

Weiterbildung und Ausbildung

senabrechnung z. B. bei Fachgruppenüberschreitung) noch eine Anerkennung des Engagements (keine Berechtigung, z. B. die Bezeichnung „Lehrpraxis“ führen zu dürfen) hat?

▷ Eine besondere kassenärztliche Attraktivität könnte der Allgemeinarzt gegenüber dem Praktischen Arzt dadurch gewinnen, daß er – nachdem er ja nun auch ein „Facharzt“ alter Provenienz ist – bestimmte Leistungen erbringen darf, die der Praktische Arzt mangels qualifizierter Weiterbildung eben nicht kassenmäßig abrechnen dürfte (z. B. EKG-Diagnostik, bestimmte Laboruntersuchungen u. ä.).

Es ist nicht der Mangel an Weiterbildungsplätzen, wenn 1978 in Bayern das Niederlassungsverhältnis von Allgemeinärzten zu Praktischen Ärzten 1:9 betragen hatte; denn es hatte nachgewiesenermaßen zu dieser Zeit 200 (!) offene Stellen im Freistaat gegeben.

Es ist letztlich das miserable Renommee des Allgemeinarztes in Bevölkerung, Hochschule und Kollegenschaft; es ist die mangelnde Trennschärfe zum Praktischen Arzt.

Selbst auf berufspolitischem Gebiet muß sich der Allgemeinarzt in einem Verband aufgehoben fühlen, der als Berufsverband gleichzeitig die Interessen von „Praktischen Ärzten und Allgemeinärzten“ vertritt.

Wie sollen wir es in unserer Nittendorfer Landarztgemeinschaftspraxis, die in mehr als 15 Jahren 25 hochqualifizierte Assistenten zum Arzt für Allgemeinmedizin zum Teil unter erheblichen Mühen für beide Seiten weitergebildet hatte, diesen jungen Kollegen noch länger erklären, daß es nach der Ablehnung des Häußlerschen Antrags auch weiterhin de facto keinen Unterschied zwischen Praktischem Arzt und Allgemeinarzt gibt?

Herr Prof. Kanzow sprach in seiner Replik mit Recht von der 100jährigen Reputation, die sich der Praktische Arzt im Laufe der Jahre erwor-

ben hatte. Allerdings muß man fairerweise dagegenhalten, daß der Allgemeinarzt erst auf eine zehnjährige Entwicklung zurückschauen kann. Vielleicht wird auch für ihn die Zeit arbeiten.

Dr. med. Frank H. Mader  
Arzt für Allgemeinmedizin  
Talstraße 3  
8411 Nittendorf

**Lernen durch Praxis**

Fach- und Tagespresse sowie andere Stellen beschäftigen sich seit einiger Zeit so intensiv mit der ärztlichen Aus- bzw. Weiterbildung, daß ein einfacher Arzt gar nicht mehr alles mitbekommen kann. Der Wunsch nach Verbesserung der Aus- und Weiterbildung ist natürlich durchaus loblich, nur die Wege dazu sind noch umstritten und werden es auch bleiben. Eine Kritik im Bildungsraum allgemein und in der Medizin speziell gibt es mindestens seit 1926.

Mit etwa zehn Jahren klinischer Weiterbildung zum Facharzt für Chirurgie wurde ich später Praktiker. Ich kenne mehrere Praktiker, die nach der Approbation keinerlei klinische Fortbildung bekommen haben, aber trotzdem gute und erfolgreiche Praxen haben. Das war kriegsbedingt.

Je nach IQ kann man am besten in der Praxis lernen, am besten natürlich durch einen geeigneten Lehrer. Nicht einmal dies war bei allen der Fall...

