

HAT DAS AUSBILDUNGSZIEL "SELBSTÄNDIG" KONSEQUENZEN FÜR DIE AUS- UND WEITERBILDUNG?

GERNOT LORENZ

Zusammenfassung:

die derzeit gültige Approbationsordnung sieht ebenso wie der Entwurf einer neuen 8. Novelle das Ausbildungsziel in einem eigenverantwortlich und selbständig tätigen Arzt. Nachdem die Mehrzahl der Ärzte aber in abhängiger Stellung arbeitet, kann damit also unter der "Selbständigkeit" nicht mehr nur die Situation als "in eigener Praxis niedergelassener Arzt" verstanden werden, sondern sie wird hier für diese angestellte Berufstätigkeit reflektiert. Die Beziehung zwischen Vorgesetzten und in angestellter Stellung selbständig arbeitenden Ärzten muß auch für die Situation der Weiterbildung durchdacht werden. Letztlich sollte dieses Ziel dann auch dem Studenten erfahrbar gemacht werden und begründet damit höhere Ansprüche an die Qualität des Studiums.

Summary:

the actual legal situation of Medical Education as well as the reform project points out to form a self-responsible and independent working doctor. Whereas the majority of physicians has to work in a dependent situation, the word independency cannot only mean being able to work in one's own cabinet, but it has to be reflected for the employed doctor also. The relationship between the superior and the physician working in a dependent position but in an independent manner has to be reflected. Finally the student should have experiences of this kind of responsibility, which requires a better quality of Medical Education.

Seit Jahren unterliegt die Ausbildungszieldefinition des Medizinstudiums einer kontroversen Diskussion. Bis vor wenigen Jahren war diese überwiegend standespolitisch geprägt: einerseits wurde mit dieser Festschreibung auf einen eigenverantwortlichen und selbständigen Arzt der virtuelle Anspruch auf Niederlassung ohne Pflichtweiterbildung begründet, andererseits wurde genau dies mit ebenso guten Argumenten als in der Praxis völlig unmöglich hingestellt. Bei dem Hiatus zwischen Universitätsmedizin und der täglichen Praxis eines niedergelassenen Hausarztes ist dies besonders augenfällig. Eine obligate Einübung in Selbständigkeit war und ist bisher nicht gegeben, sofern der Student nicht von sich aus seine Selbständigkeit anvisiert. Genau sie sollte in echten Praxissituationen aber auch in praktischer Tätigkeit auf Klinikstationen den Studenten erfahrbar gemacht werden - im Gegensatz zur bisherigen Praxis. Wenn bisher eine durch das Studium erworbene "Selbständigkeit" als als erreichbares Ziel von den an der Studienreform Beteiligten verneint wurde - und hier wiegt besonders das Votum des Wissenschaftsrates schwer - , dieses Ziel aber politisch erneut gefordert wird, müssen wir überlegen, wie sie erreicht werden kann und mit welchen Rechten der Patienten sie in der praktischen Umsetzung kollidieren kann. Dies betrifft die Situation vor wie nach dem Examen gleichzeitig.

Inzwischen ist mit dem GSG, das eine Pflichtweiterbildung vor Niederlassung auch in der Allgemeinmedizin vorschreibt, hier die existentielle Schärfe der standespolitischen Diskussion gemindert. Wir können uns dem Inhalt und der Didaktik der Aus- und der Weiterbildung zuwenden, die zu einem selbständig tätigen Arzt als dem Ausbildungsziel führen sollen. Dieser soll also zu Beginn seiner Weiterbildung bereits selbständig zu handeln in der Lage sein - als AIP unter Aufsicht oder wenigstens Kontrolle eines approbierten Kollegen. Dabei müssen wir bedenken, daß Inhalt und Didaktik einschließlich gerade der Prüfungsbestimmungen das

Studium heute wahrscheinlich mehr prägen, als eine Zieldefinition.

