

Anja Pabs | Girsina Zeiner (Hg.)

„Fünf Tage sind einfach viel zu wenig.“

Bildungszeit und Bildungsrestellung
in der Diskussion

NON-FORMALE

POLITISCHE BILDUNG

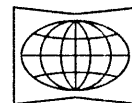


WOCHEN
SCHAU
VERLAG

Antje Pabst, Christine Zeuner (Hg.)

„Fünf Tage sind einfach
viel zu wenig.“

Bildungszeit und Bildungsfreistellung
in der Diskussion



**WOCHEN
SCHAU
VERLAG**

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet unter <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Die Reihe „Non-formale politische Bildung“ wird herausgegeben von Ina Bielenberg, Benno Hafeneeger, Barbara Menke, Wibke Riekman, Klaus Waldmann und Benedikt Widmaier.

Der Beirat der Reihe besteht aus Helle Becker, Peter Brandt, Helmut Bremer, Klaus Brülls, Stephan Bundschuh, Mike Corsa, Siegfried Frech, Daniel Grein, Lothar Harles, Michaela Köttig, Jens Korfkamp, Dirk Lange, Yvonne Niekrenz, Bernd Overwien, Melanie Piepenschneider, Albert Scherr, Benedikt Sturzenhecker, Andreas Thimmel, Matthias Witte und Christine Zeuner.

© WOCHENSCHAU Verlag,
Dr. Kurt Debus GmbH
Frankfurt/M. 2021

www.wochenschau-verlag.de

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil dieses Buches darf in irgendeiner Form (Druck, Fotokopie oder einem anderen Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet werden.

Umschlaggestaltung: Ohl Design
Gedruckt auf chlorfrei gebleichtem Papier
Gesamtherstellung: Wochenschau Verlag
ISBN 978-3-7344-1198-4 (Buch)
E-Book ISBN 978-3-7344-1199-1 (PDF)
DOI <https://doi.org/10.46499/1422>

Inhalt

ANTJE PABST, CHRISTINE ZEUNER Befunde – Standpunkte – Problemstellungen: Impulse zu Zeit und Bildung. Eine Einführung	9
I. Zeit für Bildung: Wissenschaftliche Befunde	
LENA HEIDEMANN, STEFFI ROBAK Bildungszeit als Instrument der Weiterbildungspartizipation – Eine zeitbezogene Betrachtung	37
CLAUDIA POHLMANN Die Angebotsplanung von Bildungsurlaubsveranstaltungen aus diskursanalytischer Forschungsperspektive	52
IRIS PFEIFFER, SASKIA RIEGER Das Bildungszeitgesetz Baden-Württemberg – Zu wenig Zeit für Weiterbildung?	66
SABINE SCHMIDT-LAUFF, HANNAH HASSINGER, JÖRG SCHWARZ Zeitlichkeit und Zeitmodalitäten Ein multiperspektivischer empirischer Zugang zu Zeit im Bildungsurlaub ..	77
THEA KLÜVER Was bewegt zur Bildungsfreistellung? Handlungsleitende Interessen milieuspezifisch interpretiert	96
KATJA PETERSEN, KATJA SCHMIDT „Erfahrung ist eine Funktion der Zeit.“ Überlegungen zur ärztlichen Weiterbildung aus erwachsenenbildnerischer Perspektive	116
SUSANNE UMBACH Zeit(er)leben in der Digitalisierung – Von Sachzwängen und Gestaltungsräumen	130

II. Bildungsfreistellung: Erfahrungen aus der Praxis

Berichte aus den Ländern

RAINER CHRIST

Bildungsfreistellung als wichtiges Element einer zukunftsorientierten
Weiterbildungspolitik
Rheinland-pfälzische Erfahrungen – Perspektiven für die Zukunft 149

KLAUS PAFFRATH

Die ersten drei Jahre Bildungsfreistellung in Thüringen 165

BIRGIT WALTEREIT

Bildungsurlaub in Hamburg – Eine Erfolgsgeschichte? 175

Bildungsfreistellung aus Sicht von Trägern und Anbietern

FRIEDRUN ERBEN

Bildungszeit für die Stärkung der Demokratie
Die Bedeutung der Bildungsfreistellung für die politische Bildung 187

NADJA BILSTEIN

Der Weg zum Bildungsurlaubsangebot – Ein steiniger?
Ein Bericht über Anträge, Bescheide, Programmentwicklung und
14 rechtliche Grundlagen aus der Perspektive eines Bildungsträgers 197

MELANIE HAASE, BORIS BROKMEIER

Denken ohne Geländer
Bildungsurlaub als wirkungsvolles Format der politischen Bildung
in der Heimvolkshochschule Mariaspring 212

ANDREAS MERKENS

Bildungsreisen als Lernzeit
„Reisend Lernen“ mit der Rosa-Luxemburg-Stiftung 221

ANTJE WINDLER, KERSTIN SCHUMANN

Politischer Bildungsurlaub eröffnet neue Denkhorizonte
Hindernisse und Chancen – Ein Bericht aus der Praxis 230

III. Bildungsfreistellung: Individuelle Erfahrungsberichte von Teilnehmenden

ULLI BOHLAND

Meine Erfahrungen mit Bildungsfreistellung 241

SONJA BRINSCHWITZ

Zusammen ist weniger allein!
Persönliche Erfahrungen mit Bildungsfreistellungen/
Bildungsurlauben 243

STEFAN BUDIAN

Selbstbestimmte Bildung befähigt zur Mitgestaltung der Gesellschaft . . . 248

ANDRÉ DELOR

Bildungsfreistellungen in besonderen Beschäftigungsverhältnissen:
Erfahrungen als Nutzer und Anbieter 252

YVONNE FEGERT

Bildungsfreistellung und Bildungsurlaub sind als Initialzündung für
meinen beruflichen Weg und für meine persönliche Entwicklung nicht
wegzudenken 257