Dr. med. Georg Lüth  
Schwarzpappelweg 11  
2000 Hamburg 65

BLÜTENLESE

**Nahost**

„Nicht wer zuerst zu den Waffen greift, verursacht den Krieg, sondern allein der, der die Ursache dafür geschaffen hat.“ (Machiavelli) Durrak

BRIEF AN DIE REDAKTION

**KLINISCHE PRÜFUNG**

Zu der Artikelfolge: „Klinische Prüfung von Arzneimitteln in der Diskussion“

**Unterschiede**

Fincke wird vernünftig! Das ist der Tenor sowohl des Schlußworts von Hasskarl als auch ... (des Schlußwortes zu der Artikelserie von Gross) in Ihrer Zeitschrift ... Leider ist es an dieser Stelle unmöglich, die unveränderten Differenzen oder auch nur schlichten Fehler (zum Beispiel ich hätte „Fahrlässigkeit“ des Prüfartzes behauptet oder die „klinische Einführung“ ungeprüfter Mittel gefordert; das AMG zeige „eindeutig“, worin die klinische Prüfung zu bestehen habe; es befasse sich „kaum“ mit Kontrollpatienten – wo denn überhaupt? u. v. a.) aufzuzählen. Bleiben wir bei den Punkten, in denen (freilich von Anfang an) *Einigkeit* herrscht:

1. Der kontrollierte Versuch gilt weltweit als *fachliches* Optimum (dies immer erneut zu belegen ist nie ein Argument gegen mich gewesen); das *Recht* kann aber bekanntlich fordern, auf fachlich optimale Methoden zu verzichten, und allein hierin liegt das von mir aufgeworfene Problem. Inzwischen habe ich zudem gelernt, daß der Wert des kontrollierten Versuchs *auch fachlich* bestritten wird (gegen Randomisierung z. B. Gehan/Freireich, New England, J. Med. 290 [1974], 198 ff.).

2. „Jeder Arzt hat das Recht, die Behandlung durchzuführen, die er für richtig und dem Kranken nützlich hält“ (Gross), also doch wohl auch die *Pflicht*, und zwar nicht nur mit verkehrsfähigen Mitteln (auf die Gross die Therapiefreiheit später einschränkt).

3. Ein kontrollierter Versuch ist zu beobachten und abzubrechen, wenn sich die Überlegenheit eines der Mittel abzeichnet. Folglich darf er gar nicht erst begonnen werden, wenn die gleiche Erwartung schon vorher aus anderen Indizien folgt (die angeblich ebenso „unwissenschaftlich“ sind wie die Zwischenbilanz im

Brief an die Redaktion

Versuch). So übrigens auch Hasskarl-Kleinsorge, 2. A., S. 42, wo allerdings offenbleibt, ob also das ex ante überlegene Mittel nicht zugelassen werden dürfe.

4. Die vitale Indikation stellt eine Gegenprobe dar, bei der meine Bedenken überraschenderweise allseits akzeptiert werden. Das Strafgesetzbuch macht in *dieser* Hinsicht aber zwischen Tod und Körperverletzung keinen Unterschied (Einschränkungen können sich bei der Einwilligung ergeben).

5. Notwendig ist die aufgrund relevanter Aufklärung erteilte *Einwilligung* des Patienten, so Gross in seinem Katalog der Zulässigkeitsvoraussetzungen gegen die groteske gegenteilige Behauptung von Hasskarl S. 167 I u.

6. Das richtige Bekenntnis zur Entscheidungstheorie und dazu, daß niemals „mehr“ als Wahrscheinlichkeit erreichbar ist, zwingt die Anhänger des kontrollierten Versuchs zur Begründung dafür, daß und worin sich die *Erfahrung* im kontrollierten Versuch von allen anderen ärztlichen Erfahrungen qualitativ unterscheidet; diese Begründung sind sie auch dieses Mal schuldig geblieben.

Einig sind wir uns also (von Anfang an) darin, daß ein erlaubter kontrollierter Versuch denkbar ist. Die Formulierung, daß er „grundsätzlich“ erlaubt sei (Hasskarl), ist allerdings nichtssagend, weil sie die allein problematischen „Ausnahmen“ offenläßt. Ob man die Kriterien des strafbaren kontrollierten Versuchs als „Grenzen“ des zulässigen oder als Typus des unzulässigen kontrollierten Versuchs bezeichnet, ist gleichgültig. Hauptsache, wir sind uns über den Inhalt der Kriterien einig; dann folgt zwangsläufig, daß der kontrollierte Versuch nicht zur generellen Zulassungsvoraussetzung erhoben werden darf.

