

Ärztliche Ausbildung mit Maß und Ziel

55. Hauptversammlung des Marburger Bundes am 12./13. Mai 1979 in Nürnberg

Auf der Suche nach realisierbaren Konzepten

Die aktuelle Debatte um die Aus- und Weiterbildung des Arztes und die Reformpolitik im Krankenhaussektor hatten im Mittelpunkt der Beratungen der 55. Hauptversammlung des Verbandes der angeestellten und beamteten Ärzte Deutschlands (Marburger Bund) in Nürnberg unmittelbar vor Beginn der Ärtztetagswoche gestanden. Daß diesmal ausbildungspolitische Fragen die sonst traditionell im Vordergrund stehenden Probleme der Krankenhausstrukturreform dominierten, war kein Zufall: Das zentrale Thema des diesjährigen Ärtztetages prägte naturgemäß auch die Beratungsschwerpunkte der Marburger-Bund-Tagung am 12./13. Mai.

In einem Bündel sachlich-konstruktiver Reformvorschläge und Empfehlungen präzierte der Marburger Bund die aus seiner Sicht unabdingbaren Voraussetzungen für gesundheits- und ausbildungspolitische Grundsatzentscheidungen mit Maß und Ziel.

Daß die ausbildungspolitische Diskussion nach der noch nicht abgeebbten Kostendiskussion im Gesundheitswesen zum gesellschaftspolitischen Dauerbrenner aufgerückt ist, belegte Dr. Karsten Vilmar als 1. Vorsitzender des Marburger Bundes in seinem Bericht zur aktuellen Lage. Vilmar legte klar, daß praktikable und konsensfähige Reformkonzepte weder im Kurieren an Symptomen steckenbleiben noch übereilte, dirigistische Sofortmaßnahmen die ärztliche Ausbildung und die Einheitlichkeit des Berufsbildes völlig

umkrepeln dürften. Für den Marburger Bund hat die Qualität der ärztlichen Versorgung bei allen reformerischen Maßnahmen absoluten Vorrang. Heute stehen wir in dem Dilemma, daß wegen der weiter steigenden Studentenzahlen und der restriktiven Personalpolitik in den Krankenhäusern immer mehr frisch approbierte Ärzte in die freie Praxis drängen. Andererseits entfällt ab 1. Juli 1980 in der Europäischen Gemeinschaft (EG) die bisher übliche Vorbereitungszeit vor der Zulassung zur kassenärztlichen Versorgung. Aufgrund übereinstimmender Hochrechnungen bis zur Jahrtausendwende läßt sich abschätzen, daß heute bereits die doppelte Zahl an Ärzten ausgebildet werden, als später tatsächlich benötigt wird. Bereits in naher Zukunft, so Vilmars Diagnose, werden die Bedarfslücken im öffentlichen Gesundheitswesen, in den Krankenhäusern, im betriebsärztlichen Dienst und bei der Bundeswehr dank der „Ärtzteschwemme“ gedeckt werden. Der auf diese Sektoren entfallende Zusatzbedarf wird auf 10 000 bis 25 000 Ärzte geschätzt.

Das bedeutet: Die „Lücken“ können mit den „zuviel“ ausgebildeten Ärzten von minimal zwei, maximal fünf Examensjahrgängen geschlossen werden. Daraus ist zu folgern: Bereits nach Ablauf dieser Zeit werden nicht mehr alle vollapprobierten Ärzte eine ihrer Ausbildung entsprechende Arbeitsmöglichkeit als angestellte oder beamtete Ärzte finden können, so daß sich der Zuzug in die freie Praxis verstärkt. Eindringlich

warnte Dr. Vilmar davor, im politischen Raum den drängenden Fragen einfach dadurch auszuweichen, indem man die Zahl der Ausbildungsplätze erhöht oder das Hochschulzulassungsverfahren ändert.

Zwangsw Weiterbildung – kein Ausweg

Auch die jetzt ins Gespräch gebrachte obligatorische Weiterbildung kann nach Überzeugung des Marburger Bundes die Mängel in der Ausbildung nicht ausgleichen. Zwar könnten diese Vorschläge mit dem Hinweis auf die Qualität der ärztlichen Versorgung Sympathisanten gewinnen, andererseits dürfe nicht übersehen werden, daß dadurch eine völlige Veränderung des Berufsbildes des Arztes bewirkt werde.

Die Zwangsw Weiterbildung würde nämlich den Charakter einer „Pflicht-Weiter-Ausbildung“ annehmen. Dies bedeutet nach Darlegung Vilmars, daß das Ausbildungsziel erst nach Abschluß dieses Abschnittes erreicht werde und auch erst dann die Berufszulassung erfolgen könnte. Alle diejenigen, die einer Pflichtweiterbildung das Wort reden, sollten sich auch im klaren darüber sein, daß damit dieser Abschnitt völlig der ärztlichen Selbstverwaltung entzogen würde. Darüber hinaus wäre die Approbation zum Arzt nicht viel mehr als die Ausstellung eines „Weiter-Ausbildungs-Berechtigungs-scheines“.

