

Crux der Weiterbildung



Den Streit, ob Ärztemangel besteht oder nicht, wird es wohl immer geben. Denn viele weiche Faktoren beeinflussen die jeweilige Sichtweise. Eines steht allerdings fest, die deutsche Ärzteschaft wird älter und Medizinstudenten wandern ins Ausland ab. Es gibt zudem eine hohe Zahl an Studienabbrechern und solche, die zwar ihr Studium beenden, aber dann nicht als Ärzte am Patienten arbeiten. Unsere erfolgreichen Bemühungen in Österreich, wie kürzlich Ende März in Wien, Innsbruck und Graz, lösen das Problem ganz sicher nicht. Warum verlieren wir aber junge Ärzte? Ist es die schlechte Situation der Weiterbildung in Deutschland? Sind es die familienfeindlichen Arbeitsbedingungen?

Nun, über Numerus clausus oder Studienabbruch soll hier nicht geschrieben werden. Vielmehr will ich mich auf die Situation der ärztlichen Weiterbildung, natürlich aus meiner Sicht des Weiterbildungers – selbst weitergebildet in Zeiten der „Ärzteschwemme“ – beziehen. Zu einer sicher beklagenswerten Situation gehört die Verwirrung, welche die deutschen Landesärztekammern – hoch lebe der Föderalismus – um die Weiterbildungsordnung gestiftet haben. Wen verwunderts, wenn gerade Fachgebiete von einem Mangel an Nachwuchs betroffen sind, welche in der ärztlichen Weiterbildungsordnung einer besonderen Unstetigkeit unterlagen und unterliegen. Das Fachgebiet „Allgemeinmedizin/Innere und Allgemeinmedizin“ sei hier nur

beispielgebend aufgeführt. Ich bin der festen Überzeugung, dass eben dieser Umstand dazu führt, dass Weiterbildung allgemein als schlecht in Deutschland empfunden wird, wohingegen, wir publizierten es oft, auf direkte Befragung Zufriedenheit herrscht.

Im Weiteren taucht in der Diskussion immer wieder das Wort Hierarchie auf. In anderen Ländern, wie zum Beispiel Österreich, wird Hierarchie als noch problematischer angesehen. Eine Erklärung, welche Hierarchie gemeint ist, und Vorschläge zu einer Änderung des beklagten Zustandes sind aber leider nur selten zu erlangen. Gestufte Verantwortlichkeiten, Verantwortungsübernahme in Abhängigkeit des Weiterbildungsstandes, aber auch Kontrollfunktionen im Sinne der Patientensicherheit können dabei wohl nicht diskutiert werden. Die Letztverantwortung hat der Chefarzt oder auch Weiterbilder, er muss Ansprechpartner sein und mit gutem Vorbild vorangehen. Aber er muss auch unpopuläre Maßnahmen treffen können, muss Fehler benennen und zu deren Abwendung genau so wie der Weiterzubildende beitragen. Das Medizinstudium hat etwas mehr an Praxisnähe erfahren. Der vollumfänglich eigenverantwortlich und praxisnah tätige Arzt kann sich aber erst in der Arbeit mit dem Patienten entwickeln und dabei braucht er Führung. Für Weiterbilder gilt hier, dass eine hohe fachliche Kompetenz nicht allein ausreichend ist. Für Weiterbildungskandidaten gilt, dass sie sich Anforderungen stellen müssen, Wissen erwerben und anwenden wollen, ohne dabei bereits alles zu können. Mit der stetig steigenden Arbeitsverdichtung und den wachsenden Anforderungen an die medizinische Praxis (aufgrund Multimorbidität und sich verändernden gesellschaftlichen Wünschen) korreliert das Maß an Frustration unter der jungen Ärzteschaft. Das Gefühl, nicht ernst genommen zu werden, wird mir in Gesprächen immer wieder vermittelt. Aber auch der Wunsch auf Führung durch den Dschungel der Weiterbildung überwiegt gegenüber dem Selbstverständnis, sich um seinen Weiterbildungsgang selbst zu

bemühen. Aus diesem Grunde ist eine Entwicklung vor Jahren angeschoben worden, welche diesem Wunsch ebenso Rechnung trägt, wie auch dem fachlichen Anspruch einer breiten Bildung im Fachgebiet: die Verbundweiterbildung.

Die arbeitsrechtliche- wie auch Gehaltsproblematik wirkt aber gerade in Fachgebieten mit hohen „Arbeitsplatzwechselraten“ einer ausreichenden Etablierung von solchen Verbänden über Sektorengrenzen hinweg entgegen. Eben dies erschwert insbesondere in der Allgemeinmedizin eine qualifizierte Weiterbildung mit genügend Interessenten genau so, wie die unzureichende Finanzierung vor allem im ambulanten Sektor.

Ärztliche Weiterbildung muss als gesellschaftliche Aufgabe begriffen werden. Wenn der Gesundheitsfonds überhaupt einen Nutzen haben kann, dann bietet sich hier die Finanzierung von ärztlicher Weiterbildung an. Ein weiterer Schwerpunkt ist die Arbeitszeitdiskussion. Ich habe, und da mag man meine Ansicht für antiquiert halten, meine ärztliche Arbeit erst dann als erledigt betrachtet, wenn meine Tagesaufgabe erfüllt war. Natürlich gibt Arbeitszeit einen Rahmen dafür vor. Aber Kollegialität und das Bemühen um die Individualität des Patienten sind Leitstrahlen ärztlicher Tätigkeit. Bei zu starker Fokussierung auf Rahmenbedingungen setzen wir unsere ärztliche Glaubwürdigkeit aufs Spiel und müssen unsachgemäße Vergleiche mit handwerklicher Tätigkeit aushalten. Im Hinblick auf Familien- und Arbeitshygiene sind lange Arbeitszeiten keinesfalls wünschenswert. Unser Beruf aber ist eben nicht mit dem eines Kassenangestellten einer Bank zu vergleichen. Mein Appell richtet sich an Weiterbilder: Sie sollten ihre „Kinder“ – wie mein Chef Dr. med. Clemens Weiss immer sagte – erziehen. Und die „Kinder“ sollten bei ihren Weiterbildern ernsthaft und willig lernen und sich im gegenseitigen Vertrauen gegenüber treten. Dann glaube ich fest, lassen sich viele Negativismen auch überwinden.