

Die ärztliche Ausbildung im Hinblick auf die gesundheits- und sozialpolitische Entwicklung

Professor Dr. Josef Stockhausen,
Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer

Hauptpunkte der Kritik an der derzeitigen Ausbildung zum Arzt in der Bundesrepublik — ob berechtigt oder unberechtigt, sei dahingestellt — sind folgende:

① Das Medizinstudium sei zu theoretisch, zu sehr klinisch ausgerichtet und zu praxisfern.

② Es sei zu wenig sozialmedizinisch orientiert.

③ Es enthalte keine hinreichende Berücksichtigung der Erkenntnisse der Psychosomatik.

④ Und schließlich sei die Zahl der Studienplätze für Mediziner nicht ausreichend, um den erhöhten Bedürfnissen der Bevölkerung an medizinischer Versorgung zu entsprechen.

Dieses vorab, denn jede Aussage über die ärztliche Ausbildung wird auch und vor allem im Hinblick auf die gesundheits- und sozialpolitische Entwicklung gut daran tun, jede sachliche Kritik sorgfältig auf ihre Berechtigung hin zu überprüfen.

A. Zahlen und Feststellungen

Beginnen wir mit dem häufig behaupteten „Mangel an Ärzten“, für den angeblich zu niedrige Ausbildungszahlen der Universitäten verantwortlich gemacht werden. Dazu einige Zahlen und Feststellungen:

① Die Zahl der Ärzte in der BRD hat in den letzten 20 Jahren um über 80 Prozent, die der Einwohner um etwa 21 Prozent zugenommen. Die Arztlzahl stieg von 68 000 (1950) auf fast 124 000 (1973), die Einwohnerzahl unseres Landes im gleichen Zeitraum von ca. 50 auf ca. 61,5 Millionen.

② Während es — bis ziemlich genau 1960 — bei damals gegenüber heute fast 30 000 weniger Ärzten keinen Ärztemangel, sondern angeblich sogar einen Ärzteüberschuß gab; während noch 1955 trotz wesentlich geringerer Arztdichte in unserem Lande (1 : ca. 750 statt 1 : ca. 510 heute), während sogar noch 1955 gesprochen wurde von einem durch das „Dritte Reich“ angeblich produzierten Ärzteüberschuß, für den weder Krankenhäuser noch soziale Krankenversicherung bereit seien, durch Einrichtung bzw. Bezahlung von Assistenzarztstellen oder vermehrte Zulassung zur kassenärztlichen Tätigkeit aufzukommen, hören wir seit Freigabe der Zulassung zur kassenärztlichen Tätigkeit durch Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes im Frühjahr 1960 — und das, ich muß das nochmals unterstreichen, trotz gerade seit dieser Zeit steil ansteigender Arztlzahlen — plötzlich, sozusagen von heute auf morgen, von einem angeblichen Ärztemangel!

Wenn ein genereller Ärztemangel auch sicherlich eine Fehlbehauptung

ist, gibt es ganz zweifellos teilweise erhebliche Mangelercheinungen in einigen Bereichen der ärztlichen Berufsausübung. Sie sind jedoch — wie jeder Sachkundige weiß — nicht Folgen eines allgemeinen „Zuwenig“ an Ärzten, sondern ausschließlich struktureller Natur. So fehlen vor allem Chirurgen, genauer und in der Nomenklatur der Personalstruktur unseres derzeitigen Krankenhauswesens gesagt: facherfahrene chirurgische Assistenz- und Oberärzte. Es fehlen weiter Ärzte auch in einigen anderen, anscheinend für den ärztlichen Nachwuchs derzeit nicht hinreichend attraktiven klinischen Fachbereichen, wie z. B. der Psychiatrie. Ebenso können zahlreiche offene Stellen, z. B. im öffentlichen Gesundheitsdienst, in den Gesundheitsämtern, aber auch in der Gesundheitsverwaltung ganz allgemein, ebenso im Sanitätswesen der Bundeswehr wie auch im Außendienst der Pharmaindustrie derzeit nicht bzw. nicht zahlenmäßig ausreichend besetzt werden.

