

## BRIEFE AN DIE REDAKTION

### WINTERSPORT

Zum Thema „Gesundheit und Sport“ (Bericht über eine Gemeinschaftsveranstaltung der Bundesärztekammer und des Deutschen Sportbundes: „Sport: eine Chance der Gesundheitserziehung“) in Heft 1/1979, fragt Kollege Schwarz, ob irgendwo eine umfassende Statistik über die Wintersport-Unfälle existiert:

#### **10 000 oder 100 000 Ski-Verletzte?**

In Reden und Aufsätzen wird immer wieder von einer Zahl von 100 000 Wintersport-Verletzten pro Jahr gesprochen. Woher diese Zahl stammt, weiß ich nicht, sie dürfte aber doch unrealistisch hoch sein.

Der Jahresbericht der Bayerischen Bergwacht für das Jahr 1977 (Winterdienst) weist knapp 8000 Hilfeleistungen aus (Erste Hilfe, Abtransporte, Totenbergungen, und so fort). Die wichtigste Ziffer in der Statistik ist die Zahl der „Ski-Abtransporte“, die meistens auf eine Fraktur oder eine andere schwerere Verletzung hinweist. Sie beträgt rund 2400. Erfreulicherweise zeigt sich hier seit 1973 eine eindeutig fallende Tendenz (30 Prozent weniger). Die rund 5500 „Erste-Hilfe-Leistungen“ sind meistens durch ganz banale Verletzungen, wie Prellungen, Verstauchungen oder Blasen an den Füßen ausgelöst; der alpine Skilauf dürfte sich in dieser Beziehung kaum von anderen Sportarten unterscheiden.

Wenn man davon ausgeht, daß nur etwa 50 Prozent aller Verletzten auf Bayerns Skipisten von der Bergwacht betreut werden, so käme man auf eine Zahl von etwa 16 000. Wenn man annimmt, daß in den übrigen Landschaften außerhalb Bayerns, wo alpiner Skilauf betrieben werden kann (Allgäu, Schwarzwald, Schwäbische Alb, Hunsrück, Taunus, Harz, Westerwald, Eifel) nochmals etwa die gleiche Zahl von Skiläufern verletzt wird, dann käme man auf eine Zahl von rund 30 000. Die Zahl der schwereren Verletzungen, die eine Krankenhausbehandlung zur Folge haben, dürfte etwa in der Größenordnung von 10 000 liegen. Diese geschätzte Zahl ist natürlich im-

mer noch bedenklich hoch, sie liegt jedoch ganz erheblich unter dieser ominösen Zahl 100 000. Der alpine Skilauf wird aber dadurch auch nicht gesünder.

Dr. med. Alois Schwarz  
Internist  
Abschnittsarzt Chiemgau  
der Bergwacht  
Oed 4  
8221 Bergen

### STUNDENLOHN

Die Post hat kürzlich ihr neues Gebührenheft versandt:

#### **Ohne Kommentar**

Aus dem neuen Postgebührenheft: 1. 11. 4 Leistungen, die mit dem Telegrafendienst zusammenhängen, aber nicht besonders geregelt sind, z. B. Herausuchen eines Telegramms bei Arbeitsleistungen bis zu einer halben Stunde 12 DM (kann jeder Lehrling!).

BMÄ 1978 Ziff. 9: Verweilgebühr je angefangene halbe Stunde bei Tage 95 Punkte (Punktwert evtl. 0,09 DM) – approbierter Arzt mit etwa 10 jähriger Ausbildung!

Dr. med. O. Brauss  
Silcherstraße 4  
7405 Dettenhausen

### ZULASSUNG

Zu den Beiträgen von Prof. Dr. Siegfried Häußler „Der anstößige Antrag – Zukünftige Kassenärztliche Versorgung ohne Allgemeinärzte?“ und Prof. Dr. Ulrich Kanzow „Prinzipien“ in Heft 6/1979.

