

Tabelle: Mittleres Alter der Ärzte und Ärztinnen – als Lagemittel –

Jahr der Erhebung	1961	1968	1972
Ärzte in freier Praxis Männer/Frauen	49/47	53/51	54/52
angestellte Ärzte Männer/Frauen	37/37	36/33	39/35
Ärzte, die vorübergehend nicht oder nicht mehr im ärztlichen Beruf tätig sind Männer/Frauen	70/41	71/46	70/49
alle Gruppen zusammen Männer/Frauen beide Geschlechter	47/41 45	49/47 48	49/49 49

sus-bedingten – Rückgängen fortsetzt und nach den derzeit stark, auf ihren bisherigen Gipfel, gestiegenen Zahlen der Medizinstudierenden auch für die kommenden Jahre ein kontinuierlich weiteres, überproportionales Anwachsen der Gesamtarztzahlen erwarten läßt.

Kennzeichnend für die augenblickliche Situation in der ambulanten ärztlichen Versorgung der Bevölkerung durch freiberuflich tätige Ärzte ist das „Nachwuchstief“ an Studienanfängern der Medizin aus den Jahren 1950 bis 1955. Es wird allerdings inzwischen bereits mehr als ausgeglichen durch den kontinuierlich starken Anstieg der Zahl des ärztlichen Nachwuchses seit 1955, der 1961 seinen Gipfel erreichte und seither in etwa auf diesem Niveau liegt bzw. im letzten Jahr darüber hinaus weiter anstieg. Hierzu ein Hinweis:

Die Zahl der Medizinstudierenden lag in der ersten Hälfte der 50er Jahre insgesamt bei 10 000 bis 12 000, seit Ende der 50er Jahre bei etwa 30 000 und liegt heute bei etwa 32 000.

Die Statistik (vgl. Schaubild „Die Berufstätigkeit der Ärzte in Altersgruppen“) zeigt, daß jüngere Jahrgänge derzeit nur einen geringen Anteil an der Tätigkeit in der freien Praxis haben. Die freiberuflich in eigener Praxis tätigen Ärzte sind im Schaubild als „in endgültiger Stellung tätig“ bezeichnet. Das Schaubild läßt außerdem das starke An-

wachsen der Zahl der angestellten Ärzte im Krankenhaus – im wesentlichen die jüngeren Arztjahrgänge – erkennen. Von den 25- bis 29jährigen Ärzten sind 96 Prozent, von den 30- bis 34jährigen 87 Prozent, von den 35- bis 39jährigen 62 Prozent in Krankenhäusern und Kliniken tätig. Diese Verteilung entspricht anderen Untersuchungen, die ergaben, daß die durchschnittliche Verweildauer des jungen Arztes im Krankenhaus bei etwa neun bis zehn Jahren liegt. Dem hierarchischen Aufbau der Struktur des ärztlichen Dienstes in den Krankenhäusern entsprechend, stellt sich der Anteil der 55- bis 59jährigen – im wesentlichen in Krankenhäusern – angestellten tätigen Ärzte mit lediglich acht Prozent dar.

Der Altersaufbau der Ärzte und seine Entwicklung in den letzten zehn Jahren, aufgegliedert nach Berufstätigkeit, läßt damit erkennen, daß sich die 1955 bis 1960 einsetzende Nachwuchswelle heute vorwiegend noch in angestellter Tätigkeit im Krankenhaus befindet. Sie hat den Tätigkeitsbereich „freie Praxis“ noch nicht erreicht. Der erste Gipfel dieser Welle dürfte die freie Praxis – gleichbleibende Verhaltensweisen des ärztlichen Nachwuchses bei der endgültigen Berufswahl auch in näherer Zukunft unterstellt – in den nächsten Jahren erreichen. Im Augenblick wird der weitaus überwiegende Teil der freipraktizierenden Ärzte von den Altersgruppen der 45- bis 60jährigen Ärzte gestellt. Der Wechsel von angestellter Tätigkeit im Krankenhaus zu freiberuflicher Tätigkeit in eigener Praxis erfolgt vielfach etwa um das 38. bis 40. Lebensjahr.

