

muß. Für eine spätere Zeit ist allerdings eine solche Veröffentlichung in Erwägung gezogen. Es bedarf kaum eines Hinweises, daß die ausgegebenen Prüfungen im Zentralen Institut auch ausgewertet werden.

Im Zentralinstitut wurden inzwischen eingehende Sicherheitsbestimmungen entwickelt, um ein vorzeitiges Bekanntwerden von Examensfragen zu verhindern.

Eine intensive Zusammenarbeit mit allen Landesprüfungsämtern wird schon seit einigen Monaten gepflegt; im Rahmen gemeinsamer Sitzungen werden alle die vielfältigen Probleme besprochen und die Lösungen koordiniert, die zum Ziel haben, die ersten bundeseinheitlichen medizinischen Prüfungen reibungslos ablaufen zu lassen. Studenten, Hochschullehrer, das Zentralinstitut, aber auch Bund und Länder müssen in stärkstem Maße daran interessiert sein, daß das System der neuen Prüfungen nach der Approbationsordnung erfolgreich angewendet werden kann. Diesem Ziel gelten unsere gemeinsamen Bemühungen.

Hinweise:

Der Katalog für die Ärztliche Vorprüfung sowie ab 1974 der Katalog für den Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung sind durch folgende Adresse zu beziehen: Druckhaus Schmidt & Bödige, 6500 Mainz, Rheinallee 191.

Über die Landesprüfungsämter ist ein vom Zentralinstitut erarbeitetes Skriptum zu beziehen, in dem die verschiedenen Aufgabentypen beschrieben sind, die bei den ersten Multiple-choice-Prüfungen zur Anwendung kommen.

Anschrift des Verfassers:
Dr. jur. H.-J. Kraemer
Direktor des Instituts
für medizinische Prüfungsfragen
Mainz

Gesundheitssicherung in Freiheit und Verantwortung

Josef Stockhausen

Der Titel des Beitrages erinnert bewußt an das kürzlich vorgelegte gesundheitspolitische Programm der Arbeitgeber. Im folgenden wird aus ärztlicher Sicht definiert, welche Voraussetzungen und Bedingungen erfüllt sein müssen, um dem Anspruch einer „Gesundheitssicherung in Freiheit und Verantwortung“ gerecht zu werden.

Mehr denn je ist die Zukunft des Gesundheitswesens und damit die der ärztlichen Berufsausübung voller Probleme. Und das, obwohl (oder weil!) der rasche wissenschaftliche Fortschritt auf nahezu allen Gebieten der Medizin die Chancen ärztlichen Wirkens unablässig vermehrt. Einmal mehr auch zeigt sich, daß wissenschaftlicher Fortschritt allein noch keineswegs zwangsläufig zu Verbesserungen des Gesundheitswesens führt. Ein „Mehr“ an Gesundheit und damit die vielberufene Hebung der „Qualität des Lebens“ in diesem Bereich ist kein Automatismus, von dem manche Beobachter der Szene auszugehen scheinen.

Die Ärzteschaft hat ihre grundsätzlichen Vorstellungen von fortschrittlicher Gesundheitspolitik für die kommenden Jahre und Jahrzehnte erst vor wenigen Monaten, im Oktober 1973, anläßlich der Hundertjahrfeier der Deutschen Ärztetage durch die Bundesärztekammer unter Mitwirkung aller relevanten Arztgruppen und Verbände zusammengestellt, beraten und der Öffentlichkeit bekanntgegeben. Doch liegt damit noch nicht die endgültige Fassung des gesundheitspolitischen Programms der Ärzteschaft

vor. Diese soll – nach bereits angelaufener, nochmaliger materielle und redaktioneller Durcharbeitung – durch den Ärztetag 1974 vorgelegt werden. Immerhin aber dürfte die Grundrichtung inzwischen auch für die, die sie noch für offen hielten, klar erkennbar geworden sein. Der gewählte Weg beinhaltet, das läßt sich zusammenfassend schon heute auch bei diesem Stand der Dinge sagen, eine klare Absage an alles, was Ärzte gern mit dem Ausdruck „Sozialisierung des Gesundheitswesens“ bezeichnen. Daß somit auch in Zukunft nach Meinung der überwältigenden Mehrheit der Ärzteschaft „Freiheit und Verantwortung“ tragende Säulen unseres Gesundheitswesens wie der ärztlichen Berufsausübung bleiben sollen, ist damit einmal mehr auch öffentlich bekundet.

