

Mediengerecht

„Wesentlich ist [dabei] die Unterscheidung der einzelnen Formen kollektiver Fortbildung voneinander, da die verschiedenen Kategorien auch unterschiedliche Methoden der Durchführung erfordern ...“

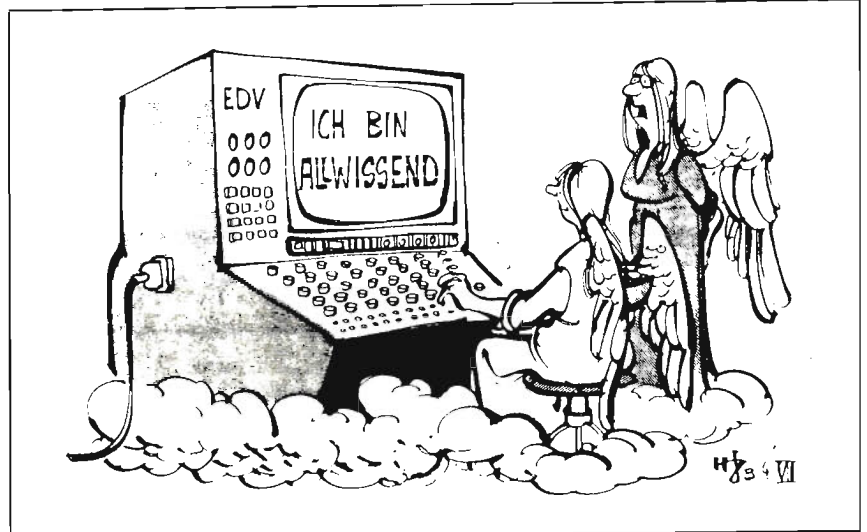
Das hat kürzlich einer gesagt, der wirklich viel von Fortbildung versteht (er hat für seine Verdienste höchste Ehrungen erhalten), und wie recht er doch hat! Ein wissenschaftlicher Vortrag muß anders aufbereitet werden als das Korreferat zu einem Symposium oder die Einleitung zu einem Seminar. Ganz zu schweigen von Dia-Vorträgen, Filmen und so weiter.

Gute Publizisten kennen das gleiche Problem, das sich mit dem Begriff „mediengerecht“ verbindet. Gerade Rundfunk- und Fernsehbeiträge medizinischen oder naturwissenschaftlichen Inhalts sind oft zu wenig dem Medium angepaßt, über das sie verbreitet werden sollen.

Der hochkarätige Wissenschaftler, der sein „druckreifes“ Manuskript *verliest* oder verlesen läßt, tut seinem Publikum keinen Gefallen. Und gewisse Medienbeamte in unseren Funkhäusern trauen sich offenbar zu selten, es der Koryphäe klarzumachen, daß sie ihren Stoff für das andere Medium umarbeiten muß. Oder: sie merken es selbst nicht mehr. Daß es auch anders geht, läßt sich im angelsächsischen Sprachraum gut beobachten.

Etwas später sagte unser Fortbildungsfachmann: „Ein Grundsatz ... ist es, daß eine Fortbildungsveranstaltung etwas anderes bieten muß als einen Vortrag, den man *bequemer* in einer Zeitschrift lesen kann.“

Das war aber nun hoffentlich nur ein Lapsus linguae! Denn ein Vortrag, den man *bequemer* in einer Zeitschrift *lesen* kann, kann ja kein



„Das wird den Chef hart treffen, daß ihn die Datenbank für überflüssig hält.“

Haitzinger in „tz München“

guter Vortrag gewesen sein. Es kann vielleicht ein guter Aufsatz daraus werden; aber das erfordert, daß ihn jemand „mediengerecht“ bearbeitet. Und daran fehlt es eben zu oft. gb

Prüfling – Lebenslänglich?

Wer noch nicht vergessen hat, welche körperliche und psychische Belastung eine Prüfung, von der viel abhing, für ihn bedeutet hat, der kann nachfühlen, wie andere vor solchen Prüfungen leiden. Sollen wir Ärzte doch sensibel und einfühlsam für unsere Mitmenschen, aber auch mit uns selbst sein.