Die Ergebnisse der Altersstrukturstatistik im Hinblick auf diejenigen Ärztinnen und Ärzte, die ihren Beruf nicht mehr ausüben, zeigen, daß der Anteil der nichtberufstätigen Ärztinnen an der Gesamtzahl der Ärztinnen bis praktisch zum 65. Lebensjahr in allen Altersstufen relativ gleich bleibt. Er liegt derzeit bei etwa 25 bis 30 Prozent. Dagegen beginnen Ärzte in nennenswerter Zahl ihren Beruf erst ab dem 60. Lebensjahr nicht mehr auszuüben. Mit dem 70. Lebensjahr ist der Anteil der nicht mehr berufstätigen Ärzte dem der dann ebenfalls auf rund 50 Prozent angestiegenen nicht mehr berufstätigen Ärztinnen gleich. Mit anderen Worten: Ein größenordnungsmäßig gleichbleibender Anteil von etwa 25 bis 30 Prozent der Ärztinnen ist – wechselnd während der gesamten Lebenszeit – nicht berufstätig. Ärzte dagegen geben ihre Berufstätigkeit gewöhnlich nur aus Altersgründen auf.

II. Früherkennung von Krankheiten

1. Präventive Medizin und Ärzteschaft

Die Gesundheitsvorsorge durch Krankheitsfrüherkennung steht nunmehr seit über 20 Jahren im Mittelpunkt der gesundheitspolitischen Bemühungen der Bundesärztekammer. Schon auf dem 54. Deutschen Ärztetag, 1951 in München, wurden Gedanken zum Ausbau der Gesundheitsvorsorge entwickelt. Noch intensiver widmete sich der 58. Deutsche Ärztetag, 1955 in Baden-Baden, diesem Thema. Das vom damaligen Vorsitzenden des gesundheitspolitischen Bundestagsausschusses, Dr. med. Richard Hammer, Darmstadt, Mitglied des Vorstandes der Bundesärztekammer, gehaltene Referat über Möglichkeiten und Wege der

Präventivmedizin gab den eigentlichen Anstoß, sich den Fragen der Gesundheitsvorsorge weit gezielter als bisher zuzuwenden.

Der Ausschuß „Vorbeugende Gesundheitspflege“ der Bundesärztekammer unter Vorsitz von Professor Dr. Theopold, Frankfurt, ist unter Einschaltung und in ständiger Zusammenarbeit mit dem „Wissenschaftlichen Beirat“ der Bundesärztekammer unter Vorsitz von Professor Dr. Loew (Homburg/Saar) – früher Professor Dr. Alken (Homburg/Saar) – seit langem in diesem Bereich tätig. Einer der Schwerpunkte der Arbeit ist innerhalb der Vorsorgemedizin der Komplex „Früherkennung von Krankheiten“.

Bedeutungsvolle Ergebnisse der Tätigkeit der Bundesärztekammer sind im wesentlichen bisher drei Vorsorgeprogramme zur Früherkennung von Krankheiten. Diese Programme dienen als Grundlage für die am 1. Juli 1971 in den Pflichtleistungskatalog der Krankenversicherung aufgenommenen Vorsorgeuntersuchungen. Die Einführung dieser Vorsorgemaßnahmen ist als erster entscheidender Schritt zu werten, die Erkenntnisse der Vorsorgemedizin nahezu der gesamten Bevölkerung – derzeit gehören rund 90 Prozent der Gesamtbevölkerung der Bundesrepublik der gesetzlichen Krankenversicherung an – zugute kommen zu lassen.

2. Krankheitsfrüherkennung – eine neue Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenversicherung

Der mit Einführung der Schwangerenvorsorgeuntersuchungen im Jahre 1966 vom Gesetzgeber gewählte Weg der Krankheitsfrüherkennung durch gezielte und programmierte Vorsorgeuntersuchungen wird mit den neuen Programmen weiter verfolgt und systematisch ausgebaut. Dabei beinhaltet der Begriff „Programmierte Krankheitsfrüherkennung“ folgendes: „Feststellen von bestimmten Krankheitszeichen oder -fährten durch nach Inhalt, Art und Umfang schematisch bis ins Detail festgelegte, durch Formblätter fixierte und in ihrer Ausführung zugleich kontrollierte ärztliche Untersuchungen bei nach Alter und Geschlecht umrissenen Personengruppen, und zwar in genau bestimmten Zeitabständen – oder auf drohende körperliche oder geistige Fehlentwicklungen (bei Säuglings- und Kleinkinderuntersuchungen) – möglichst früh, wenn möglich noch vor dem Auftreten manifester Krankheitszeichen aufmerksam zu machen und damit rechtzeitiger Behandlung zuzuführen.“

