann weiß jeder Weiterbilder, wie man tatsächlich eine bestimmte Kompetenz im klinischen Alltag lehren kann. Welche sind die Lernziele? Mit welchen Lehrmethoden kann man das in der Klinik machen? Und last but not least, du hast gesagt, ja, wir testen oder wir prüfen nicht gerne, aber *teaching without testing is like cooking without tasting*. Ohne prüfen, ohne uns davon zu überzeugen, dass jemand tatsächlich eine Kompetenz beherrscht, werden wir nie unsere Weiterzubildenden auf ihre eigenen Defizite aufmerksam machen oder die die nicht erkennen und nicht daran arbeiten können. Und auf der anderen Seite werden wir nicht wissen, wie gut wir als Lehrende sind und was wir vielleicht tun müssen, um die Weiterbildung zu verbessern.

Viele, die uns jetzt zuhören, fragen sich bestimmt, was kann ich morgen schon umsetzen? Oder wie bekomme ich die PS jetzt möglichst schnell auf die Straße? Kompetenzbasierte Weiterbildung vor der Ära der EPAs, die hoffentlich sehr bald losgehen wird für uns.





DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR  
GEFÄSSCHIRURGIE UND GEFÄSSMEDIZIN  
WIR DENKEN GEFÄSSE WEITER

**Meisenbacher:** Ja, das hoffen wir. Aber ein bisschen Arbeit liegt ja noch vor uns tatsächlich. Und ich glaube, es ist auch, wir haben es ja vorhin schon kurz angedeutet, es ist, man kann jetzt nicht erwarten, dass wir grundlegend auf einmal alles ändern und jeder auch sein eigenes, an jeder Klinik gibt es ja auch Weiterbildungskonzepte, komplett ändert. Aber ich glaube, was man schon ganz gut tun kann, ist so ganz kleine, modernere Lehrmethoden mit in den Alltag zu integrieren und zumindest so ein bisschen auch sein Team dafür zu sensibilisieren, dass es sie gibt. Dafür braucht man keine riesige Investition, man braucht keinen Skills Lab und auch nicht viel Geld. Ich nenne einfach mal ein paar Beispiele. Stichwort Micro-Teaching. Kennst du auch sehr, sehr gut. Ja, wir brauchen nicht immer lange Fortbildungstage, die halt ein-, zweimal im Jahr stattfinden und dazwischen nicht, sondern man kann ganz entspannt und sehr einfach ganz kleine Lehreinheiten in unseren Alltag einbauen. Zum Beispiel, wir machen Duplex-Sonografie und danach nehme ich mir direkt zehn Minuten Zeit und bespreche die Besonderheiten der Hämodynamisch-relevanten Carotis-Stenose beispielsweise mit den Kolleginnen. Oder im OP, wir machen einen Bypass und nehmen uns danach noch mal Zeit. Man kann das jetzt Feedback nennen, aber wenn man das einfach bewusst formalisiert, mitintegriert, ist es häufig enorm wirksam und es geben sich ganz oft auch spontane Lerngelegenheiten. Man nennt es Teachable Moments in der Didaktik, ist aber auch gar nicht so wichtig, wie man es nennt, sondern es ist eher, glaube ich, die Frage, wie schule ich meine Aufmerksamkeit dem gegenüber?

Ja, auch hier ein Beispiel aus den letzten Tagen: Patient nach Carotis-OP ist heiser, dann kann man das einfach zur Kenntnis nehmen in der Visite oder man bespricht eben genau in dem Kontext. Und das kann man auch zusammen mit den Studierenden und den Weiterzubildenden machen. Warum ist das so? Was ist eigentlich der Nervus recurrens? Welche Risiken gibt es? Wie gehen wir weiter vor und so weiter? Oder auch so ein Klassiker ist zum Beispiel Vasospasmus in der Angiografie. Wir können es entweder einfach nur hinnehmen oder wir erklären die Situation und sprechen gleich über Ursachen und Management und haben dann so ganz viele kleine Weiterbildungseinheiten integriert. Die bleiben oft wahnsinnig gut hängen bei den Weiterzubildenden, weil sie einfach mit einer aktuellen und echten Situation verknüpft sind. Eine Möglichkeit zum Beispiel, sowas ganz leicht in den Alltag zu integrieren. Und evidenzbasierte Methode, abgesehen davon.