Wie groß die Belastungen des Prüfungsmarathons beim heutigen Medizinstudium sind, läßt vielleicht die weiterhin steigende Zahl psychischer Erkrankungen auch bei Medizinstudenten erahnen.

Weil in anderen Ländern Prüfungen schriftlich nach dem Multiple-choice-System durchgeführt wurden, brauchten wir das auch. Heute wissen wir nicht, wie wir dieses System wieder loswerden sollen.

Als ich 1975 mein medizinisches Staatsexamen – noch nach der alten Approbationsordnung – abgelegt hatte, war ich sicher, die letzte Prüfung meines Lebens hinter mir zu haben. Weit gefehlt. Für mich unerwartet, kam bald das Rigorosum, nicht schwer, aber immerhin.

Wieder glaubte ich, das Prüfungswesen überstanden zu haben. Nach Beginn meiner Weiterbildungszeit hörte man immer wieder von einer „Facharztprüfung“, keiner wußte etwas Genaues.

Doch eh' ich mich versah, war ich auch da dabei und mußte gleich im ersten Jahr nach Einführung dieser neuen Hürde zum Fachgespräch antreten. Auch das überstand ich.

Nachdem allerdings inzwischen manche Prüfer einige Kollegen bei diesem „Fachgespräch“ haben durchfallen lassen, wird man doch nachdenklich, zumal „nicht bestanden“ für den Betreffenden erhebliche persönliche Konsequenzen haben kann, zum Beispiel bei seiner Praxisplanung. Ein Kollege, der schon vor dem Fachgespräch seine Stelle gekündigt hatte, be-

Prüfling – Lebenslänglich?

kam nach nicht bestandener Prüfung die Auflage, sechs Monate erneut unter Anleitung im Fachgebiet zu arbeiten. Da seine Stelle inzwischen neu besetzt war und in der näheren Umgebung sich keine andere Möglichkeit bot, mußte er ein halbes Jahr an seiner Klinik arbeiten – ohne Bezahlung. Was tut man nicht alles, um „Facharzt“ zu werden.

Und schon wieder hört man überall, im Prüfungswesen seien Änderungen geplant. Da gibt es zunächst das Gerücht, man werde, weil das westliche Ausland es vorschlägt, die Gebietsarztprüfung nach „multiple choice“ abnehmen. Auch von einer Fortbildungskontrolle ist die Rede – und zwar nicht als reine Anwesenheitskontrolle, sondern mit Erfolgsnachweis, was auch immer das sei. Dann soll, wie es heißt, jeder Arzt in einer Prüfung, die alle fünf Jahre wiederholt werden muß, darlegen, daß er auf dem aktuellen Wissensstand ist.

Akademische Freiheit, freier Beruf, freie Berufsausübung – Hohnworte für die Betroffenen.

Welcher Staatsbeamte, Lehrer, Rechtsanwalt, Apotheker oder Zahnarzt muß sich einem Prüfungssystem, wie schon unserem heutigen, unterwerfen. Lediglich Piloten unterliegen ständigen Überprüfungen, gehen dann aber auch schon mit 50 (von dauernden Prüfungen genervt?) in den Ruhestand.

Wir Ärzte sollten aufpassen, daß uns nicht weitere Kontrollen das Leben erschweren. Unsere Vertreter sollten uns vor Änderungen dieser Art schützen. Wer für neue Prüfungen stimmt, vielleicht weil auch diesmal andere es vorgebracht haben, handelt zumindest nicht in meinem Interesse und auch nicht im Interesse vieler mir bekannter Kollegen.

