

Leserbrief

Sehr geehrte Damen und Herren,

Anlässlich eines Leitartikel in der Leipziger Volkszeitung vom 26.1.02 („Ärztemangel – Green Card für Mediziner“) möchte ich Sie um Beachtung folgender Meinung bitten:

Als ich 1995 mit dem Medizinstudium begann, hieß es, im Jahre 2000 wären ca. 60 000 Ärzte arbeitslos. Es wurde abgeraten, Medizin zu studieren. Nun schreiben wir das Jahr 2002 – und ein Ärztemangel wird beklagt. Die nächstliegende Frage wäre, wie kommt dieser plötzliche Ärztemangel zustande, was müssten wir verändern, um dem Ärztemangel in unserem Staat zu begegnen?

Aber was wird getan? Es soll auf Ressourcen anderer Staaten (osteuropäische Länder) zurückgegriffen werden. Dabei würden die Ursachen für die Misere in unserem Staat unangetastet bleiben. Das bedeutet

ein Versagen unserer Politik, die es offensichtlich nicht schafft, die gut und in der Zahl ausreichend ausgebildeten deutschen Mediziner für die Ausübung des Arztberufes in Deutschland zu begeistern. Denn jenen Überschuss von Medizinern gibt es tatsächlich. Heute entscheiden sich etwa 50% der jungen Menschen mit abgeschlossenem Medizinstudium in Deutschland für eine Arztkarriere im Ausland oder gegen den Arztberuf, zum Beispiel für Karrieren in der biomedizinischen Wissenschaft, in der Pharmaindustrie, in der Biotechnologie, im Wissenschaftsjournalismus, in Unternehmensberatungen oder anderen Wirtschaftsbereichen, in denen ein abgeschlossenes Medizinstudium viele Türen öffnet. Dafür gibt es eine Reihe von Gründen:

Die Hauptattraktion des Arztberufes besteht in der Mischung aus eigenverantwortlichem Arbeiten mit hilfsbedürftigen

Menschen und der Anwendung und Weiterentwicklung modernster medizinischer Kenntnisse und Techniken sowie der daraus resultierenden sozialen Anerkennung. Diese Attraktion ist in Deutschland insgesamt und auf dem Lande im besonderen nicht ausreichend gegeben, so dass alternative Berufe und das Ausland zunehmend bevorzugt werden.

Das eigenverantwortliche Arbeiten mit Patienten beginnt spät und nur teilweise im 6. Studienjahr als PJ'ler (bei 13 Schuljahren und Bund/Zivildienst im Lebensalter von 26 Jahren). Dann folgt die AiP-Zeit (1,5 Jahre), in der die Eigenverantwortlichkeit zunimmt, aber die Entscheidungen letztlich hierarchisch von Assistenzarzt, Oberarzt und Chefarzt getroffen werden. Als Assistenzarzt nimmt die Eigenverantwortlichkeit weiter zu, aber bleibt auch hier unvollständig. Im Alter von ca. 32 Jahren (abhängig von der Fach-

richtung) wird man Facharzt und hat nun die Berechtigung, sich als Kassenarzt in einer Praxis niederzulassen, voll eigenverantwortlich. Hätte man unmittelbar nach dem Studium in einen anderen Beruf gewechselt, wäre man bereits 5 Jahre zuvor stärker eigenverantwortlich tätig gewesen. Eine Verbesserung wäre zu erreichen durch Verkürzung des Studiums auf vier Jahre, was durch effektivere Gestaltung des Studiums (zum Beispiel sind 5 Monate vorlesungsfreie Zeit pro Jahr zu viel) bei der gleichen Wissensvermittlung möglich ist. Zusätzlich müsste es die Möglichkeit geben, sein Studium schneller abzuschließen, wenn man möchte.