GEORG

Mit Kuba fing alles an!
Erfahrungsbericht zu meinen Bildungsurlauben 261

MECHTHILD GERIGK-KOCH

Bildungsfreistellung: Erfahrungen, Einsichten, Erkenntnisse 264

TRAUTE KRÖSCHE

Bildungsurlaub – War es ein Zufall oder ein Glücksfall? 269

Autorinnen und Autoren 271

„Erfahrung ist eine Funktion der Zeit.“ Überlegungen zur ärztlichen Weiterbildung aus erwachsenenbildnerischer Perspektive

Das Leben ist kurz, die Kunst aber langwierig;
die günstige Gelegenheit ist flüchtig,
der Versuch nicht ungefährlich und das Urteil schwierig.
Es ist notwendig, daß nicht allein von seiten des Arztes
alles Erforderliche geschieht, sondern auch vom Kranken selbst
und von dessen nächster Umgebung, wobei die Einflüsse
der Außenwelt auch nicht außer acht gelassen werden sollten.“
(Hippokrates Aph. I in Sack 1927, 18)

Hippokrates, Wanderarzt und Gründer einer Schule von Ärzten auf der griechischen Insel Kos (Flashar 2016), schafft mit seinen Schriften einen Berufsethos, der Kulturen übergreifend die ärztliche Haltung bestimmen und in einem Eid seinen Ausdruck finden wird, der auch heute noch in vielen medizinischen Fakultäten zum Beispiel bei Promotionsfeiern verlesen wird. In dem oben zitierten ersten Aphorismus thematisiert Hippokrates zwei Dimensionen ärztlichen Handelns, die nach wie vor von Bedeutung sind: Zeit und Erfahrung. Das Bedauern darüber, dass die günstige Gelegenheit flüchtig sei, spielt auf Kairos an, den Gott des richtigen Augenblicks, den es am Schopfe zu packen gilt, will man den Augenblick und den passenden Moment nutzen, um zu handeln. Das kurze Leben und die langwierige Kunst verweisen auf Chronos, den Gott der messbaren Zeit, die Chronologie, das berechenbare Maß, das Strukturen vorgibt und Systeme unterstützt. Von Ärzten und Ärztinnen werden beide Zeitdimensionen wahrgenommen: der gegenwärtige Augenblick innerhalb eines standardisierten Ablaufs im System (zur Standardisierbarkeit ärztlichen Handelns siehe z.B. Somm u.a. 2018). Kairos und Chronos schließen sich eigentlich aus und gehören doch zusammen. Sie ergänzen sich. Beide setzen auf Erfahrung – auch darauf bezieht sich der erste Teil des Aphorismus.

Wie die Zeit, so hat auch die Erfahrung in der Medizin unterschiedliche Konnotationen: Erfahrungen werden über Ärztegenerationen hinweg tradiert,

sie lassen sich in ihrer Entwicklung chronologisch darstellen. Erfahrung meint auch die praktischen Fähigkeiten und klinische Befundungen, die von Älteren an Jüngere weitergegeben werden. In der Gegenwart tritt dieser Eminenz die Evidenz gegenüber: nicht die Kunst der Erfahrung, sondern das messbare Wissen, das innerhalb der heutigen Medizin so schnell obsolet wird. Doch trotz aller Evidenz: Erfahrung und ärztliche Kunst, die sich auch in den Momenten des flüchtigen Augenblicks zeigen, haben nach wie vor Relevanz für das ärztliche Handeln. Wie genau man diese Erfahrung weitergeben kann, ist jedoch unklar.

Die etymologische Betrachtung des Wortes „Erfahrung“ zeigt, dass es sich bei der Erfahrung um eine Aufgabe bzw. eine Tätigkeit handelt, die etwas mit Bewegung zu tun hat. Die Bewegung von einem Ort zum anderen erfolgt, um etwas (Neues) kennenzulernen oder um mit etwas oder jemandem in Berührung bzw. Kontakt zu kommen. Damit können durchaus nicht absehbare Folgen verbunden sein, Unerwartetes, Unvorhersehbares, Unfälle und Ungereimtheiten können eintreten und machen doch gerade die Erfahrung aus (vgl. Bollnow 1968). Hierin steckt die Ambivalenz zwischen der Notwendigkeit und der Unbestimmtheit von Erfahrung: Ohne den anderen gibt es keine Erfahrung, aber gleichzeitig kann niemand anderes die Erfahrungen für einen selbst machen. Erfahrungen sind die am eigenen Leib erfahrenen, nicht die erzählten, nicht die aus zweiter oder dritter Hand. Man muss sich also selbst den Mühen der *Fahrt* unterziehen: „Erfahren heisset nicht nur äusserlich einer Sache wegen Kundschaft einziehend, wie es hin und wieder in Heiliger Schrift zu finden, sondern auch etwas in der That empfinden und fühlen“ (Zedler 1731–1754, 829). Das bedeutet, dass nicht allein die Feststellung von Tatsachen Erfahrungen ausmachen, sondern notwendig sind das Empfinden und damit letztendlich auch das Erleben von Erfahrungen.

Spuren zur Bedeutung der Erfahrung für Ärzte in vergangenen Zeiten finden sich ebenfalls im Zedler „Universal-Lexicon“:

„Erfahrung: experientia (lat.), ist eine Zusammenfassung desjenigen, was man durch die Sinne unmittelbar erlanget, so sagt man zum Beispiel von einem Medico, dass er gute Erfahrung habe, wenn er den Nutzen und Gebrauch eines Medikaments so inne hat, daß es nicht ein sondern vielmahl bei solchen Kranckheiten grossen Nutzen geschaffet, so kann man solches mit größerem Rechte weiter gebrauchen.“ (Ebd., 829 f.)