Sie alle sind — und das aus unterschiedlichen, hier nicht näher zu untersuchenden Gründen — offenbar nicht ausreichend attraktiv, um aus einer seit Jahren schon viermal so stark wie die Bevölkerung wachsenden Zahl von Ärzten genügend Nachwuchs an sich zu ziehen.

Über 5000 ausländische Kollegen haben in den letzten zehn Jahren diese mit deutschen Ärzten nicht zu besetzenden Arbeitsplätze vor allem im chirurgischen Krankenhausbereich übernommen. Sie sind hier aber auch bereits in anderen Teilbereichen dabei, die — gegenüber ihren Heimatländern — zur Zeit wesentlich attraktiveren ärztlichen Tätigkeitsbedingungen in unserem Lande zu nutzen.

③ Doch, um das Maß strukturell bedingter Mangelercheinungen im bundesdeutschen ärztlichen Arbeitsbereich voll zu machen: Auch die freiberuflich tätigen Ärzte haben in den zehn letzten Jahren kaum Grund, ein Zuviel an ärztlichem Nachwuchs zu registrieren:

im Gegenteil! Während sich seit 1960 die Zahl der in den Krankenhäusern tätigen Ärzte — bei einer Zunahme der Bettenzahl um nur ca. 10 Prozent — von 23 600 auf fast 50 000 erhöhte (also um 110 Prozent anstieg), stieg im gleichen Zeitraum die Zahl der freipraktizierend tätigen Ärzte nur entsprechend dem Bevölkerungszuwachs des Landes um ganze ca. 10 Prozent an, d. h. von ca. 45 500 auf ca. 50 000.

Und auch dabei werden — ebenfalls strukturell bedingte — besondere Mangelercheinungen wiederum nicht generell, sondern im wesentlichen aus bestimmten, örtlichen oder regionalen Einzelbereichen gemeldet: So fehlen eine Anzahl Ärzte auf dem Lande. Auch hier durchaus nicht überall, sondern vorwiegend in bestimmten ländlichen Gebieten und ebenso zum Teil in Stadtrandgebieten. Auf das Ganze gesehen, nicht gerade sonderlich viel, etwa 300 bei ca. 50 000 Kassenärzten insgesamt, aber diese Zahl von Plätzen ist nur mit größeren Bemühungen und unter Schwierigkeiten zu besetzen.

Woran liegen die Mängel In allen diesen Teilbereichen?

Die Gründe sind uns im wesentlichen bekannt. Sie hier im einzelnen zu analysieren, ist leider aus Platzgründen nicht möglich.

Meine Darstellung zu diesem Punkt beabsichtigt lediglich, zum einen über die wirkliche Situation der ärztlichen Versorgung in Klinik und Praxis einen knappen, ausreichend informativen Überblick zu geben und zum anderen über die steigenden Bedürfnisse der Allgemeinheit nach ambulanter wie stationärer ärztlicher Betreuung, d. h. damit auch nach Ausbildung einer ausreichenden Zahl von Ärzten zu informieren. Dabei möchte ich aber ausdrücklich darauf aufmerksam machen, daß die meisten dieser strukturell bedingten Mangeler-

scheinungen keineswegs quasi automatisch durch Ausbildung etwa einer entsprechend höheren Zahl zusätzlicher Ärzte zu beheben sind. Das anzunehmen, wäre eine krasse Fehlbeurteilung von Ursache und Wirkung dieser Dinge.