Prof. Dr. jur. Martin Fincke  
Universität Passau  
Innstraße 40  
8390 Passau

THEMEN DER ZEIT

Aus dem Tätigkeitsbericht '79 der Bundesärztekammer (I)

## Die ärztliche Versorgung

● Fortsetzung von Seite 1292

ge Weiterbildungszeit als Mindestvoraussetzung für eine eigenverantwortliche hausärztliche Tätigkeit anzusehen. Demgegenüber ist es das Ziel, den Arzt für Allgemeinmedizin mit vierjährigem Weiterbildungsgang zu fördern. Unter dem Gesichtspunkt der Erhaltung des gewünschten Niveaus, aber auch der Gleichwertigkeit mit anderen ärztlichen Gebieten ist nach Auffassung der Akademie an der bisherigen vierjährigen Weiterbildungszeit festzuhalten.

Zum sogenannten „Hausarztprinzip“ vertritt die Akademie die Auffassung, daß zwar eine dauerhaft feste Beziehung zwischen Arzt und Patient wünschenswert sei, daß allerdings die in obengenannter Publikation des BPA vorgeschlagene Vorschaltung des Hausarztes vor die Inanspruchnahme von Spezialisten nicht zu akzeptieren ist. Dieser Forderung steht derzeit das Prinzip der freien Arztwahl entgegen. Sie erscheint aber auch aus Verwaltungsgründen – Ausgabe von mehreren Krankenscheinen pro Quartal – mit den sich daraus ergebenden abrechnungstechnischen Konsequenzen nicht praktikabel.

### Fachgebiete

Deutsche Akademie  
der Fachärzte

Seit dem Jahre 1967 befaßt sich ein vom Deutschen Ärztetag gewähltes Gremium mit der Bearbeitung und Förderung von Berufsfragen der Fachärzte. Die „Deutsche Akademie der Fachärzte“ wird gebildet aus fünf aus einer Vorschlagsliste des Vorstandes

der Bundesärztekammer vom Ärztetag gewählten Fachärzten, die den Vorstand bilden und aus ihrer Mitte den Vorsitzenden und einen Stellvertreter wählen. Dr. Wolfgang Bechtoldt, Neuenhain, hat den Vorsitz der „Deutschen Akademie der Fachärzte“ inne. Sein Stellvertreter ist Dr. Otto Schloßer, Rosenheim. Neben dem fünfköpfigen Vorstand entsendet jede Landesärztekammer je einen Delegierten, der Facharzt sein muß, in die Akademie. Darüber hinaus wird sie durch je einen Vertreter der Berufsverbände der einzelnen anerkannten Fachgebiete ergänzt. Zunehmend sind auch die medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften in den Kreis der Akademie einbezogen worden. Die Bereitschaft der medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften und der ärztlichen Berufsverbände, in der Akademie zu einem gegenseitigen Gedanken- und Erfahrungsaustausch zusammenzukommen und an der Lösung von Fragen der einzelnen Arztgruppen oder die die gesamte Ärzteschaft tangieren gemeinschaftlich zusammenzuarbeiten, ist vor allem in der derzeitigen Situation unabdingbar und von ganz besonderem Wert.

Breiten Raum bei den Beratungen der Akademie nahm im Berichtsjahr die Diskussion über Fragen der ärztlichen Weiterbildung ein. Im Vordergrund stand bei dieser Thematik die Weiterentwicklung der Röntgendiagnostik. In mehreren Sitzungen haben Vertreter medizinisch-wissenschaftlicher Fachgesellschaften und ärztlicher Berufsverbände ihren Standpunkt zur Frage der Zusammenarbeit zwischen Röntgenologen und Ärzten anderer Gebiete, die Röntgendiagnostik betreiben, dargelegt. Der Vorstand der Bundesärztekammer hat festgestellt, daß die