Erfahrung unterliegt in diesem Beispiel der zeitlichen Dimension der Wiederholung, hier im Laufe eines ärztlichen Berufslebens. Ausgegangen wird dann von einer kontinuierlichen Erfahrung des Bewährten. Möglich sind jedoch auch Diskrepanzerfahrungen (vgl. ausführlicher z.B. Faulstich/Grotluschen 2006), die Anlässe für Lernen geben:

Das Subjekt muß [...] – da das Vorgelernte zu deren Bewältigung nicht ausreicht – aus einer primären Handlungsproblematik eine spezifische *Lernproblematik* ausgliedern. [...] Damit stellt sich aber die Frage, wie das Lernsubjekt erfahren kann, daß und ggf. in welcher Hinsicht es sich dabei um unvollständige, oberflächliche Strukturmerkmale des Lerngegenstandes [...] handelt. Es besteht demnach nicht nur objektiv eine *Diskrepanz* zwischen dem Stand des Vorgelernten und dem Lerngegenstand, sondern diese Diskrepanz muß mir im Zusammenhang einer Lernproblematik auch *erfahrbar* werden können, ich muß also bemerken, daß es mit Bezug auf den jeweiligen Gegenstand *mehr zu lernen* gibt, als mir jetzt *schon zugänglich* ist [...].“ (Holzkamp 1993, 212, Hervorhebungen im Original)

Im Folgenden möchten wir auf die Bedeutung von Zeit und Erfahrung im oben aufgezeigten Spannungsfeld von Kontinuität und Diskrepanz, Chronos und Kairos in der ärztlichen Weiterbildung eingehen.¹ Dafür möchten wir die an der ärztlichen Weiterbildung Beteiligten, die Weiterbildungsbefugten sowie die Weiterbildungsassistentinnen und Weiterbildungsassistenten eines Hamburger Krankenhauses selbst zu Wort kommen lassen. Sie haben uns ihre Erfahrungen mit der ärztlichen Weiterbildungszeit in Interviews und in Fragebögen mitgeteilt. Unser Forschungsprojekt „E.K.I. – Evaluation, Konzeptionalisierung und Implementierung arbeitsprozessorientierter ärztlicher Weiterbildung“ unter-

1 Ärztliche Weiterbildung ist der Begriff für die Facharztausbildung. Sie wird definiert als: „Ärztliche Weiterbildung beinhaltet das Erlernen spezieller ärztlicher Fähigkeiten und Fertigkeiten nach abgeschlossenem Studium der Humanmedizin und nach Erteilung der Erlaubnis zur Ausübung der ärztlichen Tätigkeit“ (WBO 2018, S. 7). Die Akteure in der ärztlichen Weiterbildung werden mit den Begriffen „Weiterbildungsbefugter“ bzw. „Weiterbildungsbefugte“ und „Weiterbildungsassistent“ bzw. „Weiterbildungsassistentin“ benannt. Weiterbildungsbefugte finden sich in den jeweiligen Abteilungen von Krankenhäusern und sind verantwortlich für die ärztliche Weiterbildung der Ärzte und Ärztinnen. Die ärztliche Weiterbildung ist bundeslandspezifisch rechtlich verankert. Grundlage dafür bildet die Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer. Weiterbildungsbefugnisse werden von den Ärztekammern vergeben.

sucht das Weiterbildungshandeln sowie Lehr-Lernprozesse der an der ärztlichen Weiterbildung beteiligten Akteure und Akteurinnen. Ärztliche Weiterbildung findet innerhalb von institutionellen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen statt. Im klinischen Alltag kommt es zu einer Verzahnung von ärztlicher Weiterbildung und den Anforderungen an die Rolle des Arztes bzw. der Ärztin. Diese Verzahnung umfasst z.B. auch eine zunehmende Spezialisierung und Fluidität von Wissen und Praktiken oder die Bedeutung von Arbeiten in Handlungsgemeinschaften in der arbeitsteiligen Patientenversorgung. Dies führt zur Notwendigkeit der Aneignung überfachlicher Kompetenzen, was mehr ist als medizinisches Fachwissen. Herausforderung für alle an der ärztlichen Weiterbildung Beteiligten ist es, eine das Berufsleben begleitende Lehr-Lernbereitschaft mit professionellem Handeln in der ärztlichen Arbeit zu verbinden. Hier setzt E.K.I. an und erforscht die Bedingungen, unter denen ärztliche Weiterbildung im klinischen Alltag stattfindet und die Einfluss auf die Lehr-Lernprozesse und das Weiterbildungshandeln haben. Mittels eines qualitativen Forschungsansatzes werden leitfadengestützte Interviews sowohl mit Weiterbildungsbefugten als auch Weiterbildungsassistentinnen und Weiterbildungsassistenten durchgeführt. Neben Experteninterviews finden in dem auf drei Jahre ausgerichteten Projekt außerdem Fragebogenerhebungen mit Weiterbildungsassistentinnen und Weiterbildungsassistenten statt. Eine erste Auswertung der erhobenen Daten zeigt, dass Erfahrung und Zeit innerhalb der ärztlichen Weiterbildung nicht zu unterschätzende Komponenten darstellen.²

Ärztliche Weiterbildung: Zeiterfahrungen als Ressource

Ärztliches berufliches Handeln und Weiterbildung unterliegen der Zeit: in ihrer geschichtlichen Entwicklung, in der alltäglichen, organisationalen Praxis und im Lernen. Angesichts einer stetigen Ökonomisierung der ärztlichen Berufspraxis wird Zeit allerdings mehr denn je reduziert auf einen Faktor, eine Ressource, die es bestmöglich (aus-) zu nutzen gilt. Zeit für den Patienten, Zeit für das ärztliche Weiterbildungslernen, Zeit für das Sammeln von Erfahrungen werden als Rarität empfunden und als diametral zur zeitlichen ökonomisch orientierten Kosten-Nutzen-Bilanzierung gesehen. Der Umgang mit und das Empfinden von Zeit wird so zum Spiegelbild unternehmerischen Denkens vieler Akteure im Gesundheitssystem. Auch die ärztliche Weiterbildung soll zählbar und damit als