Hierzu zwei Beispiele :

Erstes Beispiel: Bei einer Famulatur in den Vereinigten Staaten im Jahr 1969 wurde bei der Visite das Befinden eines nierenkranken Kindes erörtert. Bei der Frage der Pathogenese, aus didaktischen Gründen gestellt, mußte jeder Teilnehmer an der Visite am Bett eine Version formulieren- angefangen vom Studenten bis zum leitenden Oberarzt und schließlich dem Chef selbst. Jeder erfuhr so existentiell die Notwendigkeit, eine solche Frage kurz aber richtig beantworten zu können, denn ausgehend von dieser Pathogenese sollte Therapie geändert werden. Das Prinzip dieser Änderung wurde besprochen. Die Veränderung aber konkret zu veranlassen hatte der Student, der das Kind als Patient aufgenommen und während seines Aufenthaltes auf der Station zu betreuen hatte. Das Kind galt als sein Patient. Auf ihn ging die Krankenschwester nach der Visite zu. Er hatte auf die blauen Seiten des "Sheets" das Absetzen der alten wie das Ansetzen der neuen Medikation mit genauer Form der Verabreichung zu bezeichnen, zu begründen, und mit Datum, Uhrzeit und Unterschrift zu bestätigen.

Zweites Beispiel : Im Jahr 1993 werden den Prüfungskandidaten zum zweiten Staatsexamen im Lehrbereich Allgemeinmedizin meiner Universität die Patienten zugeteilt in Räume, die dafür provisorisch vorbereitet waren. Blutdruckgerät, Augen-Ohrenspiegel, Spatel, Handschuhe und Salbe lagen bereit. Entsetzte Frage eines Prüfungskandidaten: "Muß ich den Patienten auch rektal untersuchen? Ich habe das noch nie gemacht!"

Wie immer sind solche Beispiele bewußt überzogen. Mir kommt es natürlich darauf an, die elitäre, aber sehr praktische Art des Lernens des angloamerikanischen Systems zu charakterisieren, das die Erfordernis des zu Lernenden durch Zumutung einer umschriebenen Verantwortung bereits in der Ausbildung existentiell

erfahrbar macht. Dies erzeugt eine dynamische Lernmotivation, die verstärkt wird durch den von Anfang an motivierenden Umgang der Lehrenden mit dem "zukünftigen Kollegen"

Wir alle kennen die gegensätzliche Situation an deutschen Hochschulen, die den Studenten in einem System ständiger Vorläufigkeit seines Lernens beharren läßt und eine Vernetzung der Lerninhalte mit der praktischen Tätigkeit und daraus gewonnenen Erfahrung der Einzelinitiative überläßt. (Narr: "in den klinischen Studienabschnitten können deshalb die praktischen Übungen nicht wirksam genug durchgeführt werden"..."Endlich hat sich bewahrheitet, daß diese Ausbildung zu theoretisch ist und deshalb am Ende dieser Ausbildung nicht die Voraussetzung für eine eigenverantwortliche Tätigkeit vorhanden sind"). Es ist leicht zu sagen, dies sei ein rein quantitatives Problem, da ein scheinbar so idyllischer Unterricht wie in den USA mit unseren Studentenzahlen nicht zu bewerkstelligen sei. Die Frage ist, ob wir nicht von der erneut bekräftigten Zieldefinition her umdenken und umargumentieren müssen, und eine solche Qualität anstreben sollen. Dies verlangt dann eine neue Qualität der Lehre und Weiterbildung. Die zukünftigen Kollegen sollten diesen Qualitätsanspruch an sich spüren. Voraussetzung dafür ist stadiengerecht routinemäßig geprüfte fachliche Kenntnisse der Aus- und Weiterbildung einerseits und ein zugewiesener Rahmen für die überprüfte Übernahme selbständiger Tätigkeiten andererseits. Über entsprechende Prüfungsmethoden muß dabei nachgedacht werden.