#### **Auf dem Wege zum Barfußarzt?**

Mit guten Gründen hat Herr Häußler seine schon auf dem letzten Deutschen Ärztetag erhobene Forderung unterstrichen, daß eine abgeschlossene Weiterbildung für die Zulassung von Allgemeinärzten zur kassenärztlichen Versorgung ebenso zur Voraussetzung gemacht werden müsse, wie es für die Zulassung von

Fachärzten zur kassenärztlichen Versorgung selbstverständlich ist.

Als die Bezeichnung „Arzt für Allgemeinmedizin“ durch Beschluß des Deutschen Ärztetages 1962 eingeführt wurde, bestand Einigkeit darüber, daß sich auch die bis dahin als praktische Ärzte tätig gewesenen Ärzte unter bestimmten Voraussetzungen als Allgemeinärzte bezeichnen sollten. Dafür wurde eine mehrjährige Übergangsfrist festgesetzt.

Außerdem sollte es den allgemeinmedizinisch tätigen „Praktischen Ärzten“ ermöglicht werden, aufgrund einer kollegialen Prüfung (Kolloquium) die Anerkennung als Arzt für Allgemeinmedizin zu erwerben.

In den folgenden Jahren hat sich dann gezeigt, daß ein großer Teil der jüngeren Ärzte aus wirtschaftlichen Gründen nicht bereit und nicht in der Lage war, nach einer mehrjährigen ärztlichen Tätigkeit auf einem bestimmten Fachgebiet die als Anerkennung als Arzt für Allgemeinmedizin noch fehlende Zeit auf einem anderen Fachgebiet oder als Assistent eines Allgemeinarztes nachzuholen.

Viele dieser Ärzte hatten schon in ihrer Assistentenzeit geheiratet und eine Familie begründet. Da sie sich in unkündbarer Stellung befanden, wollten sie ihre fachliche Weiterbildung zu Ende führen und als deren Abschluß die Facharztanerkennung auch dann erwerben, wenn sie sich als Allgemeinarzt niederlassen wollten.

In diesem Entschluß wurden sie bestärkt, weil sie sich unter Verzicht auf ihre Facharztbezeichnung als *praktischer Arzt* niederlassen und als solcher auch mit der Zulassung zur Kassenpraxis rechnen konnten.

Die Berechtigung, sich auch ohne spezifische Weiterbildung zum Allgemeinarzt als Praktischer Arzt bezeichnen zu können, wurde aus der alten Bestallungsordnung abgeleitet, nach der der Kandidat im Staats-

examen nachweisen mußte, daß er „die für einen praktischen Arzt (z. B. in der Augenheilkunde) erforderlichen Kenntnisse“ besaß. Abgesehen davon, daß die Prüfer in der Regel gar nicht in der Lage waren, diese Frage zutreffend zu beurteilen, wurde auch damals nur die Bestallung als „Arzt“ erteilt. Alles andere vollzog sich außerhalb verbindlicher rechtlicher Regelungen.

In der (inzwischen auch nicht mehr neuen) Approbationsordnung ist dann ganz bewußt auf das Ausbildungsziel „praktischer Arzt“ verzichtet worden. Ziel der ärztlichen Ausbildung blieb (ebenso wie bisher) der „Arzt“. Allem, was vorher noch für eine Befähigung, als „praktischer Arzt“ tätig zu werden, gesprochen haben mochte, ist mit der neuen Approbationsordnung der Boden entzogen worden. Das ändert nichts daran, daß die nach dieser Approbationsordnung approbierten Ärzte arbeitsrechtlich als voll ausgebildete Ärzte anerkannt sind und damit auch einen Anspruch auf angemessene Bezahlung haben. Es kann daraus aber nicht der Schluß gezogen werden, daß diese Ärzte allein aufgrund ihrer Approbation berechtigt wären, auch als Kassenärzte selbständig und in eigener Verantwortung tätig zu sein. Wenn vom Marburger Bund dagegen immer betont worden ist, daß das mit der Approbation erworbene Recht auf Berufsausübung „unteilbar“ wäre, kann dieser aus arbeits- und tarifrechtlichen Gründen vertretene Standpunkt nicht dazu führen, daß alle anderen Qualifikationen außer der ärztlichen Approbation als gegenstandslos anzusehen wären.