B. Plädoyer für den Allgemein-Arzt

In diesem Zusammenhang muß ich auf ein auch und nicht zuletzt in der ärztlichen Ausbildung begründetes Sonderproblem von gesundheitspolitisch besonders hohem Stellenwert etwas näher eingehen. Es handelt sich um den anhaltenden Rückgang der Zahl praktischer Ärzte, d. h. um das leider derzeit anscheinend nicht ausreichend attraktive Berufsziel „Arzt für Allgemeinmedizin“ und die möglichen Gründe dafür, hier soweit sie möglicherweise in der ärztlichen Ausbildung, also im Medizinstudium selbst, liegen.

Daß die Versorgung mit praktischen Ärzten das Fundament ist, auf dem die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung der Bevölkerung unseres Landes insgesamt ruht, brauche ich sicher nicht besonders zu unterstreichen.

An dieser Stelle ist nicht der Platz, *alle* die mannigfaltigen Gründe aufzuzeigen, die dazu geführt haben, daß das Berufsbild und die Berufstätigkeit des Allgemeinarztes — nicht zuletzt aus offensichtlichen Mißverständnissen und Fehldeutungen heraus — zunehmend weniger junge Kollegen anziehen, als benötigt werden. Vorab hierzu dieses:

Das Zahlenverhältnis praktische Ärzte : Fachärzte hat sich von ca. 2 : 1 noch im Jahre 1960, im Verlaufe eines einzigen Jahrzehnts wesentlich, auf heute schon fast 1 : 1 verschoben.

► Das ist ein Alarmsignal, weil gestern wie heute und auch morgen ausschlaggebend für eine fundierte ambulante ärztliche Versorgung die

Tätigkeit praktischer Ärzte, d. h. das Vorhandensein einer ausreichenden Zahl qualifizierter Allgemeinärzte in Stadt und Land, ist. Wie gesagt, die Fülle der Gründe zu untersuchen, ist hier nicht die Zeit und der Platz. Wer aber unserer Bevölkerung auch in Zukunft eine qualifizierte ärztliche Versorgung auf allen Ebenen sichern will, der muß ernsthaft und unverzüglich auch und besonders schon während des Medizinstudiums einiges ändern und in Angriff nehmen. Denn nicht nur bei uns, auch in anderen Teilen der Welt wurde bis in die jüngste Zeit hinein in Untersuchungen festgestellt bzw. bestätigt, daß der Wunsch, praktischer Arzt zu werden, auch und gerade während des Medizinstudiums an Intensität erheblich nachläßt.

Zugleich wurde ermittelt, daß hierbei keineswegs der Drang in angebotene oder beamtete ärztliche Tätigkeitsformen mit einem möglichen oder erwarteten Mehr an Sicherheit oder Bequemlichkeit bei der ärztlichen Berufsausübung gegenüber dem Risiko des freien Berufes für die jungen Leute die entscheidende Rolle spielt. Im Gegenteil: Nach wie vor bilden die Möglichkeiten und Chancen, freiberuflich und selbstverantwortlich als Arzt tätig zu werden, sowohl für die Berufswahl Medizin wie für die Wahl der ärztlichen Tätigkeit in eigener Praxis eine entscheidende Rolle und werden prinzipiell von einem großen Teil des Nachwuchses angestrebt.

Näheres darüber finden Interessierte im übrigen in einer in der Zeitschrift „Arzt und Wirtschaft“ (Heft 4/5/73) veröffentlichten Untersuchung über „Karrierevorstellungen und Berufsabsichten im Bewußtsein ärztlichen Nachwuchses“. Aus dieser Publikation möchte ich hier nur einige wenige, mir wesentlich erscheinende Sätze zitieren:

„Von besonderer Bedeutung (auf die Entscheidung für die Wahl des Berufsweges ‚Praktischer Arzt‘ — Autor) ist *die* Wirkung, die von den