**Adili:** Ja, absolut. Macht auch absolut Sinn. Wen das interessiert, ich habe mir mal erlaubt, für die aktuelle Kongressausgabe der Gefäßchirurgie mal so einige dieser Methoden zusammenzuschreiben. Also wer es lesen





DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR  
GEFÄSSCHIRURGIE UND GEFÄSSMEDIZIN  
WIR DENKEN GEFÄSSE WEITER

möchte, ist herzlich eingeladen, in die aktuelle Gefäßchirurgie zu schauen. Ja, Weiterbildung lebt ja von Kreativität, Zusammenarbeit und Neues auszuprobieren. Oder wie siehst du das, Kathrin?

**Meisenbacher:** Ja, ich sehe das absolut genauso. Ich glaube, man ist ja geneigt dazu, aktuell alles so ein bisschen negativ zu betrachten. Es verändert sich alles im Gesundheitswesen. Wir haben keinen Nachwuchs mehr, wir haben kein Geld mehr. Alles wird schneller und die Rahmenbedingungen ändern sich. Aber man kann es auch mal von der anderen Seite betrachten. Ich glaube, es kann auch genauso gut eine sehr große Chance sein, weil wir haben jetzt die Möglichkeit, das aktiv mitzugestalten als Fachgesellschaft, aber natürlich auch als jede einzelne Chef und Chefin und auch weiterbildende Oberärztinnen und Oberärzte. Also einfach jede Klinik, jede Praxis kann heute schon kleine Schritte gehen. Und es ist ein bisschen pathetisch jetzt formuliert, aber gemeinsam kann man immer das große Ganze verändern. Ich glaube, wir stehen am Beginn von einer sehr spannenden Entwicklung. Und in meiner Vorstellung, in meiner Idealvorstellung wäre Weiterbildung in, hoffentlich bald, aber wahrscheinlich in den nächsten zehn Jahren so, dass wir wirklich individualisierte Lernwege haben. Also jeder hat ein digitales Logbuch. Wir dokumentieren nicht nur, sondern verknüpfen Lernempfehlungen. Das ist individuell zugeschnitten. Wir machen Hybride aus Simulation und Klinik, die ja auch abbildbar sind in der Weiterbildung und in der Facharztanerkennung. Wir haben Verbundstrukturen als Standard. Wir haben ganz klare Rotationen. Es entsteht ein viel weiteres Spektrum an Erfahrung. Wir integrieren Non-Technical Skills, das ist mir persönlich sehr, sehr wichtig. Kommunikation, Teamarbeit. Das wird genauso selbstverständlich trainiert wie die Durchführung der Anastomose. Und ja, noch besser wäre internationale Vernetzung. Ich glaube, das ist ja heutzutage auch wirklich super gut und einfach möglich. Es gibt Podcasts wie diesen. Es gibt Podcasts in vielen anderen chirurgischen Fachgesellschaften in Deutschland und auch international. Und man kann ganz einfach auch online heutzutage an anderen zum Beispiel Online-Simulationen teilnehmen. Ich glaube, das wäre eine Weiterbildung, die patientenzentriert, modern und auch nachhaltig ist und die uns als Fach attraktiv macht für den Nachwuchs. Das, glaube ich, ist das Spannende daran.

**Adili:** Dann hat die Krankenhausreform und all das, was vor uns liegt und uns alle so ein bisschen Angst macht, dann doch noch was Positives. Oder frei nach Churchill, Never let a crisis go to waste. Wir nutzen diese Krise, um es tatsächlich besser zu machen. Ja, die Zeit ist schon rum, liebe Kathrin. Vielen Dank für die Einblicke und die auch praktischen Tipps und an





DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR  
GEFÄSSCHIRURGIE UND GEFÄSSMEDIZIN  
WIR DENKEN GEFÄSSE WEITER

alle, die zuhören. Wenn Sie sich die Angebote der privaten Akademie, also unsere Kursangebote mal ansehen möchten, können Sie das gerne auf unserer Webseite tun. Dort werden auch die entsprechenden Simulations- trainings und Kurse gepostet. Und wenn Sie sonst Fragen haben, schauen Sie auch in den Show Notes nach und Sie können selbstverständlich Katrin und mich auch jederzeit direkt kontaktieren. Liebe Katrin, noch mal ganz herzlichen Dank. Hat mir riesen Spaß gemacht. Möchtest du noch was sagen?

**Meisenbacher:** Ja, ich bedanke mich für die Einladung. Mir hat es auch viel Spaß gemacht. Ich freue mich, dass wir dieses Thema hier in diesen Podcast bringen. Und vielen Dank.

**Adili:** Dann war es das heute für *Gefäße im Fokus*. Ich verabschiede mich von Ihnen und hoffe, dass Sie uns weiterhin gewogen bleiben und beim nächsten Mal wieder einschalten. Vielen Dank.