Inzwischen ist die Allgemeinmedizin in den auf Grund des Bundesverfassungsgerichtsurteils erlassenen gesetzlichen Neuregelungen der ärztlichen Weiterbildung ausdrücklich als selbständiges ärztliches (Fach-)Gebiet anerkannt worden. Ebenso wie der, allein aufgrund seiner fachgerechten Weiterbildung anerkannte Facharzt als solcher in freier Praxis und damit in der Kassenpraxis tätig werden kann, muß diese Voraussetzung auch für den Allgemeinarzt

gelten, dessen ärztliche Verantwortung ja nicht geringer ist als die des Facharztes.

In Heft 5/1979 des DEUTSCHEN ÄRZTEBLATTES (1. Februar) hat H. J. Rheindorf auf die grundsätzliche und gesundheitspolitische Bedeutung dieser Frage hingewiesen. Unter der Überschrift „Auf dem Wege zum Barfußarzt“ hat er überzeugend dargelegt, daß die heutige medizinische Ausbildung nicht ausreicht und auch gar nicht ausreichen kann, um dem künftigen Allgemeinarzt die für seine vielseitige und verantwortungsvolle Arbeit erforderlichen Kenntnisse zu vermitteln, und daß das bei der zu erwartenden zahlenmäßigen Zunahme der Medizinstudenten erst recht unmöglich sein wird.

Die Frage, wie der notwendige Nachwuchs an qualifizierten Allgemeinärzten gewährleistet werden kann, ist nicht nur durch die wachsende Zahl der Medizinstudenten, sondern auch durch die zu befürchtende Verringerung der Weiterbildungsmöglichkeiten von besorgniserregender Bedeutung. Daß durch diese widerspruchsvolle Entwicklung auch widerspruchsvolle Reaktionen hervorgerufen werden, ist nicht erstaunlich, und es ist verständlich, wenn der Marburger Bund für die zunehmende Zahl von Ärzten auch eine zunehmende Zahl von Arbeitsplätzen fordert. Da niemand eine Verminderung der Qualität ärztlicher Leistungen in Kauf nehmen möchte, wird zunächst nach neuen ärztlichen Arbeitsplätzen, sei es in der werksärztlichen Versorgung, im öffentlichen Dienst oder in der Entwicklungshilfe gesucht.

▷ Wenn außerdem aber auch erwo-gen wird, durch eine Verminderung der Qualitätsanforderungen mehr Ärzte unterbringen zu können, und man glaubt, dieses Ziel, da das bei den Fachärzten nicht möglich erscheint, bei den Allgemeinärzten erreichen zu können, so entspricht das nicht den Aufgaben, die der Allgemeinarzt nach allgemeiner Auffassung bei dem notwendigen Zusammenwirken aller Ärzte erfüllen

soll. Ebenso wenig wie von einer „Manipulation an der ärztlichen Berufs- und Zulassungsordnung“ gesprochen werden kann, die den ärztlichen Nachwuchs von der Betätigung als Arzt fernhalten soll, kann auch unterstellt werden, daß die „Schwachstellen“ in der ärztlichen Ausbildung als Argument für die Durchsetzung von gruppenegoistischen Zielen mißbraucht werden sollen. Es geht allein darum, ob und wie der Allgemeinarzt den Anforderungen gerecht werden kann, die heute und morgen an ihn gestellt werden.

Die von Herrn Kanzow jetzt erneut vertretenen Auffassungen sind tatsächlich weder neu noch zutreffend.