Lehrenden als Leit- und Vorbildern der Arztprofession ausgeht. Das weitgehende Fehlen von Praktikern als Lehrkräften führt somit zweifellos zu einem Erschweren der positiven Identifikation mit der ärztlichen Rolle in der Allgemeinpraxis. Sowohl das Fehlen von Allgemeinpraktikern als Lehrpersonen als auch die eindeutige Orientierung auf die Belange der Klinik führen dazu, daß viele Befragte über die Probleme der Allgemeinpraxis nur vage oder falsche Vorstellungen besitzen. Und aus diesem unvollständigen Vorstellungsbild resultieren eine Vielzahl von Meinungen und Vorurteilen über die wissenschaftliche Effizienz, die Arbeitsbedingungen und das Einkommen des praktischen Arztes.“

Die ärztlichen Standesorganisationen, und hier die Bundesärztekammer wie selbstverständlich besonders der Berufsverband der praktischen Ärzte, empfehlen dementsprechend seit Jahr und Tag dringend die hinreichende Verankerung der Allgemeinmedizin schon in der Universitätsausbildung des jungen Mediziners, u. a. durch Einrichtung von Lehrstühlen und Ernennung von Lehrbeauftragten für Allgemeinmedizin.

C. Schon beim Studium zu berücksichtigen: Psychosomatische Faktoren im Krankheitsgeschehen

Dem mir vor dem Westdeutschen Medizinischen Fakultätentag 1973 gestellten Thema insgesamt würde ich jedoch nicht gerecht, wenn ich nicht stichwortartig wenigstens noch zwei weitere, mir besonders wichtig erscheinende Empfehlungen vortragen würde.

► Unerläßlich und vordringlich scheint mir — auch aus sozialmedizinischer Sicht — eine intensive und systematische Verstärkung des Unterrichts in allen klinischen Bereichen über die wesentliche Rolle von psychosomatischen Faktoren im Krankheitsge-

schehen des einzelnen gerade in unserer Zeit. Bei wachsenden naturwissenschaftlichen Erkenntnissen, die uns auch und besonders in der Medizin zunehmend zur Verfügung stehen, bedarf dieses Gebiet, besser: bedürfen diese Aspekte schon in der Ausbildung zum Arzt an unseren Fakultäten unbedingt und unverzüglich breiter Förderung und Berücksichtigung, und das, wie gesagt, nicht nur als Sonderfach, sondern integriert in alle klinischen Fachbereiche. Was jeder Arzt, will er seinen Beruf erfolgreich ausüben, selbstverständlich berücksichtigen muß und mit wachsender Berufserfahrung fast zwangsläufig auch berücksichtigt: die vielfältigen Verflechtungen zwischen Umwelt, Arbeitswelt, Familie und Krankheitsgeschehen, das kann und darf während des Studiums nicht länger, bis auf die Vermittlung einiger Grundkenntnisse, vorwiegend der späteren persönlichen Erfahrung während des ärztlichen Berufslebens dem einzelnen Arzt vorwiegend empirisch, so wie das heute im wesentlichen der Fall ist, überlassen bleiben.

Das Erkennen psychosomatischer Störungen ist erlernbar wie die Beurteilung eines Röntgenbildes oder das Lesen einer EKG-Kurve, wie Maas noch vor kurzem auf der Düsseldorfer Diagnostik-Woche unterstrich.

Ausreichende psychosomatische Kenntnisse müssen deshalb schon während des Studiums in allen Teilbereichen den Medizinstudierenden — entsprechend ihrer hohen Bedeutung bei der späteren ärztlichen Berufsausübung in Klinik und Praxis — vermittelt werden.

D. Mehr Grundinformationen über unser ganzes soziales Sicherungssystem!

Ein weiteres, ebenso wichtiges Gebiet möchte ich zur nachhaltigen Förderung aus der Sicht der ärztlichen Standesorganisation vorschlagen:

► Die gesetzliche Krankenversicherung und darüber hinaus unser gesamtes System der sozialen Sicherung vermitteln jedermann in unserem Lande größte Möglichkeiten, den krankmachenden Faktoren von Umwelt und Sozialwelt in unserer technisierten Zivilisation entweder vorzubeugen oder sie geeigneter Behandlung zuzuführen.