Der Gesetzgeber hat sich mit diesen Maßnahmen aus wohlüberlegten Gründen dazu entschlossen, Gesundheitsvorsorge nicht in Form allgemeiner umfassender Gesundheitsuntersuchungen zu betreiben. Statt allgemeiner Gesundheitsinspektionen werden genau bezeichnete Gefährdungsgruppen in regelmäßigen Zeitabständen, gezielter programmierter Krankheitsfrüherkennung zugeführt. Dies beinhaltet die Erkenntnis, daß der mit umfassenden Gesundheitsinspektionen verbundene Aufwand derzeit noch in keinem vernünftigen Verhältnis zu den zu erwartenden Vorteilen für den einzelnen steht, daß aber für begrenzte Vorsorgebereiche Früherkennungsprogramme wachsende Erfolgchancen erkennen lassen. Hinzuzufügen ist noch, daß auch die begrenzte „Fährtenuche“ schon bei leisestem Verdacht sofort zur kurativen Abklärung des bestehenden Krankheitsfalles führt.

Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen, dem die Gestaltung der Programme für die gesetzliche Krankenversicherung im einzelnen übertragen war, mußte bei Auswahl und Inhalt folgende im Gesetz selbst fixierte Anforderungen berücksichtigen:

▷ Es muß sich um Krankheiten handeln, die wirksam behandelt werden können,

▷ das Vor- und Frühstadium dieser Krankheiten muß durch diagnostische Maßnahmen erfassbar sein,

▷ die Krankheitszeichen müssen medizinisch und technisch genügend eindeutig zu erfassen sein und

▷ schließlich müssen genügend Ärzte und Einrichtungen vorhanden sein, um die aufgefundenen Verdachtsfälle eingehend diagnostizieren und zu behandeln.

Diese Anforderungen, die für alle im Gesetz genannten Untersuchungskomplexe gelten, haben Gültigkeit auch für künftige Maßnahmen zur Krankheitsfrüherkennung, die durch dieses Gesetz ausdrücklich ermöglicht werden.

Die am 1. Juli 1971 eingeführten Vorsorgeuntersuchungen umfassen folgende Maßnahmen:

① Vorsorgeuntersuchungen für Säuglinge und Kleinkinder bis zum vierten Lebensjahr zur Früherkennung angeborener oder erworbener Krankheiten und Leiden, die die Entwicklung der Kinder gefährden oder negativ beeinflussen könnten;

② Vorsorgeuntersuchungen für Frauen ab Beginn des 30. Lebensjahres zur Krebsfrüherkennung;

③ Vorsorgeuntersuchungen für Männer ab Beginn des 45. Lebensjahres zur Krebsfrüherkennung.

Vorsorgeprogramme der Bundesärztekammer

Für das Zustandekommen dieser Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung haben die Vorsorgeprogramme der Bundesärztekammer, die zu dieser Zeit bereits (zum Teil seit Jahren) vorlagen, eine wesentliche Rolle gespielt. Sie wurden jedoch nicht in ihrem vollen Umfang verwirklicht. So geht beispielsweise das Vorsorgeprogramm der Bundesärztekammer für Männer über die im Krankenversicherungsänderungsgesetz festgelegten Grenzen nicht unwesentlich hinaus. Neben der Fährtenuche nach Mastdarm- und Prostatakrebs sah das Programm eine solche auch vor, nach Diabetes und Gefährdungen des Herz-Kreislauf-Systems sowie nach „Warnzeichen“ auf weitere nach der Todesursachenstatistik bei Männern besonders häufige Krebserkrankungen, insbesondere nach Bronchial- und Magen-Ca.

Die einzelnen Programme wurden vom 71. Deutschen Ärztetag 1968, vom 72. Deutschen Ärztetag 1969 und vom 73. Deutschen Ärztetag 1970 der Öffentlichkeit vorgelegt.