Vorstellungen der Ärzteschaft – Vertrauensverhältnis muß erhalten bleiben

Was ist nun der wesentliche Inhalt der Vorstellungen der Ärzteschaft zum Gesundheitswesen der achtziger Jahre? In Stichworten und im Grundsätzlichen gesagt folgendes: Voraussetzung für jeden Erfolg

ärztlichen Handelns und damit oberstes Gebot ist – und soll das auch in Zukunft bleiben – das uneingeschränkte Vertrauen des Patienten zu seinem Arzt. Was immer dieses Vertrauen tangieren, schmälern, in Gefahr bringen oder gar aufheben könnte, die Ärzte weisen es nachdrücklich zurück. Worauf beruht, wovon hängt das ungestörte Vertrauensverhältnis Arzt/Patient ab? In Schlagzeilen gesagt, sind das im wesentlichen die

- ▶ freie Arztwahl für den Patienten;
- ▶ die Freiheit der ärztlichen Entscheidung bei Diagnose und Therapie, besser gesagt: beim gesamten ärztlichen Handeln, und damit
- ▶ die Ablehnung und Abwehr aller Einwirkungsmöglichkeiten wie Einflußnahmen Dritter – auf die für den Erfolg des ärztlichen Wirkens unerläßliche Berufsfreiheit.
- ▶ Für die präventive Medizin bzw. das Wirken des Arztes am einzelnen Menschen im Vorsorgebereich, der Früherkennung von Krankheiten ebenso wie der individuellen präventiven Beratung gilt sinngemäß das gleiche.

Keinen Platz unter diesen Prämissen gibt es für gesetzliche Meldepflichten des Arztes. Das gilt ebenso für manuell wie insbesondere auch für computergespeicherte, lebensbegleitende Sammlungen personenbezogener medizinischer Patienten-Daten.

Keinen Platz kann es z. B. auch künftig geben für jedwede direkte oder indirekte Beeinflussung der vom Arzt im Krankheitsfall verordneten Therapie, insbesondere seiner Arzneitherapie, sei es durch Positiv- oder Negativ-Listen von Arzneimitteln, durch Listen also direkt oder indirekt empfohlener, zugelassener oder als „nicht kassenüblich“ abgelehnter Arzneimittel.

Die Freiheit der ärztlichen Berufsausübung auch und vor allem im Rahmen der mehr als 90 Prozent unserer Bevölkerung umfassenden

sozialen Krankenversicherung hat für das Vorhandensein wie das Tätigwerden einer ausreichenden Zahl qualifizierter Ärzte gewisse zwingende Voraussetzungen. Vor allem im Arztrecht! Dazu zählt in erster Linie der Auftrag zur Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung durch qualifizierte, unabhängige Ärzte über deren Kassenärztliche Vereinigungen. Es gehören weiter dazu die in langen Jahrzehnten bewährten Prämissen: freie Arztwahl, Vertragsfreiheit zwischen Ärzten und Krankenkassen und die Erhaltung der ärztlichen Selbstverwaltung. Letztere in Kassenärztlichen Vereinigungen für den Krankenversicherungsbereich und in Ärztekammern für die Regelung insbesondere des Berufs- und Facharztwesens, der ärztlichen Fortbildung und weiterer wichtiger Bereiche, bis zur Berufsaufsicht, im Interesse der Bevölkerung wie der Ärzte selbst. Dazu zählt auch eine der hohen beruflichen Verantwortung wie Belastung der Ärzte der weit überdurchschnittlichen beruflichen Leistung also entsprechende Honorierung der Ärzte, ausgehend von einer vom Staat nach den gesetzlichen Bestimmungen zu gestaltenden, modernen amtlichen Gebührenordnung, in Form einer Taxe-Gebührenordnung, mit Mindest- und Höchstsätzen.

Für den Bereich der stationären ärztlichen Versorgung in Krankenhäusern ist für die in diesen tätigen Ärzte ein – auch gesetzlich zu sichernder – freier Wirkensraum zu fordern, der Leistungsstand und Leistungsbereitschaft auch dieses dem ambulant tätigen Teil der Ärzte gleich wichtigen und derzeit auch zahlenmäßig gleich großen Teiles der Ärzteschaft entspricht. Die Struktur der ärztlichen Dienste in Krankenhäusern und die Gestaltung der Tätigkeits- und Anstellungsbedingungen der in ihnen tätigen Ärzte einschließlich ihrer Honorierung haben die Erfahrungen der Vergangenheit ebenso zu berücksichtigen, wie sie aus der medizinisch-wissenschaftlichen und sozialen Entwicklung resultierenden, neuen Gegebenheiten und Bedürf-

nissen dort Raum zu geben haben, wo das sachdienlich und notwendig ist.