Dr. Heinz Schmitt
Dreikönigstraße 8
6900 Heidelberg

AUS ALLER WELT

SCHWEIZ

Kürzere Weiterbildung

Die Verbindung der Schweizer Ärzte hat die Chefärzte der Universitätskliniken und Krankenhäuser der Eidgenossenschaft aufgefordert, für eine Verkürzung der Weiterbildungszeit zu sorgen. Die mittlere Weiterbildungszeit der in Schweizer Krankenhäusern tätigen Assistenz- und Oberärzte betrug im Jahre 1981 etwa acht Jahre – das ist immerhin schon ein Rückgang: Vor zwanzig Jahren waren es mehr als 10 Jahre. Bei den gegenwärtigen Verhältnissen ergibt sich, so hat die Verbindung der Schweizer Ärzte errechnet, ein jährlicher Fehlbestand von 200 bis 500 Weiterbildungsplätzen; man geht davon aus, daß zur Zeit jährlich etwa 900 junge Mediziner approbiert werden, für die rund 6000 Oberarzt- und Assistentenstellen zur Verfügung stehen.

Die Zahl der neuapprobierten Ärzte würde bei unveränderter Weiterbildungsdauer die Schaffung von 500 neuen Weiterbildungsstellen erfordern, für die jedoch die Mittel nicht vorhanden sind. Eine Entschärfung dieses Problems sei deshalb nur durch eine Verkürzung der durchschnittlichen Weiterbildungszeit zu erwarten. Das sei ohne Verminderung der Qualität der ärztlichen Weiterbildung möglich, wenn eine gewisse „Luxusweiterbildung“ abgebaut werde. Die Verbindung der Schweizer Ärzte schlägt unter anderem vor: Verfügbare Stellen sollen an solche Kandidaten zugeteilt werden, die die Stelle zur Erreichung ihres Weiterbildungszieles noch benötigen. Die Weiterbildungszeit solle auf den Zeitraum beschränkt werden, der nach der Weiterbildungsordnung zur Erreichung des Weiterbildungszieles nötig sei – dies sind je nach Gebiet zwischen vier und sechs Jahren. Da knapp ein Drittel der Neuapprobierten Frauen sind, sollten auch Halbtagsstellen für junge Ärztinnen mit Familienpflichten eingerichtet werden. Die Anstellung ausländischer Ärz-

te, die kein Schweizer Diplom haben, solle grundsätzlich auf ein Jahr begrenzt werden. Überdies soll ein angemessener Anteil der Assistentenstellen bewußt für Bewerber reserviert werden, die sich zum Arzt für Allgemeinmedizin weiterbilden wollen. Nur so könne verhindert werden, daß der Anteil der Allgemeinmediziner an der Gesamtzahl der Ärzte abnehme – mit 36,5 Prozent sei er ohnehin schon zu niedrig. bt

VEREINIGTE STAATEN

Weniger Patienten

Das Einkommen der Ärzte in den Vereinigten Staaten betrug im Jahr 1981 im Durchschnitt vor Steuern 86 210 Dollar. Gegenüber dem Vorjahr ist dies eine Steigerung um 3 Prozent, der geringste Zuwachs innerhalb der letzten zehn Jahre. Die Zuwachsrate liegt auch erheblich niedriger als die durchschnittliche Lohnzuwachsrate des Jahres, die 10,7 Prozent betragen hatte. Auf die einzelnen Arztgruppen bezogen, gibt es erhebliche Unterschiede: An der Spitze lagen mit 135 690 Dollar die Neurochirurgen, am Ende der Skala mit 63 950 Dollar die Allgemeinärzte.

Die durchschnittliche Zuwachsrate der Honorarsätze war im Jahr 1980 gegenüber dem Vorjahr ähnlich wie die der Löhne, nämlich 11,7 Prozent. Die geringere Einkommenszunahme erklärt sich aus einem Rückgang der Zahl der Behandlungsfälle um etwa 6 Prozent. Diese Tendenz ist schon länger zu beobachten; gegenüber 1978 ist die Zahl der Behandlungsfälle um 14 Prozent gesunken. Die Zahlen beruhen auf einer repräsentativen Umfrage bei fast 6000 Ärzten, die die amerikanische Zeitschrift „Medical Economics“ durchgeführt hat. Eine Umrechnung der Einkommenszahlen in deutsche Währung verbietet sich, weil während des Jahres 1981 der Dollarkurs gegenüber der DM sich erheblich verändert hat, vom Kaufkraftunterschied ganz abgesehen. bt