2 Ausführlichere Informationen zum Forschungsprojekt unter <https://www.hsu-hh.de/eb/forschung/eki>

zeitlicher Prozess kalkulierbar sein. Ausdruck dafür ist auch die Reduktion der Weiterbildungsordnungen in der ärztlichen Weiterbildung auf zu erbringende (An-)Zahlen, die keine Auskunft darüber geben, ob die erforderlichen Techniken bzw. Methoden wirklich erfolgreich gelernt wurden, sondern nur, dass sie erbracht wurden (vgl. WBO 2018). Zeit wird demnach nicht selten in der ärztlichen Weiterbildung reduziert auf eine zählbare und messbare Größe und so ihrer wichtigsten Komponente, der Erfahrung beraubt. „Zeit [ist] weder subjektiv noch objektiv, sondern als Schema beteiligt [...] an der Sicht von Welt“ (Dörpinghaus 2019, 457). Dörpinghaus spricht in diesem Zusammenhang von den „Praktiken der Zeit“, die er „als Umgangsweisen mit Zeit, als Einübungen in Erfahrungskonstitutionen“ charakterisiert (ebd., 457f.).

Exemplarisch lässt sich dies unter dem Stichwort „Zeit am Patienten“ zeigen: Zum einen lassen sich Krankengeschichten als Abläufe, als Pathologien darstellen. In den Blick rücken dann nicht nur statistische Befunde, sondern auch Verläufe, die sich objektiv darstellen lassen. Nicht nur der aktuelle Zustand eines Patienten, sondern auch die Anamnese – die „Erinnerung“ – sind wichtig. Die Prognose, die Epikrise und die Katamnese, das Akute und das Chronische sind in der ärztlichen Praxis temporale Ausdrücke, die auf Grundlage von Erfahrung erlernt werden (vgl. Riha 2015). Zum anderen spielen auch hier Diskrepanzerfahrungen eine Rolle, zum Beispiel wenn standardisierte Prozesse sich als nicht zielführend erweisen, wie eine weiterbildungsbefugte Person (WB) berichtet.

„Ja, Wahrscheinlichkeiten, das ist natürlich fortgeschritten, Wahrscheinlichkeiten abwägen, so Differentialdiagnosen, das ist ja die große Kunst des Internisten, Differentialdiagnosen, und dann zu gewichten, gewichten und einzusortieren. Ja, aber, man lernt, man weiß, 90 Prozent der Diagnose ist die Anamnese und die Untersuchung. Und diese Anamnese und Untersuchung, stelle ich immer wieder fest, ist häufig schlampig, weil man sagt: ‚Na, dann machen wir ein Herz-Echo, einen Ultraschall, ein Röntgenbild, und wenn das alles nichts hilft, machen wir noch ein CT, und dann kriegen wir schon unsere Diagnose.‘ Also, das ist ganz, ganz, dass die neue Generation verlässt sich nicht auf sich, sondern auf die Technik.“ (WB I, Z. 214–222)

Patienten sind außerdem Bestandteil eines Zeitmanagements, das sich im Laufe der ärztlichen Weiterbildung entwickelt und zum Beispiel von einem Weiterbildungsbefugten so thematisiert wird:

„Die Entwicklung ist ja ziemlich rasant und auch enorm wichtig, weil da jetzt ja verschiedene Dinge zusammenkommen. Die reine Weiterbildungszeit, wenn ich sie definiere als der direkte Kontakt von Weiterbilder und Weiterbildungsassistent, wird eher geringer. Die reine Zeit in der Weiterbildungsstätte ist limitiert und wird ja jetzt vielleicht durch das neue, durch diese neue Reform vom Arbeitsschutzgesetz noch mal verschärft, und das heißt, die tatsächliche Kontaktzeit ist limitiert. Die Zeit am Weiterbildungsobjekt, also am Patienten oder an der Operation, ist durchaus limitiert, weil die Nebenaufgaben wie Dokumentationen und so weiter ja einen enormen Zeitaufwand bedeuten. Das heißt, aus meiner Sicht ist der Anteil der Weiterbildungszeit in der zur Verfügung stehenden Arbeitszeit zumindest mal nicht mehr geworden, und die Möglichkeiten, das zumindest ein bisschen auszugleichen, sind darin gegeben, dass man über digitale Weiterbildungsmethoden oder Techniken oder Devices auch bestimmte Dinge zumindest in kompakterer Form aufbereiteter, fokussierter seben kann.“ (WB II, Z. 713–727)

Die erlebte Zeit mit dem Patienten wird häufig unter Bezugnahme auf damit verbundene Kompetenzen und Eigenschaften beschrieben: Neben Fachkompetenz sind dies insbesondere Gewissenhaftigkeit und Empathie (vgl. z.B. Hasske 2020). Demgegenüber steht die zur Verfügung stehende Zeit für und mit dem Patienten, die sich zum Beispiel während einer Visite auf ca. drei Minuten kalkulieren lässt. Ursache dafür ist ein Rücktritt der Erfahrung zugunsten der Evidenz: Evidenzfokussierte Mediziner und Medizinerinnen suchen den Weg der Objektivierung des Pathologischen und sprechen dem subjektiv geäußerten Empfinden des Patienten weniger Bedeutung zu. Das subjektive Leiden des Patienten und die Erfahrung im Umgang damit kann jedoch Wege jenseits des standardisierten ärztlichen Handelns, jenseits von Labor und Bildgebung aufzeigen.