Studenten sollten Routineeingriffe und - Maßnahmen wie z.B. Blutentnahmen (mit Beurteilung der Laborergebnisse), EKG, Lungenfunktionsdiagnostik, Standarduntersuchungen einschließlich verantwortlicher Dokumentation praktisch durchführen und dies nicht nur exemplarisch sondern auch in persönlichem Bezug zum Patienten. Steht dem aber möglicherweise der virtuelle Anspruch der optimalen Patientenversorgung entgegen, daß z.B. der die ambulante Medizin Ausübende Facharztniveau haben müsse ? Dieser mögliche Widerspruch erzwingt, sich darüber mit Juristen im Vorfeld Gedanken zu machen. Wir haben deshalb dazu angeregt, weil auch bevor Präzedenzfälle eingetreten sind, eine mögliche gemeinsame Definition der Selbständigkeit hier schon wegweisend und nützlich sein könnte.

Denn in unserer derzeitigen Ausbildung erlebt der Student während "klinischer Visiten" keine persönliche Verantwortung, in der Famulatur fast keine Verantwortung, als PJ in der Praxis der Lehrkrankenhäuser soweit mir bekannt wegen Befrachtung mit zusätzlichen "Lehrveranstaltungen" (z.B. EKG-Kurs) wieder keine existentiell spürbare persönliche Verantwortung, weil die Routine auch ohne ihn abläuft. Das heißt, vom 19. bis zum 25. Lebensjahr wird nur erlernt. Der Student erfährt nicht obligat, was Verantwortung zu übernehmen heißt. Entsprechend drücken sich Studenten häufig im Konjunktiv aus. Nur wer sich als Hilfspflegekraft auf Intensivstationen oder im sonstigen Pflegebereich angewöhnt hat, Verantwortung für wenigstens nicht-ärztliche Routine zu tragen, ändert sich diese Einstellung

etwas. Diese Situation zeigt die hemmende Paradoxie von Zieldefinition und Realität, die sich später lange fortsetzt.

Es bleibt darüberhinaus die Frage, ob die Selbständigkeit etwa im mündlichen Staatsexamen abprüfbar ist ? Diese Situation kennen alle Hochschullehrer und sind vielleicht froh, daß sie sie nicht benennen oder benoten müssen. Von der Situation her wäre das 3. Staatsexamen dazu geeignet, über eine erlernte Selbständigkeit zu befinden. Möglicherweise könnte eine vom Studenten verfaßter Krankengeschichte Grundlage eines solchen Gesprächs sein.

Als AIP soll der junge Mediziner voll ärztlich tätig sein, aber noch mit eingeschränkter Verantwortung - also in relativ direkter Überwachung oder zunehmender lockerer Kontrolle durch einen approbierten Arzt. In Stellenbeschreibungen taucht immerhin ein Ansatz von Verantwortungsübernahme auf - und auch Arztbriefe aus Krankenhäusern werden zunehmend von ihnen verfaßt. Nun wird der AIP sicher immer wieder mit Situationen konfrontiert, in denen er Untersuchungen und Eingriffe das erste Mal oder das erste Mal allein durchführt. Wie soll er reagieren, wenn er während seiner chirurgischen Zeit eine erste Appendektomie durchzuführen angeboten bekommt. Soll er zugreifen im Sinn, chirurgische Verantwortung übernehmen zu lernen, wenn es ihm angeboten wird? Muß er es ablehnen? Muß er bei einer ersten oder auch bei der folgenden dritten Lumbalpunktion in der neurologischen oder inneren Abteilung einen Oberarzt hinter sich haben? Eine Maßnahme die "nur" anatomische Kenntnisse und überlegtes steriles Instrumentieren mit konsequenter Anweisung des Patienten erfordert.

Muß eine Grenze definiert werden für solche Eingriffe? Könnte man sinnvollerweise sagen:

Wer einen Eingriff selbständig und eigenverantwortlich durchführt, muß in der Lage sein, (häufige) Komplikationen dieses Eingriffes zu erkennen und in den gegebenen Umständen beherrschen zu können". Ist dies nicht der Fall, muß ein Kollege anwesend sein, der diesen Anforderungen entspricht.