Deshalb muß die Fülle der Grundinformationen über Aufbau, Konstruktion, Zusammenhänge und Funktion dieser wichtigen Einrichtungen so weit als nur eben möglich schon während der Ausbildung zum Arzt dem jungen Mediziner vermittelt werden. Wie anders könnte er sie sonst von Anfang an in seinem Berufsleben voll für seine Patienten nutzen?

► Sowohl unser Sozialgefüge mit seinem hochentwickelten und differenzierten System sozialer Sicherheit, ebenso aber auch die großen und ständigen Belastungen, die unsere technisierte Zeit den Menschen zumutet, verlangen nach Ärzten, welche die erforderlichen Kenntnisse auf diesem wichtigen Gebiet nicht erst während ihres Berufslebens sammeln müssen.

► Wenn die eine Hälfte der Ärzteschaft in freier Praxis, die andere im Krankenhaus mehr oder weniger im Rahmen unserer sozialen Krankenversicherung, daneben unserer Unfall- und unserer Rentenversicherung in kurativer wie zunehmend auch in präventiver Medizin und in der Rehabilitation tätig ist, dann müssen deren Konstruktion, Wirken und Leistungsbreite schon dem jungen Arzt besser bekannt sein, als das heute der Fall ist, sollen sie in ihren Möglichkeiten voll ausgeschöpft werden.

Daß dabei der Prävention eine steil ansteigende Bedeutung ebenso wie der Rehabilitation zukommt und daß die entsprechenden theoretischen und praktischen Erkenntnisse dringend und systematisch auch und gerade schon in die ärztliche

Ausbildung einbezogen werden müssen, scheint mir so selbstverständlich wie zwingend aus der Sache heraus geboten.

120 000 Koronarinfarktote jährlich, statt knapp 4000 vor zirka 25 Jahren, 1,2 Millionen bekannte und dazu noch 800 000 unbekannt Diabetiker statt knapp 30 000 vor ebenfalls zirka 25 Jahren, das sind nur einige wenige der alarmierenden sozialmedizinischen Ausgangspunkte, die, vom Ausbau der Arbeitsmedizin bis zur breiten Verankerung der Kenntnisse über Möglichkeiten und Wege der präventiven Medizin insgesamt die neuen bzw. zusätzlichen Bedürfnisse für die Gestaltung einer modernen Medizinerbildung andeuten; die damit aufzeigen, was alles in einer modernen Ausbildung zu tun möglich und nötig ist, um den gesundheits- und sozialpolitischen Notwendigkeiten unserer Zeit zu entsprechen und um Lebensfreude wie Lebenserwartung, die Qualität des Lebens für jedermann, zu steigern, auch und gerade in den Bereichen, in denen die Medizin das vermag.

Was nützt aller Fortschritt in der Wissenschaft, was aller Fortschritt in der Medizin, wenn er nicht den einzelnen Menschen unmittelbar nutzbar würde.

Tun wir das Unsere, um der kommenden Generation von Ärzten in ihrer Berufsausbildung alles das an die Hand zu geben, was die gesundheits- und sozialpolitische Entwicklung, was darüber hinaus die stürmisch voranschreitende Entwicklung der wissenschaftlichen Medizin uns an besseren Mitteln und Möglichkeiten zur Verfügung gestellt hat und zunehmend stellt.

(Referat beim Westdeutschen Medizinischen Fakultätentag am 22./23. Juni 1973 in München.)