Weiterhin reicht eine sich anschließende zweijährige effektive Weiterbildung in einem Fachgebiet (zum Beispiel zu einem „Junior-Facharzt“) aus, um anschließend eigenverantwortlich zu arbeiten. Man wäre dann ca. 27 Jahre alt. Mit Eigenverantwortlichkeit geht Kreativität einher – die Möglichkeit, eigene Ideen umzusetzen, die im Studium vermittelten modernsten Kenntnisse und Techniken in die Realität zu übertragen, letztlich die Gesundheit unserer Menschen zu verbessern. Vieles, was theoretisch vermittelt wird, findet sich in der täglichen Berufsausübung nicht wieder. Man trifft auf starre Strukturen, denen man für die Facharztausbil-

dung hierarchisch untergeordnet ist. Man wird desillusioniert. Dies vor Augen wählen viele nach dem Studium den Arztberuf ab. Eine moderne Erkenntnis ist beispielsweise eine ganz alte – nämlich das Ziel einer ganzheitlichen Betreuung des Patienten. Doch dies wird während der Ausbildung an einem gängigen Krankenhaus schnell verlernt. Es bestehen immer mehr Subdisziplinen, auf die man sich spezialisiert, mit dem Ergebnis, dass der Blick für den ganzen Menschen verloren zu gehen droht. Andererseits ist es nur so möglich, Krankheiten gezielter zu behandeln. Das Ziel sollte sein, eine ganzheitliche Betrachtung des Patienten mit der Nutzung spezieller modernster Kenntnisse und Techniken zu kombinieren. Spezialisten müsste die Zeit gegeben (und eben auch bezahlt) werden, über gemeinsame Patienten regelmäßig zu kommunizieren. Man könnte sich also Netze von Spezialisten vorstellen, die miteinander um Patienten konkurrieren. Hier ist die Politik gefragt, entsprechende Versuche zu unterstützen. Innerhalb der etablierten Systeme ist eine Veränderung schwer möglich. Insbesondere für die neuen Länder sehe ich dahingehend Chancen. Unterstützen Sie junge Mediziner finanziell und strukturell in diesem Sinne und es besteht die Chance, Vorreiter zu werden, Anziehungs-

punkt für eine effizientere und für den Patienten besseren Medizin.

Junge Absolventen möchten etwas gestalten, ihr Wissen anwenden und an neuen Entwicklungen beteiligt sein. Weiterhin motiviert den jungen Arzt die Möglichkeit, klinische oder Grundlagenforschung zu betreiben, um so bei einer Weiterentwicklung medizinischer Kenntnisse und Techniken mitzuarbeiten. Wenn es auch in nichtuniversitären Kliniken dazu Möglichkeiten gibt, so werden sich mehr Mediziner für diese entscheiden. Insbesondere in ländlichen Gegenden könnte versucht werden, derartige Entfaltungsmöglichkeiten anzubieten. Eine klassische Hausarztposition schreckt ab, da hier kaum eine berufliche Entwicklungschance gesehen wird. Dazu stellen oben erwähnte Spezialistennetze eine Alternative dar. Was als Hausarzt bleibt, ist die eigenverantwortliche Arbeit mit Patienten, die wichtig und schön, aber nur für wenige Motivation genug ist. In ländlichen Gebieten spielen die zum Teil geringeren freizeitleichen Angebote und die allgemeine Perspektivlosigkeit eine bedeutende Rolle. Vielleicht können gerade medizinisch innovative Projekte mit staatlichem Anstoß Auftrieb geben. Finanziell bessere Angebote in ländlichen Gebieten können junge Ärzte anziehen. Das Geld spielt jedoch eine nur untergeordnete Rolle. Dem Grossteil der Studienanfänger war bereits 1995 bewusst, dass als Arzt keine finanzielle Spitzenposition erreicht werden kann, dass selbst Chefärzte weniger verdienen als Manager in vergleichbaren Positionen. Trotzdem begannen wir dieses aufwendige Studium. Das Geld ist immer die Attraktion, die bleibt, wenn sonst nichts mehr motivierend ist. Die vorrangige Aufgabe der Politik ist es, die Probleme im Land und mit den Bürgern des Landes zu lösen und nicht durch das Ausweichen auf fremde Hilfe, die in der Regel nur kurzfristigen Erfolg verspricht.

28. 1. 2002
Jörn Pomper, Medizinstudent, Berlin