3. Bereits früher realisierte Vorsorgemaßnahmen

Wichtige Stationen vor der Einführung präventivmedizinischer Maßnahmen in den Pflichtleistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung waren:

▷ Vorschläge zur Bekämpfung der Schwangeren- und Neugeborenensterblichkeit (seit 1966 in die RVO eingeführt),

▷ Vorsorgeuntersuchungen bei Jugendlichen (im Jugendarbeitsschutzgesetz von 1960 gesetzlich eingeführt),

▷ Krebsvorsorgeuntersuchungen auf freiwilliger Basis (in einer Reihe von Bereichen, bei einer Reihe von Krankenkassen, in den letzten Jahren verwirklicht).

Eine große Zahl von RVO-Kassen und Ersatzkassen hatten Vorsorgeleistungen im Rahmen ihrer freiwilligen Leistungs-

möglichkeiten für ihre Versicherten schon vor 1970 mit den Kassenärztlichen Vereinigungen vereinbart. Daneben gab es Vorsorgeregulungen und -aktionen mannigfacher Art, so beispielsweise die von der Bundesärztekammer im Jahre 1965 durchgeführte Diabetes-Früherkennungsaktion.

4. Beteiligung der verschiedenen Arztgruppen an den Vorsorgeuntersuchungen

Der Erfolg der neuen Vorsorgemaßnahmen wird auch weiterhin entscheidend von der Beteiligung möglichst vieler interessierter und befähigter Ärzte abhängen. Da die Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung durchgeführt werden, liegt es bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und den gemeinsamen Selbstverwaltungseinrichtungen der Ärzte und Krankenkassen, einer hinreichenden Zahl erfahrener Ärzte nicht nur aus freier Praxis, sondern auch aus den Bereichen öffentlicher Gesundheitsdienst und Krankenhaus die Teilnahme an den Untersuchungen zu ermöglichen; diese Ärzte sind für *ihre Person* an der Durchführung zu beteiligen. Der Gesetzgeber hat ebenfalls wiederholt eine möglichst breite Beteiligung der Ärzte, die bereit und in der Lage sind mitzuwirken, verlangt. So ging der Bundesrat bei der Zustimmung zur Einführung der Vorsorgeuntersuchungen durch das Zweite Krankenversicherungsänderungsgesetz ausdrücklich davon aus, „daß alle Möglichkeiten zur Beteiligung von Ärzten, Krankenhäusern und sonstigen ärztlich geleiteten Einrichtungen an den Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten in großzügiger Weise genutzt werden, um das Ziel des Gesetzes zu erreichen“. Nach den entsprechenden Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen sollen die Ärzte Vorsorgeuntersuchungen durchführen, „welche die vorgesehene Leistungen auf Grund ihrer Kenntnisse und Erfahrungen erbringen können, nach der ärztlichen Berufsordnung dazu berechtigt sind und über die erforderlichen Einrichtungen verfügen.“

Anpassung der Berufsordnung

Zur Anpassung der ärztlichen Berufsordnung an die neuen Gegebenheiten beschloß der 74. Deutsche Ärztetag 1971 eine Ergänzung des § 30, der vom 73. Deutschen Ärztetag 1970 verabschiedeten Weiterbildungsordnung um einen Abschnitt 5 (Näheres dazu im Abschnitt „Weiterbildung“).

Beteiligung von Krankenhausärzten

Einigen Schwierigkeiten der Beteiligung von Krankenhausärzten an den Vorsorgeuntersuchungen dürften durch eine revidierte Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft wohl begegnet werden können. Voraussetzung zur Teilnahme für ermächtigte Krankenhausärzte ist danach eine vom Krankenhausträger „ausgesprochene“ Genehmigung zur Vornahme von Vorsorgeuntersuchungen im Nebenamt. Die Bereitschaft der Deutschen Krankenhausgesellschaft, den ermächtigten Krankenhausärzten – abweichend von der früheren DKG-Auffassung – die Liquidationsberechtigung zuzuerkennen, beruht unter anderem auf der von einigen ihrer Gremien getroffenen Feststellung, daß eine Reihe von Krankenhausträgern und Krankenhäusern in der Praxis von der ursprünglichen Empfehlung