Er hat sie schon vor zwanzig Jahren vertreten, als er gegen die Verankerung der Allgemeinmedizin in der ärztlichen Berufsordnung polemisiert hat. Die von ihm aufgestellten „Prinzipien“ treffen auch heute noch nicht zu, weil erstens keine Rede davon sein kann, daß der Sinn der Approbation darin liege, den Arzt durch das mit dieser Ausbildung vermittelte Wissen und Können ausreichend für die Tätigkeit des praktizierenden Arztes auszurüsten. Es kann zweitens auch keine Rede davon sein, daß der Arzt „aufgrund seiner Approbation“ schon immer das „Recht zu uneingeschränkter ärztlicher Betätigung – oder, wenn er Sprechstunden abhält, als praktizierender (= praktischer) Arzt“ gehabt hätte und behalten müsse, und man kann drittens auch nicht mehr davon ausgehen, daß der nicht weitergebildete Allgemeinarzt schon wegen eines „vernünftigen Prinzips“ als Gegenstück zu dem spezialisierten Arzt notwendig wäre, weil der Arzt für Allgemeinmedizin zwar weniger spezielle Kenntnisse, dafür aber um so mehr an allgemeiner ärztlicher Erfahrung braucht, um seine Aufgaben erfüllen zu können.

Wenn Herr Kanzow meint, daß der „traditionsreiche“ praktische Arzt jetzt „auf dem Altar einer berufspolitischen Flurbereinigung geopfert“ werden sollte, ist dagegen festzustellen, daß es heute mehr denn je

## Briefe an die Redaktion

darauf ankommt, ihn angesichts der fortschreitenden Spezialisierung der Medizin nicht endgültig vor die Hunde gehen zu lassen.

Es geht heute nicht um diese oder jene Gruppeninteressen. Es geht um eine Zukunft der ärztlichen Versorgung, und es ist ein Irrtum, wenn man glaubt, den Mängeln in der ärztlichen Versorgung durch eine Verminderung der an den Allgemeinarzt zu stellenden Anforderungen begegnen zu können.

Gegenüber denjenigen, die dem Mangel an Krankenschwestern am besten durch eine Herabsetzung der Anforderungen begegnen zu können glaubten, haben die Schwestern selbst darauf bestanden, daß die Anforderungen erhöht werden sollten. Sie haben recht behalten: seitdem kann von einem Mangel an Krankenschwestern nicht mehr die Rede sein.

Dr. med. Gerhard Jungmann  
3354 Dassel-Markoldendorf

□

### **Im höchsten Grade an der Zeit**

Herr Professor Häußler hat auf dem letzten Deutschen Ärztetag in Mannheim den Versuch unternommen, eine neue, sich anbahnende Fehlentwicklung auf dem Sektor der ambulanten ärztlichen Versorgung der Bevölkerung zu unterbinden: er wollte verhindern, daß es künftig in der Bundesrepublik möglich sein kann, daß ein junger Kollege kurz nach dem Staatsexamen in eigener Verantwortung eine Allgemeinpraxis betreiben darf – daß er das nicht kann, darüber scheint wohl inzwischen Einigkeit zu bestehen . . . Es war nicht mehr als recht und billig, daneben im höchsten Grade an der Zeit, daß Herr Kollege Häußler im „DEUTSCHEN ÄRZTEBLATT“ die Gelegenheit erhielt, seinen Antrag zu begründen. Es ging um nichts mehr und nichts weniger, als kräftig jedem Arzt, der sich an der ärztlichen Basisversorgung unserer Be-

völkerung beteiligen möchte, eine *qualifizierte Weiterbildung* aufzuerlegen. Eine Forderung, die alle ärztlichen Teilbereichsdisziplinen als eine Selbstverständlichkeit empfinden. Oder hätte man schon einmal von einem Röntgenologen gehört, der in seinem Fachgebiet zwei Jahre nach bestandem Staatsexamen zur Kassenpraxis zugelassen worden wäre? Nach dem Abdruck der Begründung des Häußlerschen Antrages kann sich jeder deutsche Arzt davon überzeugen, mit wieviel Sachkenntnis, Vernunft und Augenmaß diese Vorlage erarbeitet wurde.