„Ich brems ein. Wenn ich es beeinflussen kann, brems ich ein. Dann sage ich, also, es ist ja auch sehr beliebt, internistische Patienten, multimorbide Patienten, dann sagt der: ‚Ich habe immer Schluckauf.‘ Dann ist der HNO-Arzt mit im Boot. Ich sehe übrigens schon seit sechs Jahren schlecht, wollte gerne mal zum Augenarzt.‘ Da ist der Augenarzt mit im Boot. Also das sind dann so Ressourcenfresser. [...] in diesen Fällen sage ich dann klipp und klar: ‚Stopp! Jetzt wollen wir mal gemeinsam nachdenken. Warum ist der Patient hier? Was ist unser Arbeitsauftrag? Können Sie das formulieren? Formulieren Sie das einfach mal mit ein oder zwei Sätzen.‘ [...] Das hat dann auch die Auswirkungen auf die Briefschreibung. [...] Und ich versuche dann immer so ganz zurückzugehen, zu sagen: ‚Warum ist er hier? Weshalb haben Sie ihn aufgenommen?‘ Und dann entwickle ich, also: ‚Wir

haben das und das und das. Was brauchen wir, um das zu unterstützen? Was haben wir? Was fehlt uns noch? Was müssen wir machen?‘ Also ich [...] persönlich in meiner Ausbildung bin kein Vorkauer, sondern ich stelle ganz, ganz viele Fragen, lasse dann zu Schlüssen kommen, und sage: ‚Mmh, sehe ich nicht so, aber wenn Sie denken, Sie würden das gerne mal ausprobieren, oder Sie denken daran, dann machen wir das. Wir sind ein Ausbildungsbetrieb und ich erhebe kein Anrecht darauf, den Schrein der Weisen gefunden zu haben. Wenn Sie das wissen wollen, komm, dann gehen wir mal, dann gehen wir mal diesen Weg auch.‘ (WB I, Z. 254–276)

Die vom Weiterbildungsbefugten kritisierte ressourcenorientierte Diagnosefindung zeigt exemplarisch, dass evidenzbasiertes Handeln nur vermeintlich (zeitlich) effektiver sein kann. Außerdem führt es im Zeitempfinden der Weiterbildungsassistentinnen und Weiterbildungsassistenten zu weiteren negativen Konnotationen: Viele beklagen, dass sie mehr Zeit aufwenden müssen für die technischen Untersuchungen, die Aus- und Bewertung von Befunden, das Schreiben von Arztbriefen und die administrativen Tätigkeiten.

Thematisiert wird auch das Verhältnis von Arbeits-, Lern- und Freizeit (vgl. z.B. Bachmayer/Faulstich 2006, Schmidt-Lauff 2012), in dem sich insbesondere intergenerationelle Diskrepanzerfahrungen zeigen, denen ein Konfliktpotential zwischen Weiterbildungsassistentin bzw. Weiterbildungsassistent und Weiterbildungsbefugtem innewohnen kann:

„Also, wenn ich jetzt noch mal so jung wäre und zwei Kinder. Ich meine, damals hat kein Mensch danach gefragt, dass ich zwei Kinder hab. Dienste waren Dienste. ‚Wie jetzt, Du kannst keinen Dienst machen?!‘ Ich hab jeden zweiten Tag Dienst gemacht. ‚Wie jetzt, Du willst jetzt nach Hause?!‘ ‚Ja, ich hatte Dienst.‘ ‚Aber wir müssen erst noch die Visite geben.‘ ‚Dann warst du von früh um acht bis nächsten Mittag um eins da, das hat keinen Menschen interessiert. Arbeitszeit?!‘ ‚Aber XY, wenn Sie in der vorgeschriebenen Arbeitszeit nicht fertig werden, haben Sie ein Organisationsproblem. Ich habe Ihnen keine Überstunden angeordnet.‘ (WB III, Z. 499–506)

In unserer Untersuchung haben wir gefragt, wie viel Zeit die Weiterbildungsassistentinnen und Weiterbildungsassistenten für ihre Weiterbildung aufwenden. Es zeigt sich, dass Weiterbildungsassistentinnen und Weiterbildungsassistenten diese Zeit sehr unterschiedlich beziffern. Die Spannweite der Antworten reicht von „eine Stunde am Tag“ bis „immer“. Hier zeigt sich exemplarisch die Diskre-

panz zwischen der durch die Ärztekammer vorgegeben (zeitlichen) Strukturierung der ärztlichen Weiterbildung und ihrer Umsetzung im klinischen Alltag. Der Anfang und das Ende der ärztlichen Weiterbildung sind rechtlich geregelt. Dazwischen liegen jedoch sowohl Zeitabschnitte, die nicht als ärztliche Weiterbildungszeit empfunden werden, als auch die Erfahrung, dass das Lernen kein Ende findet:

„Das ist ja, wie ich gesagt habe, etwas sehr Stetiges, und, also, begleitet mich jeden Tag, und es ist immer wie so eine kleine Wolke, die einen begleitet, weil man muss immer, halt, lernen. Es ist halt wirklich wie ein, ja, enger Freund letztlich, vielleicht auch ‚ne Hassliebe.‘ (WBAss I, Z. 114–117)

Ärztliche Weiterbildung findet im Prozess der Arbeit statt. Daher besteht die Notwendigkeit von Transparenz, Struktur und Begleitung durch erfahrene Fachärztinnen und Fachärzte. So kann verhindert werden, dass ärztliche Weiterbildung als derart überfordernd wahrgenommen wird, dass keine Zeit mehr zum Lernen bleibt. Zudem bedarf es offenbar weiterer zusätzlicher Zeiträume, um diese Lernzeit als Weiterbildungszeit reflektieren zu können, d.h. gemachte Erfahrungen als Lernerfahrungen zu erkennen.