der DKG vom 25. Juni 1971 abgewichen seien. Abweichende Einstellungen waren auch im Berichtsjahr zu beobachten; es sollte nicht verkannt werden, daß von verschiedenen Seiten die Absicht verfolgt wird, die Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen zur Dienstaufgabe (mit entsprechenden Folgen für die Honorierung) von Krankenhausärzten zu machen.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben darauf hingewiesen, daß entsprechend den Absätzen 2 und 3 des neu gefaßten Paragraphen 10 a des Bundesmantelvertrages/Ärzte bzw. durch die entsprechenden Bestimmungen des Arzt-Ersatzkassen-Vertrags generelle Ermächtigungen für qualifizierte nachgeordnete Ärzte hinsichtlich der Neugeborenenuntersuchungen ausgesprochen worden sind. Diese Bestimmungen lauten wie folgt:

„(2) Die Neugeborenen-Erstuntersuchungen nach den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen können diejenigen Ärzte ausführen, die die Geburt leiten, auch wenn sie zur kassenärztlichen Tätigkeit nicht zugelassen oder an ihr nicht beteiligt sind.“

(3) Die Neugeborenen-Basisuntersuchung nach den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen können in Entbindungs- und Krankenanstalten diejenigen Ärzte ausführen, die die Säuglingsstation leiten oder verantwortlich betreuen, auch wenn sie zur kassenärztlichen Tätigkeit nicht zugelassen oder an ihr nicht beteiligt sind.“

Beteiligung weiterer Arztgruppen

Darüber hinaus können gemäß § 10 Absatz 4 des Bundesmantelvertrages/Ärzte Kassenärztliche Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen über den Kreis der ohnehin zugelassenen oder beteiligten (bzw. ermächtigten) Ärzte hinaus weitere Ärzte zur Durchführung von Früherkennungsmaßnahmen ermächtigen, welche die in den Richtlinien geforderten Voraussetzungen persönlicher und apparativer Art erfüllen. In Frage kommen beispielsweise die an Gesundheitsämtern tätigen Ärzte. Denkbar ist ebenfalls eine Ermächtigung qualifizierter Vertrauens- und Betriebsärzte.

Die Bundesärztekammer begrüßt alle Maßnahmen, die darauf hinzielen, das gesamte Potential der verfügbaren, zur Mitwirkung bereiten Ärzte aller Tätigkeitsbereiche in Anspruch zu nehmen. Der Erfolg der neuen Vorsorgemaßnahmen wird entscheidend von der Beteiligung möglichst vieler interessierter und befähigter Ärzte abhängen, um auch in diesem Bereich den Grundsatz der freien Arztwahl beizubehalten.

5. Inanspruchnahme, Information, Fortbildung

Ziel aller am Gesetz Beteiligten ist es, eine möglichst hohe Beteiligung der anspruchsberechtigten Gefährdungsgruppen zu erreichen. Der in diesem Jahr veröffentlichte Bericht der Bundesregierung über die ersten Erfahrungen mit den Früherkennungsmaßnahmen hat gezeigt, daß die gebotenen Möglichkeiten der Vorsorge leider bisher noch nicht genügend genutzt werden und daß damit die diesen Untersuchungen zugrunde liegende Idee noch nicht voll

verwirklicht ist. Damit die nunmehr kostenlos für mehr als 90 Prozent der Bevölkerung zur Verfügung stehende Vorsorgemöglichkeit auch genutzt wird, werden noch erhebliche Anstrengungen notwendig sein. Unumgänglich ist eine intensive und ständige Unterrichtung der Öffentlichkeit wie der Ärzteschaft über Möglichkeiten und Vorteile der Früherkennungsmaßnahmen. Die nach dem Gesetz den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen obliegende besondere Aufklärungspflicht der Versicherten sollte auch weiterhin sowohl durch breit gestreute Allgemeininformationen als auch durch die individuelle Aufklärung und Ansprache erfüllt werden. Auch die Landesärztekammern wurden durch den Vorstand der Bundesärztekammer gebeten, alle möglichen und geeigneten Schritte zu unternehmen, um das Gelingen der Vorsorgeuntersuchungen auf breiter Basis zu fördern. Angeregt wurden ständige Informationen über die gesamte ärztliche Fach- und Landespresse, die Pressestellen und ebenso über Wartezimmerzeitschriften sowie durch Aushang in Arztpraxen.

