

🔒 Interview zu Ärztemangel und Weiterbildung

BJÄ-Sprecherin Martini: Ein Drittel der jungen Ärztinnen und Ärzte erwägt abzuwandern

Extreme Arbeitsverdichtung und kaum Supervision: Dr. Andrea Martini, Sprecherin des Bündnisses Junge Ärztinnen und Ärzte (BJÄ) über den Frust des ärztlichen Nachwuchses und die Vorteile des Rucksack-Modells.



Von Rebekka Höhl (/Nachrichten/Rebekka-Hoehl-au128.html)

Veröffentlicht: 07.05.2024, 04:05 Uhr



Erschöpft und frustriert? Vielen jungen Kolleginnen und Kollegen stoßen die aktuellen Rahmenbedingungen der Patientenversorgung in den Kliniken mehr als bitter auf. Das muss sich ändern, will man den Nachwuchs in der Versorgung halten.

© Courtney Haas / peopleimages.com / stock.adobe.com

Frau Dr. Martini, im Vergleich zu anderen Ländern hat Deutschland relativ lange Weiterbildungszeiten. Wie sehen Sie das als Bündnis Junge Ärztinnen und Ärzte (BJÄ): Braucht es diese langen Zeiten wirklich, oder gäbe es Möglichkeiten, die Weiterbildungszeit zu verkürzen, um junge Fachärztinnen und Fachärzte schneller in die Versorgung zu bekommen?

Ich glaube, es wäre sinnvoll, unseren großen Katalog an Weiterbildungsinhalten einem Realitätscheck zu unterziehen. Also zu prüfen, welche der vorgegebenen Inhalte sind denn nun wirklich zwingend notwendig, um den Facharzttitel zu erlangen. Und welche Weiterbildungsinhalte können junge Ärztinnen und Ärzte später erlernen, wenn sie bereits Fachärztin, Facharzt sind.

Wenn man die Ergebnisse dieses Realitätschecks dann auch konsequent umsetzen würde, würde das unweigerlich zu einer Verkürzung der Weiterbildungszeiten führen, was wiederum die Kapazitäten der Weiterbildungsstätten erhöhen würde. Damit würden wir letztendlich dem relativen Ärztemangel zum Teil entgegenwirken.



Dr. Andrea Martini ist Sprecherin des Bündnisses Junge Ärztinnen und Ärzte (BJÄ) und Vertretung der AG Junge DGIM beim BJÄ.

© privat

Andere Player im Gesundheitswesen sprechen ja eher von einem absoluten Ärztemangel. Was meinen sie mit relativem Mangel?

Sicher, der Ärztemangel ist in aller Munde. Man muss ihn aber differenziert sehen. Für mich ist er relativ. Denn viele junge Medizinerinnen und Mediziner, die jetzt in die Versorgung kommen, die im praktischen Jahr sind – also unmittelbar in den Startlöchern stehen –, aber auch viele, die schon eine gewisse Zeit in der Klinik sind, erwägen, in andere Sektoren abzuwandern. Es gibt Umfragen, die belegen, dass wir hier immerhin von einem Drittel des ärztlichen Nachwuchses sprechen.

Das ließe sich abfedern, wenn Klinikstandorte und Patientenversorgung wieder attraktiver für die Menschen, die dort arbeiten, würden. Wenn wir den demografischen Wandel sehen, der ja auch dadurch bedingt ist, dass wir durch eine gute gesundheitliche Versorgung immer älter werden, müssen wir den Ärztemangel multifaktoriell angehen. Wenn wir jetzt zwar genügend Ärzte ausbilden, die aber alle davon abgeschreckt sind, wie es läuft in den Kliniken, dann kommen wir nicht weiter.

Wenn Sie sagen, ein Drittel erwägt, in andere Sektoren abzuwandern, heißt das abwandern in den ambulanten Bereich oder komplett raus aus der Gesundheitsversorgung?

Leider könnte die Patientenversorgung tatsächlich gefährdet sein, weil eben nicht nur in die ambulante Versorgung abgewandert wird, sondern vielfach auch z.B. in die Pharmaindustrie. Gerade wenn man geforscht hat, wird man gerne von der Industrie abgeworben. Und im Vergleich zu den Kliniken ist das für Kolleginnen und Kollegen, die forschen möchten, ein attraktiver Arbeitgeber, man hat dort ganz andere Forschungsmittel zur Verfügung.

Deshalb fordern wir als BJÄ, dass Forschung an der Uniklinik und auch als integraler Bestandteil in der Weiterbildung wieder besser funktionieren muss. Forschung nebenher ist durch die zunehmende Arbeitsverdichtung und den DRG-Druck nur noch eingeschränkt möglich. Das kann man auch nicht mehr mit der Zeit vor 30 Jahren vergleichen, als meine Eltern angefangen haben. Der ökonomische Druck ist in den letzten Jahren deutlich gestiegen. Wenn wir Forschungsstandort bleiben wollen, müssen wir gegensteuern.

”

Die Weiterbildung darf nicht weiter über die DRG querfinanziert werden. Das muss entkoppelt werden, die Weiterbildung muss eigene Finanzmittel bekommen!

Arbeitsverdichtung ist ein gutes Stichwort. Auch auf dem DGIM-Kongress im April wurde breit über eine Verkürzung der Weiterbildungszeiten diskutiert. Man hatte nicht den Eindruck, dass alle jungen Ärztinnen und Ärzte dies unterstützen. Welche Sorgen schwingen da mit?

Na ja, durch Umfragen wissen wir, dass schon heute durch die Arbeitsverdichtung wenig Zeit für Supervision bleibt. Das trifft insbesondere den interventionellen Bereich, also Bereiche wie die Kardiologie oder Gastroenterologie.