„Ja, also Erfahrung ist etwas, was einen tatsächlich auch weiterbringt, weil man ... Also Erfahrung hat auch was damit zu tun, wie man Patienten einschätzt beispielsweise, und je mehr Patienten ich gesehen hab – das ist ja letztlich etwas erfahren, umso besser kann ich auch in Zukunft einschätzen, wie geht es dem Patienten: Handelt es sich hier um einen kranken Patienten? Liegt eine kritische oder eine nichtkritische Situation vor? In dem Sinn ist es schon halt zusätzlich zum reinen Fachwissen schon wichtig, dass man einfach aufgrund seiner Berufserfahrung einschätzen kann, in welche Richtung die Situation läuft.“ (WBAss I, Z. 103–110)

Wie die Ausrichtung der Weiterbildungsordnung auf die quantifizierbaren Fallzahlen zeigt, berücksichtigt die zeitliche Organisation ärztlicher Weiterbildung nicht die individuellen Lernwege von Weiterbildungsassistentinnen und Weiterbildungsassistenten. Die Auswertung des erhobenen Datenmaterials zeigt, dass Zeit für ärztliche Weiterbildung zum einen unter dem Aspekt der linearen Entwicklung verstanden wird: Zeit, die für eine Handlung oder Leistung zur Verfügung steht, und die Entwicklung einer umfassenden beruflichen Handlungskompetenz, die in Kompetenzstufen gegliedert wird (WBO 2018). Innerhalb

der Weiterbildungsordnung wird außerdem von einer Kontinuität der Weiterbildungszeit ausgegangen, d.h. es gibt einen bestimmbaren Anfang und ein bestimmtes Ende der Weiterbildungszeit oder der jeweiligen Weiterbildungseinheit. Dies zeigt exemplarisch der folgende Auszug aus der Weiterbildungsordnung für die ärztliche Weiterbildung im Fachgebiet Anästhesie:

„Weiterbildungszeit:

60 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 5 Abs. 1 Satz 1, davon

- 48 Monate in der Anästhesiologie, davon können bis zu
 - 12 Monate Weiterbildung in anderen Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung angerechnet werden
 - 18 Monate im ambulanten Bereich abgeleistet werden
- 12 Monate in der Intensivmedizin, davon können
 - 6 Monate Intensivmedizin in einem anderen Gebiet angerechnet werden.“ (WBO 2015, 26, Hervorhebungen im Original)

Diese Parameter stehen jedoch im Gegensatz zu einem Erfahrungsbegriff, welcher die Aspekte von Linearität, Kontinuität und Ordnung nicht negiert, ihnen jedoch auch die vermeintlich ineffektiven, abweichenden und überschreitenden Aspekte von Lernen und Bildung an die Seite stellt.

„Die Formel von der ‚Erfahrung verhindert Erfahrung‘ unterstreicht einen fundamentalen Sachverhalt: In unserer Zeit gehört zu jeder gelungenen Erfahrung ein negatives Moment. Das heißt: Erfahrung schließt Verunsicherungen, Ängste und Enttäuschungen im wörtlichen Sinn ein. Der falsche Schein wird zerrissen, die Täuschung kommt ans Licht – und mit ihr ein Stück verborgene, uneingestandene Wirklichkeit [...]“ (Pongratz 2010, 103)

Auch diese werden sowohl von den weiterbildenden Ärztinnen und Ärzten als auch von den Weiterbildungsassistentinnen und Weiterbildungsassistenten thematisiert:

„Ich halte es für extrem wichtig, dass derjenige oder diejenige, die die Weiterbildung innehat, eine hohe oder zumindest angemessene Zeit in dem sich weiterbildenden Team auch erkennbar ist, und da ist, und diese Weiterbildungsleistung auch erkennbar durchführt. Denn es ist aus meiner Sicht eine enorme Diskrepanz der Situation, um es jetzt hier am Beispiel der Zeit des klinischen Direktors am

Schreibtisch und der tatsächlich eins zu eins durchgeführten Weiterbildungsleistung. Die ist seitdem erheblich geringer, als sie für mich als leitender Oberarzt war, weil ich da den ganzen Tag nur mit den Leuten operiert habe oder auf Station das gemacht habe. Das heißt, ich habe zwar jetzt die Weiterbildungsermächtigung übernommen, führe die Weiterbildung aber tatsächlich im geringeren Maße durch als vorher.“ (WB II, Z. 216–227)

Ärztliche Weiterbildung: Erfahrungen im Augenblick der Zeit

Innerhalb der ärztlichen Weiterbildung geht es darum, Erfahrungen handhabbar zu machen, sie in ihrer ihnen eigentümlichen Bedeutsamkeit zu erkennen. Bedauerlicherweise haben Erfahrungen häufig die Eigenschaft, schmerzhaft, mühselig oder qualvoll zu sein:

„Das ist intuitiv. Tatsächlich. Also, ich habe es nicht gelernt. Ich habe es nicht gelernt, aber ich habe am eigenen Kummer gelernt. Also, das ist ja durch eigene, ja, aber, das kann man so pauschal gar nicht sagen, weil die eigene Jammererfahrung muss ja nicht in diese Verhaltensweise münden.“ (WB I, Z. 519–522)

Das ist für sowohl für die weiterbildenden als auch weiterzubildenden Ärzte und Ärztinnen eine eher schwierige Konstellation für das Zulassen von Erfahrungen-Machen, auch weil immer Folgen für den Patienten damit verbunden sind. Der Durchgang durch Erfahrungen ist nicht vollständig plan- und damit zeitlich erfassbar. Deshalb haben wir in unserem Forschungsprojekt gefragt, welche Rolle den Weiterbildenden zukommt, wenn die jungen, noch unerfahrenen Kolleginnen und Kollegen aus Erfahrungen lernen sollen.