Neben vermehrter Information können in Zukunft auch zusätzliche Vorsorgemaßnahmen bzw. ergänzende Programme, so zum Beispiel für Herz-, Kreislauf- und Gefäßkrankheiten einen günstigen Einfluß auf die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen haben. Günstig auswirken müßte sich auch die dem Knappschaftsversicherten Personenkreis garantierte freie Arztwahl, die in der Mehrzahl der Landesärztekammerbereiche auch für Sozialhilfeempfänger eingeführt wurde.

Des Weiteren ist für eine rasche Annahme der Vorsorgeuntersuchungen durch die Bevölkerung die Form ihrer Durchführung und ihrer Ankündigung maßgebend. Die ärztliche Landesorganisation hat dazu empfohlen, besondere Vorsorgesprechstunden einzurichten, um lange Wartezeiten, die das Publikum abschrecken könnten, zu vermeiden. Als ein Weg zur Unterrichtung des Publikums wurde empfohlen, bei den Ärztekammern, Kassenärztlichen Vereinigungen sowie bei den Krankenkassen Listen auszulegen, in die sich diejenigen Ärzte eintragen lassen können, die Vorsorgeuntersuchungen vornehmen. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, durch von den ärztlichen Landesorganisationen gestaltete Wartezimmeraushänge auf die Teilnahme des Arztes an der Durchführung der Vorsorgeuntersuchungen und gegebenenfalls seine besonderen Sprechstundenzeiten aufmerksam zu machen.

Das Informationsbedürfnis der Ärzteschaft selbst über die Vorsorgeuntersuchungen wurde und wird in zahlreichen kleineren und größeren Fortbildungsveranstaltungen berücksichtigt. So wurde der Anregung des 74. Deutschen Ärztetages folgend das Thema „Vorsorgeuntersuchungen“ zum Schwerpunktthema der ärztlichen Fortbildung für die kommenden Jahre gewählt. Die Durchführung der Vorsorgeuntersuchungen und ihre medizinisch-wissenschaftliche wie auch organisatorische Problematik stand somit im Mittelpunkt auch der Fortbildungsbemühungen der ärztlichen Landesorganisation im Jahre 1972. Daneben dienen der Fortbildung in diesem Bereich auch einige gezielte Veröffentlichungen zu diesem Thema, die weit gestreut werden konnten. Auch die audiovisuelle Fortbildung hat sich diesem Themenkreis vermehrt gewidmet. Hier ist insbesondere die Filmserie „Fahnden und Finden“, die sich mit den drei Vorsorgeprogrammen beschäftigt, zu nennen. Auch der medizinische Teil des DEUTSCHEN ÄRZTE-

BLATTES bringt bevorzugt Themen über die Früherkennung von Krankheiten.

6. Überprüfung der Vorsorgerichtlinien

Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen hat bei der Verabschiedung seiner Richtlinien über die Früherkennungsuntersuchungen bei Neugeborenen und Kleinkindern sowie über die Früherkennung von Krebskrankheiten darauf hingewiesen, daß er seine Arbeit daran keineswegs für beendet hält, sondern die Richtlinien jeweils dem modernsten Stand der medizinischen Erkenntnisse anzupassen bereit ist.

Schon bei Bekanntwerden der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen für die verschiedenen neueingeführten Vorsorgeprogramme wurde an einzelnen Stellen Kritik von verschiedenen Seiten geübt.

In der Kritik wurde vor allem die reduzierte Zahl der Untersuchungen des Kindervorsorgeprogramms bemängelt – an Stelle der zehn von der Bundesärztekammer vorgeschlagenen Untersuchungen wurden lediglich sieben Untersuchungen aufgenommen. Weiter wurden Bedenken vorgebracht gegen die Festlegung der Zeitpunkte zwischen gewissen Untersuchungen des Kinderprogramms.