5 Köln 41 (Lindenthal)
Haedenkampstraße 1

Postulate der Sozial-Eurokraten

Die Sozialdemokraten in der Europäischen Gemeinschaft — jetzt mit neun Ländern — fanden sich in Bonn Ende April 1973 zusammen, um eine Sozialunion für Europa zu entwerfen. Die Schwierigkeiten in der Diskussion begannen schon im Ausschuß für Soziale Sicherheit, in dem von einigen Teilnehmern die Angleichung der sozialen Leistungen in der Gemeinschaft gefordert wurde, von anderen — und hier vornehmlich den Dänen — „anstößige“ Formulierungen in dem Entwurf einer neuen europäischen „Sozialcharta“ entdeckt wurden. Schließlich haben die Dänen gerade ihre sozialen Leistungen über die Steuerpolitik finanziert und über Staatseinrichtungen erbracht und wollen diese „Neuerung“ nicht aufgeben. Die Briten hielten sich in der Diskussion zum Thema „Soziale Sicherung“ zurück, was wohl auch für einen gewissen harmonischen Ausgang erforderlich war. Der Initiator des Kongresses, Helmut Rohde, Parlamentarischer Staatssekretär im Bundesarbeitsministerium, forderte für die Sozialpolitik in Europa eine unabhängige Eigenständigkeit politischer Betätigung. Zwar müsse Sozialpolitik in Interdependenz mit der Wirtschafts-, Finanz- und Währungspolitik gesehen werden, was aber nicht bedeutet, daß Sozialpolitik als gelegentliche Korrektur am bestehenden Gesellschaftssystem verstanden werde. „Sie ist nicht die Organisation einer Sanitätskolonne, die mit dem Pflasterkasten hinter den gesellschaftlichen und individuellen Schäden des ökonomischen Prozesses hinterherläuft“, erklärte Rohde vor den Delegierten des 9. Kongresses der „Sozial-Eurokraten“.

Über die Kostenexplosion der sozialutopischen Vorstellungen wurde glücklicherweise auf dem Kongreß nicht gesprochen. Kein Delegierter kam auf die Idee, auch nur einmal annähernd langfristig und programmatisch die Kostensituation anzusprechen. Handfeste Program-

me mit Fakten und Kosten sind für viele Sozialbetrachter sicherlich verständlicher. Zugegeben, auf europäischer Ebene müssen erst einmal Ansätze für eine gemeinsame Sozialpolitik gefunden werden. Erfreulicherweise wurde von einigen Genossen erkannt, daß die Forderung nach einem sozialen Einheitsbrei keinen Schritt voranbringt. Die Forderung nach einer „optimalen“ sozialen Sicherung für jeden Bürger in einer Sozialunion — was auch immer darunter zu verstehen ist — kann man nur unterstreichen. Bürger in der Gemeinschaft sind aber nicht nur die Arbeitnehmer, auch wenn von den 104 Millionen Erwerbstätigen schon 82 Millionen Arbeitnehmer sind. Nach bisherigen Erfahrungen haben gerade die Selbständigen und Landwirte entscheidend zum wirtschaftlichen und sozialen Fortschritt beigetragen. Außerdem sollten die Genossen die trübe Brille abnehmen, durch die die Arbeitnehmerschaft stets mit der „organisierten Arbeitnehmerschaft“ gesehen wird. Der Organisationsgrad in Gewerkschaften beträgt in allen Ländern der Europäischen Gemeinschaft durchschnittlich nicht mehr als 30 Prozent. Mit unbestimmten Formulierungen und Rechtssätzen ist gegen die rauhe Wirklichkeit nur schwer anzukommen. Ein typisches Beispiel der Formulierungskunst der Genossen auf dem Gebiet der Gesundheitssicherung spricht für sich: „Allen Bürgern sind die gleichen Voraussetzungen zur Sicherung von Gesundheit und Leistungsfähigkeit zu schaffen. Das ist eine öffentliche Aufgabe, insbesondere der Systeme der sozialen Sicherung. Zu diesem Zweck muß die Gesundheitspolitik verfolgt werden, die die quantitative und qualitative Verbesserung der Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitsdienste ermöglicht und die industriellen und gewerblichen Interessen den Notwendigkeiten unterordnet, die die Erfüllung der allgemeinen Bedürfnisse erfordert.“ DP