Weiterbildner sollten systematisch darauf achten, daß die an der Weiterbildungsstelle potentiell selbständig durchzuführenden Eingriffe systematisch den Assistenten mit dem Ziel beigebracht werden, Kenntnisse und Fertigkeiten zu Korrekturen bei Komplikationen zu vermitteln. Die Verantwortung der Institution käme dann dort voll zum Tragen, wo sie dies nicht gewährleistet war, der Arzt aber dienstlich in eine Situation mit Handlungszwang geriet. Zum Beispiel beim Notfall in einer Ambulanz, während gleichzeitig ein Oberarzt aus dem Op-Team unabhkömmlich ist. In kleineren Krankenhäusern möglicherweise deshalb bereits jetzt schon eher der Fall, weil der neue Kollege in Weiterbildung die anderen möglichst bald im Dienst entlasten soll.

Dem ausführenden Arzt muß damit auch ein Bewußtsein seiner Kompetenzgrenze beigebracht werden, sodaß er eine solche Zumutung u.U. ablehnen kann, wenn er sich der Gefahr einer solchen Überschreitung bewußt ist - mit Ausnahme des Notfalls. Andererseits muß er darin

gefördert und gefordert werden, diese Grenze ständig zu erweitern. Dieser Mut kommt durch kollegialen Austausch und nicht durch Anweisung.

In der Allgemeinmedizin könnte dies konkret so aussehen: ein AIP in der Weiterbildung in der Praxis soll an einem bestimmten Vormittag die Hausbesuche während der Sprechstunde des Praxisinhabers durchführen. Er findet den Asthmapatienten in einem wesentlich schlechteren Zustand vor, als er während der Anmeldung zum Hausbesuch erkennbar war. Er beginnt eine Injektionsbehandlung mit üblichen Medikamenten, während der sich das Befinden weiter verschlechtert. Der Patient kollabiert, der NAW wird gerufen, die Reanimationsmaßnahmen bis zu dessen Eintreffen waren insuffizient, da die Ausrüstung nicht zur Hand und die Einübung solcher in der Praxis sehr seltenen Maßnahmen nicht eingeübt war. Hier lag eine Situation vor, in der er hätte untätig bleiben sollen- und zuerst den NAW rufen. Er war er in seiner einzuübenden Selbständigkeit überfordert. Andererseits rechtfertigte die Notsituation den Versuch eines Eingreifens. Hätte der Praxisinhaber in diese Situation selbst fahren müssen ?

Der AIP soll in Lokalanästhesie eine Excision eines kleinen Haut-Tu durchführen. Muß der ausbildende Arzt anwesend sein, wenn er sich einmal zuvor von der handwerklichen Geschicklichkeit des AIP überzeugt hat?

Ein WB Assistent hat manuelle Therapie nachgewiesenermaßen erlernt und will sie in einem Fall von Lumboischialgie anwenden. Der Weiterbilder versteht davon nichts und hält die Behandlung dieser Art für aussichtslos im Gegensatz zum Assistenten. Kann er ihm verbieten, ein solches Verfahren anzuwenden ? Ist er dazu berechtigt ? Dabei ist zu bedenken, daß der niedergelassene Arzt den Patienten auf Jahre hin weiter zu betreuen hat, während der WB-Assistent diesen Patienten nur auf Zeit übernimmt.

Die Medikation eines Krankenhauses ist inzwischen durch hausinterne Listen schon soweit beschränkt, daß der WB Assistent, der über ein neues evtl nebenwirkungsärmeres Medikament informiert wurde, es nun in einem passenden Fall nicht anwenden kann. Endet hier die Selbständigkeit mit Recht ?