Dr. med. K.-J. Dreibold  
Arzt für Allgemeinmedizin  
Hermann-Löns-Straße 5  
3030 Walsrode 1

□

### **Arzt für Gesamtmedizin**

Vor einigen Monaten habe ich an anderer Stelle empfohlen, den Ausdruck „Arzt für Allgemeinmedizin“ durch den Ausdruck „Arzt für Gesamtmedizin“ zu ersetzen, und ich habe den Eindruck, daß einige auch tatsächlich in diesen Köder gebissen haben oder vielleicht selbst auf den Gedanken gekommen sind. Ich sage „Köder“, weil dieser Ausdruck „Arzt für Gesamtmedizin“ deutlich machen würde, daß dieses Ziel nur ausnahmsweise ganz besonders hervorragend begabten Persönlichkeiten erreichbar wäre. Einige Leser von Zuschriften meinerseits haben dies als Ironie aufgefaßt, was aber ein Mißverständnis ist.

Man muß von einem Arzt für Gesamtmedizin eine Ausbildungszeit verlangen, die die eines Facharztes übertrifft, bei klarer Überlegung kann man zu keinem anderen Entschluß kommen. Es müßten mindestens 3 Jahre innere Medizin, 3 Jahre Chirurgie, 1 Jahr Frauenheilkunde, 1 Jahr Psychiatrie und Neurologie und je ½ Jahr Urologie, Ophthalmologie, Otorhinologie usw. verlangt werden. Ein solcher „Arzt für Gesamtmedizin“ könnte dann vielleicht geradezu als übergeordneter

Arzt über einer Gruppe von Fachärzten fungieren.

Ich halte es aber nach wie vor für ausgeschlossen, daß jemand nach abgelegter ärztlicher Prüfung zur Ausübung des ärztlichen Berufes in freier Praxis fähig ist. Das Medizinstudium bis zum Staatsexamen hat so etwas in den letzten Jahrzehnten ganz sicher nicht vermocht, und wird es auch bei einigen Dutzend Studienreformen nicht zuwege bringen. Ich würde es sogar für dringend geboten halten, daß nach der ärztlichen Prüfung zunächst zwei Jahre Tätigkeit in einer sehr intensiven „Allgemeinpraxis“ verlangt werden.

Bei dem Ansturm wird es allerdings solche Praxen bald nur noch ausnahmsweise geben. Eine Praxis, die weniger als 1000 Behandlungsscheine hat, wäre ganz sicher zur Ausbildung solcher Nachwuchsärzte auch nicht geeignet. Diese zwei Jahre wären aber nützlich für sämtliche ärztlichen Laufbahnen, ob es nun ein beamteter Arzt, ein Universitätsprofessor, ein Facharzt, ein Sanitätsoffizier ist . . .

Widersinnig ist, den jungen Leuten, die durch verantwortungslose Werbung zum Medizinstudium verleitet worden sind, nun auch noch eine Existenzgarantie im Beruf zu verschaffen. Ich konnte mir bereits infolge einer beträchtlichen Überfüllung des Berufes die Stellen, die ich benötigt hätte zu einer befriedigenden Weiterbildung, nicht aussuchen . . . Von einer ausbildungsmäßigen, gezielten Förderung von Nachwuchsärzten konnte nirgends eine Rede sein, und ich bin hier keineswegs mehr benachteiligt worden als andere. So eine Förderung wäre erst wieder zu erwarten, wenn Nachwuchs und Bedarf in ein vernünftiges Verhältnis gebracht würden. Das Gegenteil ist aber zu erwarten. Eins muß Herrn Professor Kanzow ganz deutlich gesagt werden: *Ärzte* entläßt die Universität nicht!

Dr. med. Friedrich Busch  
Facharzt für innere Krankheiten  
Schillerstraße 16  
7082 Oberkochen