In unseren Interviews mit Weiterbildungsbefugten zeigte sich, dass diese sich durchaus darüber im Klaren sind, dass es zum „Erfahrung machen lassen“ gehört, Kontrolle abzugeben und sich selbst zurückzunehmen, obwohl man aufgrund seiner Erfahrungen in der eigenen ärztlichen Weiterbildungszeit um die möglichen Probleme und Schwierigkeiten weiß. Dennoch, so die nahezu einhellige Meinung der Befugten, können Weiterbildungsassistentinnen und Weiterbildungsassistenten nur Erfahrungen machen, wenn man ihnen dafür Raum und Zeit gibt. Erfahrungslose Assistentinnen und Assistenten hingegen, die als Personalressource eingesetzt und nicht als Lernende verstanden werden, stellen eine noch größere Gefahr dar, weil sie letztlich ungeübt und un gelenk bleiben. Ihre Erfahrungen in der eigenen Weiterbildungszeit speisen sich dann aus negativen Erlebnissen wie z.B. der Überforderung. Auf sich allein gestellt, ist es für sie

die Kontinuität der erlebten Unerfahrenheit, die verhindert, unter Anleitung Linearität und Sicherheit für das eigene ärztliche Handeln zu gewinnen.

Die enge Kopplung von Zeit und (Un-)Erfahrenheit zeigt sich auch in den genannten Kommunikationsformen sowie im Lehr-Lernhandeln, welche in den Interviews beschrieben werden. Beispielhaft, neben vielen anderen, seien an dieser Stelle das Gespräch, Besprechungen, Wiederholungen und das Innehalten genannt, welche in Zusammenhängen mit der Zeit betrachtet werden:

„[...] , dass man an bestimmten Schritten eben noch mal innehält und guckt, so, wie geht's jetzt weiter, aber in der Zeit eben auch Ruhe ist, dass man das unterbricht auch tatsächlich und hinterher mit dem gemeinsamen Betrachten des Films eben losgelöst von der OP-Situation. Weil, [...] man eben auch frei davon ist, weil das ist ja jetzt schon Vergangenheit, auch noch mal durchgehen kann, und es dann auch noch mal theoretisch bewerten kann.“ (WB II, Z. 645–650)

Die Erfahrung sorgt dafür, dass man etwas verändert, eine Sichtweise, eine Handlung, eine Herangehensweise und – wenn man so will – einen Bildungsprozess durchläuft. Die Weiterbildungsbefugten haben zwei Aufgaben zu meistern: erstens den Weiterbildungsassistentinnen und Weiterbildungsassistenten eigene Erfahrungen zu ermöglichen, zweitens den Patienten zu schützen und zu kurieren.

Aber auch der und die Weiterbildungsbefugte ist im Hinblick auf seinen klinischen Lernweg nicht erfahrungslos. Hier zeigt sich in den Interviews, dass es manchmal sogar notwendig sein kann, die eigenen Lernerfahrungen ganz bewusst abzustreifen, um dem Nachwuchs das Lernen überhaupt zu ermöglichen. Insbesondere negative berufliche Lern- und Sozialisationserfahrungen werden von den Weiterbildungsbefugten als Hemmnis in der Ermöglichung und Schaffung von Lernräumen benannt, *„weil die können sich aus meiner Sicht oft nicht davon lösen, was sie selber mal erfahren haben aus einer anderen Zeit, wo das vielleicht tatsächlich nicht ging oder einfach nicht möglich war, nicht toleriert wurde, aber heute ist es anders“ (WB II, Z. 312–315).*

Die Ermöglichung von Erfahrungen in der ärztlichen Weiterbildung bedeutet, sich auf etwas Unkalkulierbares einzulassen. Notwendig ist es, alte Erfahrungen neu zu reflektieren. Sie lassen sich nicht abstreifen, sondern machen letztendlich auch den Habitus und die fachkulturellen Unterschiede aus, die sich im Laufe der Zeit in der Medizin etabliert haben. Auch das wird in den Interviews mit den Befugten als eine Schwierigkeit bewertet, die im Klinikalltag nicht leicht zu meistern ist. So kann es nicht nur schmerzhaft sein, Erfahrungen zu machen,

es kann ebenso schmerzhaft sein, sich bereits gemachte Erfahrungen bewusst zu machen, um sie zu reflektieren und so Platz für neue Erfahrungen zu schaffen:

„Ich bin auch immer so durch ein persönliches Jammertal durchgegangen, und ich glaube, wer da nicht so Jammertalerfahrungen hat und dann so Struggle for Life gemacht hat und sich überlegt hat, wie komme ich denn am besten mit meinen vorhandenen Ressourcen jetzt über den Tag. Also, wer sich nicht mit sich selber beschäftigt hat, der kann, glaube ich, dann auch da in diese Richtung sich gar nicht so entwickeln. Weil die Didaktik selber, so was lernen wir ja nicht. Wir lernen ja wirklich, also ich weiß nicht, wie es heute ist, aber wir lernen ja nur Medizin.“ (WB I, Z. 537–543)

In unserer Untersuchung zeigt sich, dass die Erfahrungen von Ärztinnen und Ärzten nicht immer in Form eines gegenständlichen Wissens vorliegen, das einfach zu verbalisieren wäre, sondern eher als ein Können, das nur schwer beschreibbar ist. Für die Weiterbildungsassistentinnen und Weiterbildungsassistenten ist es jedoch wichtig, die Möglichkeit zu bekommen, ggf. geteilte Erfahrungen der Weiterbildungsbefugten mit eigenem Erlebten anzufüllen, anderenfalls bleibt das Verständnis leer.

Schluss

Trotz aller zu erreichenden Kompetenzstufen und Standardisierungen gibt es auch in der ärztlichen Weiterbildung das Moment der Unbestimmtheit, das sich in den Interviews insbesondere unter dem Begriff der ärztlichen Kunst subsumiert (siehe dazu z. B. ausführlicher Merl 2011). Ärztliche Kunst, so thematisieren es die meisten Weiterbildungsbefugten, zeigt sich in der Intuition, die sich spontan einstellt, aber ohne Erfahrungen nicht hervorgebracht werden kann. Ärztliche Kunst wird in den Interviews nicht als kunstvolle Technik begriffen, sondern als etwas, das jenseits von Standards auftritt. Also der Moment des flüchtigen Augenblicks, der ergriffen wird, weil das Empfinden des Zeitpunkts der gemessenen Erfahrung gegenübertritt.