Der Assistent hat mit der Institution eine Indikation zu einem operativen z.B. neurochirurgischen Eingriff erarbeitet, hält aber den Eingriff in einem anderen Haus, als es der Chef vorschlägt, für besser und vermittelt den Patienten dorthin. Kann der Chef ihn dafür strafen?

Ein Punkt, indem die Selbständigkeit gesetzlich noch besonders betont wird, ist die derzeitige Fassung des § 218, in dem festgehalten ist, daß ein Arzt nicht verpflichtet werden kann, bei einer Interruptio gegen seinen Willen teilzunehmen.

Müssen wir nicht letztlich erreichen, daß Vorgesetzte sich als institutionalisierte Konsiliarii ihrer zukünftigen Fachkollegen zeigen - zumindest was die Betreuung der jeweils individuellen Patienten betrifft? (Ein

Spannungsfeld könnte sich allenfalls auf Privatstationen ergeben, wo der Assistent nun auch teilweise ausführendes Organ des Chefarztes ist, der den eigentlichen Behandlungsvertrag mit dem Patienten hat).

Die Leitung der Abteilung müßte damit nicht eingeschränkt sein.

Wenn nun der Wissenschaftsrat fordert, der angehende Arzt müsse Einsicht in seine Kompetenzgrenze haben und zur Zusammenarbeit willens und fähig sein, so ist dem zuzustimmen.

Andererseits, muß er stufenweise innerhalb seines Lern- und Wirkungsbereiches erfahren, daß er auch eine Kompetenz hat (oder haben sollte).

In diesem Sinn muß die Antwort auf unsere Titelfrage unbedingt "Ja" lauten.

Die Konsequenzen für die Aus- und die Weiterbildung müssen aus Folgendem bestehen :

- 1.) eine ins Studium implementierte exemplarische Teilübernahme von Verantwortung im Stationspraktikum oder bei der Famulatur, die den Forderungen des Wissenschaftsrates oder der Studenten nach Praxisnähe entspricht.
- 2.) Überlegungen zur Bewertung der Selbständigkeit.
- 3.) Grundsätzliche Zurücknahme von Weisungsgeboten in der Weiterbildung zu einer kollegialen konsiliarischen Tätigkeit und Kontrolle.
- 4.) Die Zieldefinition belastet den Studierenden wie den Weiterbildungs- assistenten mit höherer Verantwortlichkeit für anvertraute Patienten wie auch mit Eigenverantwortlichkeit für seine Kenntnisse und praktische Fertigkeiten.

Ein Vorschlag für die Definition der Selbständigkeit im Arztberuf:

Selbständigkeit im Arztberuf:

die selbständige ärztliche Tätigkeit erfordert vom Arzt, im Einvernehmen mit dem Patienten (oder seinen gesetzlichen Vertretern) und in seinem (auch mutmaßlichen) Auftrag alles ihm Mögliche zu tun oder zu veranlassen, was diesem Patienten Heilung oder Linderung von seiner Krankheit oder den damit verbundenen Beschwerden und psychosozialen Folgen bringt, soweit der Arzt selbst die hierfür erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten hat. Dies bedeutet auch selbständiges Handeln im Hinblick auf Gruppen anvertrauter Patienten, wie die Patienten einer Station. Diese Selbständigkeit erfährt ggf. ihre Begrenzung in berufsrechtlichen und anstellungsrechtlichen Grundlagen seiner Tätigkeit.

Literatur:

Bargel T., Ramm, M.: Das Studium der Medizin,
herausgegeben vom Bundesministerium für Bildung und
Wissenschaft Bonn 1993

Minks, K.H., Bathke G.W.: Absolventenreport Medizin,
herausgegeben vom Bundesministerium für Bildung und
Wissenschaft, Bonn 1994

Narr: Ärztliches Berufsrecht, Köln 1988 (S. 135)

Wissenschaftsrat: Leitlinien zur Reform des
Medizinstudiums, Köln 1992
Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Gernot Lorenz
Karlstr. 4
D-79723 Pfullingen