Darüber hinaus beschäftigte sich der Ausschuß „Vorbeugende Gesundheitspflege“ unter Hinzuziehung von Sachverständigen mit der Änderung und Ergänzung des Vorsorgeprogramms für Neugeborene, Säuglinge und Kleinkinder. Als bedeutendste Verbesserung ist zu nennen die Einführung einer neuen Untersuchung U 5 im 6. bis 7. Lebensmonat. Diese soll der Frühdiagnose der Zerebralparese dienen. Je früher die motorische Störung erkannt wird, um so größer sind die Behandlungschancen. Mit Rücksicht auf die Wichtigkeit der orthopädischen Befunde soll die Untersuchung U 4 – bisher zwischen dem 4. und dem 6. Lebensmonat – auf den 3. bis 4. Lebensmonat vorgezogen werden. An neuen Untersuchungsmethoden soll der Suchtest auf Mukoviszidose aufgenommen werden. Weitere Verbesserungen betreffen die Dokumentation im Untersuchungsheft.

7. Neufassung der Mutterschaftsrichtlinien

Die „Mutterschaftsrichtlinien“, mit denen Vorsorgeuntersuchungen für Schwangere als erste Vorsorgeuntersuchung überhaupt in die gesetzliche Krankenversicherung eingeführt wurden, stammen vom 1. Januar 1966. Sie wurden im Oktober 1971 – zum drittenmal – geändert. Die relativ häufigen Änderungen sind als Zeichen für die in diesem Bereich ständig wachsenden Erkenntnisse der Präventivmedizin zu werten. Die Neufassung soll nach einer Verlautbarung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen sicherstellen, daß alle nach derzeitigem Stand der medizinischen Wissenschaft während der Schwangerschaft und nach der Entbindung notwendigen ärztlichen Maßnahmen und Untersuchungen den Anspruchsberechtigten der sozialen Krankenversicherung zugute kommen.

Die Neufassung vorgenannter Mutterschaftsrichtlinien vom 7. Oktober 1971 wurde in Heft 53 des DEUTSCHEN ÄRZTEBLATTES vom 30. Dezember 1971 veröffentlicht.

8. Ausbau und Weiterentwicklung der Gesundheitsvorsorge

Die Gesundheitsvorsorge durch Krankheitsfrüherkennung ist ein wichtiger Teil moderner Gesundheitspolitik und steht erst am Beginn ihrer Möglichkeiten. Ihre Weiterentwicklung sollte nach Meinung aller hiermit gefaßten wissenschaftlichen Gremien und Ausschüsse der Bundesärztekammer auch in Zukunft eine der großen Aufgaben der gesamten Ärzteschaft unseres Landes sein. Wenn sich nach dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse der Medizin mit relativ einfachen und wirtschaftlich tragbaren Methoden häufig vorkommende Krankheiten bei bestimmten Alters- und besonders gefährdeten Bevölkerungsgruppen frühzeitig erkennen lassen und wenn eine erfolgversprechende Behandlung möglich ist, dann sollten gezielte Vorsorgeuntersuchungen einsetzen. Der Gesetzgeber hat den Weg für eine Erweiterung und Ergänzung der bestehenden Vorsorgeprogramme als auch für die Entwicklung weiterer Vorsorgemaßnahmen ausdrücklich offengelassen. Der Ausschuß „Vorbeugende Gesundheitspflege“ der Bun-

desärztekammer überprüft zur Zeit unter Hinzuziehung von Sachverständigen die vor einigen Jahren entwickelten Programme zur Früherkennung von Krankheiten. Dabei geht es insbesondere darum, die Programme den neugewonnenen Erkenntnissen anzupassen und sie gegebenenfalls um weitere Früherkennungsmaßnahmen zu ergänzen. Im Hinblick auf die zunehmenden Herz-, Gefäß- und Kreislauferkrankungen wird vor allem an den Einbau dieser Früherkennungsmaßnahmen in die bereits eingeführten Programme für Männer und Frauen gedacht. Es ist zu hoffen, daß die gesetzlich eingeführten Programme sodann entsprechend ergänzt werden.