„Ich denke, dass dieses nach außen wie Kunst und wie Leichtfertigkeit aussehende Handeln, das die wirkliche Erfahrung und die Fähigkeit ist, richtig zu analysieren und richtige Entscheidungen zu treffen. Manchmal, wahrscheinlich in vielen Fällen sogar nach außen absolut intuitiv, [...] dieses letztes Jahr verstorbene Chef [...], der hat immer versucht, die Sachen zu standardisieren. [...] Es gibt ein paar

Leute, [...] die auch [...] nicht ausmessen müssen, die wissen das so. [...] Und der [...] einfach wusste, wo er der hin muss [...], der ist schon so ein Künstler.“ (WB IV, Z. 563–597)

Im Fall der ärztlichen Weiterbildungszeit in Deutschland wurde bisher zu wenig beachtet, dass – gerade aus Sicht der Erwachsenenbildung – die ärztliche Weiterbildungszeit eine qualitative Größe ist und sein soll, die methodisch und didaktisch gestaltet werden muss. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Zeit nicht auf eine ökonomische Ressource reduziert wird, sondern in ihrem Spannungsfeld zwischen messbarer und flüchtiger, festgelegter und individuell empfundener Zeit für ärztliche Weiterbildung betrachtet werden sollte. Notwendig ist es deshalb, Bedingungen zu schaffen, um allen an der ärztlichen Weiterbildung Beteiligten „bildende Erfahrungen“ (Dörpinghaus 2019, 458) zu ermöglichen. Dies beinhaltet auch in der als individuell verschieden erlebten Zeit, Reflexionszeiträume zu schaffen, in denen über Erfahrungen und die Gründe von Handlungen nachgedacht werden kann. So können Diskrepanzerfahrungen thematisiert und „verhinderter Erfahrung“ begegnet werden:

„Soll Bildung also auf den Weg kommen, dann beginnt sie mit der Erfahrung verhinderter Erfahrung [...]. Die Erschließung des Bildungs- als Erfahrungsprozess wird damit zum Angelpunkt kritischer Reflexion in der Erwachsenenbildung.“ (Pongratz 1990, 138)

Literatur

- Bachmayer, Birgit/Faulstich, Peter (2002): Zeit als Thema in der Erwachsenenbildung. Hamburg.
- Bollnow, Otto Friedrich (1968): Der Erfahrungsbegriff in der Pädagogik. In: Zeitschrift für Pädagogik, 03/1968, S. 221–252.
- Bundesärztekammer (WBO) (2015): (Muster-)Weiterbildungsordnung 2033 in der Fassung vom 23.10.2015. Berlin.
- Bundesärztekammer (WBO) (2018): (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018 in der Fassung vom 20.09.2019. Berlin.
- Dörpinghaus, Andreas (2019): Schonräume der Langsamkeit. Grundzüge einer temporal phänomenologischen Erwachsenenpädagogik (2008). In: Brinkmann, Malte (Hg.): Phänomenologische Erziehungswissenschaft von ihren Anfängen bis heute. Eine Anthologie. Wiesbaden, S. 457–464.

- Faulstich, Peter/Grotlüschen, Anke (2006): Erfahrung und Interesse beim Lernen – Konfrontation der Konzepte von Klaus Holzkamp und John Dewy. In: Kritische Psychologie, 50/2006. URL: <https://www.kritische-psychologie.de/2006/erfahrung-und-interesse-beim-lernen> (letzter Zugriff: 27.02.2020).
- Flaschar, Hellmut (2016): Hippokrates. Meister der Heilkunst. München.
- Hasske, Eva (2020): Der kompetente Arzt im klinischen Bereich: Eine Fallstudie zur weiterführenden ärztlichen Kompetenzentwicklung. Wiesbaden.
- Holzkamp, Klaus (1993): Lernen. Subjektwissenschaftliche Grundlegung. Frankfurt/M.
- Merl, Tanja (2011): Ärztliches Handeln zwischen Kunst und Wissenschaft. Eine handlungstheoretische Analyse der ärztlichen Praxis im Kontext allgemeiner Entwicklungen im Gesundheitssystem. Augsburg. URL: https://opus.bibliothek.uni-augsburg.de/opus4/frontdoor/deliver/index/docId/1713/file/Dissertation_Tanja_Merl.pdf (letzter Zugriff: 27.02.2020).
- Riha, Ortrun (2015): Medizin und Zeit – (nicht nur) medizinhistorische Überlegungen. In: Denkströme. Journal der Sächsischen Akademie der Wissenschaften, 15/2015, S. 50–67.
- Pongratz, Ludwig A. (1990): Bildung und Halbbildung. Zur Logik des Verfalls von Subjektivität. In: Pongratz, Ludwig A.: Sammlung. Fundstücke aus 30 Hochschuljahren. Darmstadt, S. 131–139. URL: http://tuprints.ulb.tu-darmstadt.de/2439/1/Ludwig_Pongratz_-_Sammlung.pdf (letzter Zugriff: 27.02.2020).
- Pongratz, Ludwig A. (2010): Kritische Erwachsenenbildung. Analysen und Anstöße. Wiesbaden.
- Sack, Arnold (1927): Hippokrates. Eine Auslese seiner Gedanken über den gesunden und kranken Menschen und über die Heilkunst. Berlin.
- Schmidt-Lauff, Sabine (2012): Zeit und Bildung. Annäherungen an eine zeittheoretische Grundlegung. Münster.
- Somm, Irene/Hajart, Marco/Mallat, Anja (2018): Grenzen der Standardisierbarkeit ärztlichen Handelns. Personale Kompetenz in pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen. Wiesbaden.
- Zedler, Johann Heinrich (1731–1754): Grosses vollständiges Universal-Lexicon aller Wissenschaften und Künste, Bd. 8E, Halle/Leipzig.