Neben diesen weiteren Ausbau der kurativen medizinischen Leistungen im ambulanten wie stationären Bereich hat beschleunigt die breite Entwicklung nicht nur möglich, sondern auch – und das vor allem durch Fehlentwicklungen als Zivilisationsfolgen – notwendig gewordener Maßnahmen, sowohl zur allgemeinen wie zur individuellen präventiven Gesundheitspflege, zu treten. Maßnahmen also, die von der Gesundheitserziehung und von ständiger Aufklärung der Bevölkerung über gesundheitsgerechtes Verhalten – in der Schule wie später im Beruf –, über die aktive Bekämpfung von gesundheitsbedrohenden Zivilisationsschäden und über Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit der Allgemeinheit – bis hin zur aktiven wie passiven individuellen Gesundheitsvorsorge reichen. Letztere vor allem durch die neuentwickelten Programme zur Krankheitsfrüherkennung, die ihrerseits möglichst bald weiterentwickelt werden müssen. Das gilt vor allem für die besonderen gesundheitlichen Risikobereiche, von der Schwangerschaft, über die Lebensbereiche der Neugeborenen, Säuglinge und Kleinkinder, die heranwachsende Jugend bis hin zu den von Herz-Kreislauf-, Stoffwechsel- und Krebskrankheiten bedrohten älteren Bevölkerungsteilen.

Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung

Gesundheitssicherung in Freiheit und Verantwortung, das bedeutet nach Auffassung der Ärzteschaft auch und vor allem Weiterentwicklung des bewährten Systems unserer gesetzlichen Krankenversicherung dort, wo das nötig und möglich ist. Unverändert bleiben und nicht „Reformversuchen“ ideologisch motivierter Weltverbesserer ohne Not ausgesetzt werden sollte alles, was sich bewährt hat. Staatliche Eingriffe in das System der

ambulanten ärztlichen Versorgung der Bevölkerung werden von der Ärzteschaft abgelehnt. Dazu zählen insbesondere Überlegungen, deren Ziel es offensichtlich u. a. zu sein scheint, den Auftrag zur Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung von der freien Ärzteschaft ganz oder teilweise auf Institutionen, wie z. B. medizinisch-technische Zentren, zu übertragen.

Die Ärzteschaft ist sich bei alledem stets bewußt, daß das von ihr entscheidend mitgestaltete freiheitliche System der Gesundheitssicherung in unserem Lande für die Erhaltung des Freiheitsraumes auch Bindungen dort hinnehmen muß, wo das unerläßlich ist. Sie war und ist auch in Zukunft bereit, solche Bindungen mitzugestalten und zu tragen. Der starke Einsatz medizinischer Technik, die zunehmende Verwendung hochdifferenzierter Apparaturen und Untersuchungsmethoden, der vermehrte Einsatz qualifizierten Personals machen unter anderem entsprechende Bemühungen notwendig.

Sicherstellung der ärztlichen Versorgung

Die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung verlangt vermehrte Bemühungen, weniger attraktive ärztliche Tätigkeitsbereiche und Niederlassungsbezirke anziehender zu machen. Am besten geschieht das durch Maßnahmen, wie den Bau von Arzthäusern, die Einrichtung von Gruppenpraxen, auch und gerade auf dem Lande, durch wirtschaftliche Anreize, Umsatzgarantien durch Kassenärztliche Vereinigungen, Einrichtung von Praxisvertretungen usw., Maßnahmen, die einem System freiheitlicher Lebens- und Berufsgestaltung weit besser gerecht werden als staatliche Lenkungsmaßnahmen. Nur so wird es auf Dauer möglich sein, eine gute, breitgestreute ärztliche Versorgung in Stadt und Land, in der Allgemeinmedizin ebenso wie in den verschiedenen Fachbereichen in der ambulanten ärztlichen Versorgung

wie im stationären klinischen Bereich und nicht zuletzt auch für den öffentlichen Gesundheitsdienst zu schaffen.

Dabei können zum Beispiel die in Krankenhäusern und Institutionen im stationären Bereich tätigen Ärzte, wo immer das im Interesse der ärztlichen Versorgung notwendig ist, auch in die ambulante ärztliche Tätigkeit miteinbezogen werden. Dem gleichen Ziel gilt die Förderung der Beschäftigung von Vertretern und Assistenten. Weiter wird, wo notwendig, die Abhaltung von Sprechstunden auch in Zweigpraxen zu prüfen sein. Die derzeit noch 18monatige Vorbereitungszeit für die kassenärztliche Tätigkeit sollte nachhaltig gekürzt werden, um schneller mehr Nachwuchs für die ambulante ärztliche Versorgung zu gewinnen. Bund, Länder und Gemeinden sollten die Erfordernisse der ärztlichen Versorgung überall, wo notwendig (z. B. schon bei der Aufstellung von Bauleitplänen und Bauplänen), angemessen mitberücksichtigen, sollten, wo notwendig, Grundstücke bereitstellen und zinsverbilligte Darlehen sowie steuerliche Anreize geben, vor allem bei der Einrichtung von Arztpraxen in ärztlich schwächer versorgten Gebieten.