Bei allen Überlegungen und Maßnahmen zur Gesundheitsvorsorge wird im Mittelpunkt der Bemühungen von ärztlicher Seite die Sicherung der in der kurativen Medizin immer schon entscheidenden Grundlagen freier Berufsausübung stehen: Die unerläßliche Basis erfolgreichen ärztlichen Wirkens auch in der Prävention ist ebenso wie in der kurativen Medizin das ungestörte Vertrauensverhältnis zwischen den zu betreuenden Menschen und ihren Ärzten.

III. Arbeitsmedizin

1. Arbeitsmedizin im Rahmen der ärztlichen Berufsausübung

Innerhalb der Vielfalt ärztlicher Berufsausübung gewinnt die Arbeitsmedizin zunehmend an Bedeutung. Zwar läßt sich das Interesse der Ärzte an Problemen der Arbeitsmedizin weit zurückverfolgen, dennoch ist die Entwicklung dieses Spezialgebietes der Medizin eng verknüpft mit dem Zeitalter, dessen zivilisatorisches Charakteristikum die industrielle Arbeit ist. So ist es auch keineswegs erstaunlich, daß sich die Ärzteschaft in Deutschland bereits im 19. Jahrhundert — wie ein Blick zum Beispiel in das „Ärztliche Vereinsblatt“ zeigt — recht intensiv mit arbeitsmedizinischen Fragen beschäftigte, damals subsumiert unter anderen Begriffen wie zum Beispiel „Hygiene“ oder behandelt im Zusammenhang mit der „sozialen Frage“. Die *Bezeichnung* „Arbeitsmedizin“ für die ärztliche Tätigkeit im Bereich der menschlichen Arbeit ist dagegen noch nicht sehr alt. Sie wurde offiziell erstmalig im Jahre 1929 in Lyon auf dem 8. Internationalen Kongreß für Unfallmedizin und Berufskrankheiten eingeführt. Seitdem und insbesondere in den letzten vier Jahrzehnten hat sich die Arbeitsmedizin zu einer selbständigen und unabhängigen Disziplin in der Medizin entwickelt. Sie ist die Lehre von den Wechselbeziehungen zwischen Arbeit und Beruf einerseits sowie dem Menschen, seiner Gesundheit und seinen Krankheiten andererseits.

Definition des Gebietes

Die Definition der Arbeitsmedizin, die heute allgemein anerkannt ist und die auch der Arbeit des Fachausschusses „Arbeitsmedizin“ der Bundesärztekammer zugrundeliegt, wurde zuerst von der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin im Jahre 1950 gefunden und später vom Gemeinsamen Ausschuß der Internationalen Arbeitsorganisation

und der Weltgesundheitsorganisation im wesentlichen übernommen. Die Definition hat folgenden Wortlaut:

„Ziel der Arbeitsmedizin ist es,

▷ das körperliche, geistige und soziale Wohlbefinden der Arbeitnehmer in allen Berufen in größtmöglichem Ausmaß zu fördern und aufrechtzuerhalten;

▷ zu verhindern, daß die Arbeitnehmer infolge ihrer Arbeitsbedingungen in irgendeiner Weise an ihrer Gesundheit Schaden nehmen,

▷ sie bei ihrer Arbeit gegen die Gefahren zu schützen, die sich durch das Vorhandensein gesundheitsschädlicher Stoffe ergeben können;

▷ den einzelnen Arbeitnehmer einer Beschäftigung zuzuführen, die seiner psychologischen und physiologischen Eignung entspricht und ihm diese Beschäftigung zu erhalten;

▷ kurz, die Arbeit an den Menschen und jeden Menschen an seine Arbeit anzupassen.“

Aufgabe der Arbeitsmedizin ist es somit, das Verhältnis zwischen Mensch und Arbeit durch präventivmedizinische und sozial-hygienische Betreuung der Werk tätigen zu harmonisieren. Sie stützt sich auf Spezialgebiete wie Arbeitspsychologie, Arbeitsphysiologie, Arbeitshygiene, Gewerbetoxikologie, Arbeitspathologie und die Klinik der Berufskrankheiten.

Wesentliche Bereiche der Arbeitsmedizin werden bei der Tätigkeit des Werkarztes und des staatlichen Gewerbearztes angesprochen. Die Arbeitsmedizin selbst reicht jedoch über den engeren Bereich der Tätigkeit des Werks-