Prinzipiell würde wahrscheinlich jeder begrüßen, wenn die Weiterbildungszeiten verkürzt werden, weil man dann schneller seinen Facharzt hat und natürlich auch mehr Geld verdienen oder schneller eine Leitungsebene erreichen kann. Und wir würden damit auch die Kolleginnen und Kollegen, die den Facharzt in Teilzeit absolvieren, abholen.

Nur ein Beispiel: In meinem Schwerpunkt der Endokrinologie dauert es sechs Jahre, bis man in Vollzeit den Facharzt hat. In Teilzeit können am Ende gut neun oder zehn Jahre bis zum Facharzt vergehen, ein Zeitraum, den viele so nicht mehr auf sich nehmen wollen.

Die Zeiten zu verkürzen wäre hier also mehr als sinnvoll. Aber die Sorge, dass wir dann noch weniger Ausbildung erfahren, weil es dann noch verdichteter ist, ist bei vielen jungen Ärztinnen und Ärzten groß. Deshalb sollten wir schauen, dass wir strukturierte Weiterbildungscurricula schaffen. Das muss auch von den Kammern kommen. Und dass ausreichend Zeit und finanzielle Mittel für Supervision vorhanden sind. Das heißt, dass die Weiterbildung nicht weiter über die DRG querfinanziert werden darf. Das muss entkoppelt werden, die Weiterbildung muss eigene Finanzmittel bekommen!

Wie würden Sie das ausgestalten?

Ich befürworte sehr das Rucksack-Modell, das der Sachverständigenrat Gesundheit schon 2018 empfohlen hat. Das würde die Lage in den Weiterbildungsstätten deutlich entschärfen. Man sieht in den Ländern, wo die Weiterbildung einen eigenen Finanzposten hat, dass es dort viel einfacher ist, Weiterbildung auch tatsächlich zu bekommen. Nicht weil unsere Weiterbilder weniger motiviert wären. Aber wenn alles über die Patientenversorgung querfinanziert wird, ist Zeit für Ausbildung nicht umsetzbar, dann ist der ökonomische Druck zu groß, um diese Zeitfenster zu finden. Vor allem für die sprechende Medizin, die selbst nicht so viele Gelder einfährt, ist das ein großes Problem.

Wir brauchen Supervision, die durch Ärzte gemacht wird, die auch dafür abbestellt sind, die dafür ausreichend Zeit bekommen. Das Nebenherlaufen von Lehre und Supervision ist fast nicht mehr schaffbar.

”

Ich glaube, dass die Krankenhausreform eine Chance für uns ist. Wir müssen sie aber ergreifen und die Weiterbildung zukunftsfit machen, denn an ihr hängt letztlich die Qualität der Patientenversorgung.

Mit der Krankenhausreform wird die Frage der Finanzierung noch drängender. Weiterbildung wird zwangsläufig ambulanter, da braucht es intersektorale Finanzierungskonzepte. Könnte das Rucksack-Modell ein guter Ansatz sein?

Auf jeden Fall. Wir sind ja schon mittendrin in der Ambulantisierung, durch die Reform wird das nur noch einmal verstärkt. Wir werden künftig intersektorale Weiterbildungsverbünde schaffen müssen. Hier darf es aber nicht passieren, dass Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung dann nur dafür da sind, Versorgungslücken zu schließen. Sie müssen eine gute Ausbildung erfahren, ein eigenes Budget im Rucksack-Modell, mit dem die Weiterzubildenden zu den einzelnen Weiterbildungsstätten rotieren können, wäre da mehr als sinnvoll.

Es wird ohnehin mehr Bürokratie und Organisationsaufwand auf uns zukommen. Und längst nicht für alle Kolleginnen und Kollegen ist das Rotieren über mehrere Standorte attraktiv. Wer zum Beispiel in der Forschung aktiv werden möchte, wird eher versuchen, seine Weiterbildung an einer Weiterbildungsstätte zu absolvieren, um sich dort vielleicht schon einmal zu etablieren und Netzwerke aufzubauen. Jemand, der später ambulant arbeiten möchte, für den ist hingegen die Weiterbildung in einem Level-II-Haus, wo der Gesundheitsminister sie ja hauptsächlich verorten will, mit Rotationen in Praxen interessant.

Trotzdem glaube ich, dass die Krankenhausreform eine Chance für uns ist. Wir müssen sie aber ergreifen und die Weiterbildung zukunftsfit machen, denn an ihr hängt letztlich die Qualität der Patientenversorgung.

Nun wurde ja schon vielfach die Quotierung der Weiterbildung vorgeschlagen - aktuell auch vom Sachverständigenrat Gesundheit. Wie bewerten sie das?

Wenn wir ein Matching wie in den USA andenken, ist das tendenziell für die Patientenversorgung natürlich sinnvoll. Dennoch wage ich zu bezweifeln, dass der ärztliche Nachwuchs dies begrüßen wird. Man kommt ja schon ins Medizinstudium nur schwer rein. Wenn man dann bei der Facharztweiterbildung erneut ein Nadelöhr schafft, könnte es passieren, dass wir einige Kolleginnen und Kollegen, die ohnehin schon frustriert sind, für die Versorgung verlieren.

Ich finde, man darf das nicht schwarz-weiß sehen. Wenn man sagt, wir schauen, wo wir mehr Weiterbildungsstellen fördern müssen, weil wir die Ärztinnen und Ärzte in der Versorgung brauchen, ist das sinnvoll. Aber es darf nicht passieren, dass es am Ende z.B. nicht mehr möglich ist Angiologe zu

werden. Es wird auf eine gut durchdachte Mischung aus Steuerung und freier Weiterbildungswahl ankommen.

Frau Dr. Martini, vielen Dank für das Gespräch.