Steigende Zahl von Ärzten

Die Entwicklung der Medizin und in gleicher Weise auch die Entwicklung der Lebens- und Arbeitsgegebenheiten in unserem Lande insgesamt verlangen eine zunehmende Zahl von Ärzten. Obwohl die Zahl der Ärzte in der Bundesrepublik in den letzten 20 Jahren um mehr als 80 Prozent — gegenüber einer Zunahme der Einwohnerzahl um nur etwas über 20 Prozent — zugenommen hat, wobei die Arztzahl von rund 68 000 im Jahre 1950 in 1973 auf über 125 000 weiterstieg, obwohl unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten im Augenblick sicher nicht von einem generellen Ärztemangel, sondern lediglich von strukturell bedingten Mangelerscheinungen in einzelnen Berei-

chen der ärztlichen Versorgung bzw. Berufsausübung gesprochen werden kann, fordert die Ärzteschaft der Bundesrepublik als Grundlage für ein auch in Zukunft voll funktionsfähiges, qualifiziertes freiheitliches System der Gesundheitssicherung, nachhaltige Verbesserungen im Hinblick auf den Numerus clausus in der Medizin wie in den anderen Heilberufen. Sie empfiehlt, seit längerem und dringend, die Integration des Schlüsselgebietes „Allgemeinmedizin“ in alle Bereiche von Lehre und Forschung an unseren Universitäten ebenso wie die Errichtung besonderer Weiterbildungsstellen für den Nachwuchs an Allgemeinärzten und die Förderung von Famulaturen in Allgemeinpraxen. Sie schlägt für das besonders förderungsbedürftige Gebiet der Psychiatrie eine Reihe von möglichst rasch in Angriff zu nehmenden Maßnahmen vor, so auch eine nachhaltige Sonderförderung insgesamt für das strukturell viel zu schwach besetzte Gebiet der Psychiatrie.

Immer und überall verdient besonderes Augenmerk die Erhaltung freiheitlicher Formen der Gesundheitssicherung über die notwendige Einschaltung der ärztlichen Selbstverwaltung. Dazu zählt zum Beispiel die weitere Entwicklung des ärztlichen Zusammenwirkens in Gruppenpraxen, Gemeinschaftspraxen und Praxisgemeinschaften, bis hin zur Bildung der jüngst vorgeschlagenen „Praxiskliniken“.

Beim Ausbau der Vorsorgeuntersuchungen wird die Teilnahme aller Ärzte an diesen Maßnahmen der Gesundheitssicherung, soweit sie dazu bereit und in der Lage sind, ausdrücklich empfohlen. Die Vorsorgeprogramme der Untersuchungen zur Krankheitsfrüherkennung sollten die bisherigen Prämissen auch künftig berücksichtigen. Diese verlangen, daß das Vor- und Frühstadium der gesuchten Krankheitsdiagnostik eindeutig erfaßt werden, die ermittelten Krankheiten Behandlungsfähig sind und ein ausreichendes Potential an Ärzten und Einrichtungen für Diagnose

und Therapie zur Verfügung steht. Ein allgemeines „Gesundheits-Check-up“ bietet bei wesentlich höheren Kosten, wesentlich größerem benötigten Arzt- und medizinischen Assistenzpersonalbedarf keineswegs gleiche Erfolgchancen für die Gesundheit der Bevölkerung.

Ausbau der Notfall- und Bereitschaftsdienste

Gesundheitssicherung in Freiheit und Verantwortung, das bedeutet für die Ärzteschaft auch den systematischen, schon seit Jahren intensiv in allen Teilen des Landes, auf Veranlassung und gesteuert von der ärztlichen Selbstverwaltung laufenden Ausbau ärztlicher Notfall- und Bereitschaftsdienste, einschließlich der Einrichtung von Notfallambulanzen und fachärztlichen Bereitschaftsdiensten.

Es ist nicht möglich, über diese – bedingt durch den nur begrenzt im Rahmen einer solchen Gesamtdarstellung zur Verfügung stehenden Raum – notwendigerweise mehr oder weniger allgemeinen Darlegungen hinaus Einzelheiten des gesundheitspolitischen Programms der Ärzteschaft hier vorzutragen. Daher sei zusammenfassend nochmals festgestellt:

Ein freiheitliches System der Gesundheitssicherung, wie es den gesundheits- und sozialpolitischen Vorstellungen der deutschen Ärzteschaft entspricht, bestimmt sich vom Wert der Gesundheit her. Die Gesundheit zählt zu den wesentlichsten Gütern der Menschen. Der hohe Rang, den Gesundheitspolitik dementsprechend verlangen kann und muß, wird nur begrenzt durch den Schutz, der in jedem freiheitlichen politischen System der freien Entfaltung der Einzelpersonlichkeit zukommt. Gesundheitspolitik ist eigenständig. Sie darf nicht zum Annex der Sozialpolitik degradiert werden. Trotzdem oder gerade deshalb gehören Gesundheits- und Sozialpolitik eng zueinander. Den Begriffen „Freiheit“ und „Verantwortung“ sollte im Gesundheits-

wesen in einer freiheitlichen Demokratie immer ein besonders hoher Stellenwert eingeräumt werden. Von welcher ausschlaggebenden Bedeutung das für die Leistungsfähigkeit eines Gesundheitswesens ist, davon kann man sich leicht durch eigenen Augenschein in denjenigen unserer Nachbarländer unterrichten, die das nicht hinreichend berücksichtigt haben. Die Ärzteschaft unseres Landes aber weiß das. Sie hat ihre Konsequenzen daraus gezogen und in ihren Vorstellungen für eine soziale, fortschrittliche und effektive Gesundheitspolitik wieder gelegt. Freiheit, Verantwortung und Leistung haben darin – auch für die Zukunft – höchsten Stellenwert.

Anschrift des Verfassers:
Prof. Dr. med. Josef Stockhausen
5 Köln 41
Klarenbachstraße 239a

ECHO

Zu: „Reform des § 218: Zur rechtlichen Situation von Ärzten, Krankenhauspersonal und Krankenhausträgern“ von Ministerialrat Bernhard Maier, in Heft 6/1974, Seite 352 ff., und Heft 7/1974, Seite 471 ff.

„Freie und Kassenärzte sind nach einer Reform des Paragraphen 218 nicht verpflichtet, Abtreibungen durchzuführen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen jedoch dafür sorgen, daß in der gesamten Bundesrepublik genügend Ärzte vorhanden sind, die einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen. Darauf weist Ministerialrat Bernhard Maier, Sekretär des Bundestags-Sonderausschusses für die Strafrechtsreform, in der jüngsten Ausgabe des DEUTSCHEN ARZTEBLATTS hin ...“

(KNA, Katholische Nachrichten-Agentur, München/Bonn)

Bund fördert Mutagenitätsforschung

Die Mutagenitätsforschung wird von der Bundesregierung gefördert. Wie der Parlamentarische Staatssekretär des Bundesgesundheitsministeriums, Heinz Westphal, auf Anfrage des SPD-Abgeordneten Karl-Heinz Kern mitteilte, besteht im Rahmen der beim Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit ressortierenden interministeriellen Projektgruppe „Umweltchemikalien“ eine Ad-hoc-Forschungsplanungsgruppe „Chemo-genetik“. Auf deren Initiative ist ein Dreistufenprogramm entwickelt worden. In der ersten Stufe haben die beteiligten Institute die Eichung der Testverfahren vorgenommen. Ende 1973 wurde – als zweite Stufe – mit der Testung bestimmter Substanzen begonnen. Die dritte Stufe wird zur Routinetestung ausgewählter Substanzen führen. Das Programm ist vorläufig auf drei Jahre Laufzeit berechnet.

Zunahme der Geschlechtskrankheiten

Die Zahl der gemeldeten Geschlechtskrankheiten ist seit Einführung der generellen Meldepflicht im Jahr 1970 nach Angaben von Staatssekretär Heinz Westphal zahlenmäßig geringfügig gestiegen. Seiner Ansicht nach kann daraus jedoch zunächst nicht bereits ein repräsentativer Anstieg der Geschlechtskrankheiten abgeleitet werden. Westphal begründet dies unter anderem mit der Vermutung, daß die Meldepflicht gegenwärtig nicht von allen Ärzten eingehalten werde, da sie bei Einführung zum Teil auf einen erheblichen Widerstand der Ärzte gestoßen sei. Westphal hält es daher für angebracht, zunächst eine angemessene Übergangszeit abzuwarten. Vorrangige Aufgabe ist nach Ansicht der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Köln) eine verstärkte Aufklärungskampagne bei den Jugendlichen. BID