Auch der Vorschlag der „Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokraten im Gesundheitswesen“ (ASG), der ein vorgeschaltetes einjähriges Krankenpflegeexamen und nach Abschluß des Studiums eine dreistufige Approbation vorsieht, wurde von Vilmar überaus kritisch beurteilt. Einmal abgesehen davon, daß die bisherige Rechtssystematik aufgegeben würde, würden die bisherige gemeinsame Berufsbildung „Arzt“ in rund 30 Spe-

zialberufe aufgesplittert und die heute ohnedies schwierige Kooperation der einzelnen Spezialisten untereinander zusätzlich erschwert. Keineswegs dürfte die Novellierung der Approbationsordnung zu „Fachärzten erster und zweiter Ordnung“ führen (Vilmar: „gleichsam Spezialisten zu Pferde und zu Fuß“). Damit wäre der Ärzteschaft ein Bärendienst erwiesen, und die Patientenversorgung würde sich mit Sicherheit verschlechtern.

Gespräche mit dem Praktikerverband

Trotz der noch bestehenden innerärztlichen Dissonanzen bei der Beurteilung ausbildungspolitischer Grundsatzfragen zeigte sich bereits zum Auftakt des diesjährigen Deutschen Ärztetages, daß sich die Extrempositionen von Marburger Bund und Praktikerverband zumindest angenähert haben. Die Delegierten des Marburger Bundes betonten, daß die Forderungen, die ärztliche Versorgung zu verbessern und die medizinische Ausbildung praxisnäher zu gestalten, vor tarifpolitischen und wirtschaftlichen Überlegungen rangieren müßten.

Der stellvertretende Vorsitzende des Berufsverbandes der Praktischen Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin Deutschlands (BPA), Dr. med. Klaus-Dieter Kossow, Achim-Uesen, erklärte für seinen Verband, daß auch dieser wirtschaftliche Überlegungen hintanstellen wolle, wenn es darum gehe, Ausbildungsfragen gemeinsam zu lösen. Auch die bisher vom BPA vertretene „Maximalforderung“ einer dreijährigen praktischen Ausbildung und einer daran anschließenden ein- bis zweijährigen Weiterbildung würde bei einem tragfähigen Kompromiß zurückgeschraubt werden.

Der stellvertretende MB-Vorsitzende, Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, erläuterte den Delegierten die am 24. April 1979 mit dem Praktiker-



Die Delegierten des Marburger Bundes berieten anläßlich der 55. Hauptversammlung zum Auftakt der Ärztetagswoche in Nürnberg eine Reihe von Anträgen zu ausbildungspolitischen Fragen, zur Krankenhausreform und zur Tarifpolitik. Bild oben: Die Beratungen der Hauptversammlung leitete der Erste Vorsitzende, Dr. Karsten Vilmar (Bremen), der auch den Bericht zur aktuellen Lage gab

verband geführten Gespräche, ohne dabei allerdings immer die Zustimmung aller Delegierten finden zu können. Insgesamt ist zu resümieren: Der Marburger Bund beharrt auf einer klaren Abgrenzung

und Beibehaltung der Rechtssystematik von Aus-, Weiter- und Fortbildung. Ziel der Ausbildung zum Arzt müsse wie in allen anderen Berufen sein, daß der Ausgebildete mit Abschluß der Ausbil-



Die Beratungen der 55. Hauptversammlung des Marburger Bundes beobachteten aufmerksam auch prominente Repräsentanten aus dem Gesundheitswesen und der Politik. Eine Grußadresse der FDP-Bundestagsfraktion überbrachte der Vorsitzende des Bundesfachausschusses für Sozial- und Gesundheitspolitik, Hansheinrich Schmidt (Kempton), vierter von rechts



Dr. Vilmar überreichte MB-Geschäftsführer Dipl.-Kfm. Peter Warnking, Köln, das Ehrenzeichen der deutschen Ärzteschaft

Marburger Bund

dung seinen Beruf ausüben kann. Mit den Spitzen des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit bestehe Einigkeit darüber, daß auch künftig am einheitlichen Arztberuf festgehalten werden müsse und daß die Approbation zur vollen Berufsausübung berechtige. Auch die interdisziplinär zusammengesetzte „Kleine Kommission zu Fragen der ärztlichen Ausbildung und der künftigen Entwicklung im Bereich des ärztlichen Berufsstandes“ beruhe auf dieser Basis.

Bereitschaftsdienst und Überstundenregelung

Die MB-Hauptversammlung bekräftigte im übrigen Essentials, die bereits bei vorausgegangenen Tagungen wiederholt und mit anderen Akzenten beraten wurden: Bei zusätzlich abzuleistenden Überstunden und Bereitschaftsdiensten müßten weitere Planstellen an den Krankenhäusern geschaffen werden. Aufmerksam wird ein am Hamburger Landesarbeitsgericht geführter Rechtsstreit beobachtet. Im erstinstanzlichen Urteil würde entschieden, daß nur *ein* zusätzlich zu leistender Bereitschaftsdienst wöchentlich zugemutet werden könne. Allerdings wird das Bundesarbeitsgericht voraussichtlich nicht vor Herbst 1981 den „Fall“ höchstrichterlich abschließen.

Der Marburger Bund rechnete vor: Würden die heute in erheblichem Umfang geleisteten Überstunden und Bereitschaftsdienste nur zu 50 Prozent abgebaut, so wären etwa 20 000 zusätzliche Krankenhausarzt-Planstellen zusätzlich zu besetzen (auch ein Weg, um die „Studentenlawine“ aufzufangen). Selbstverständlich sei dies kein Patentrezept, um den Ärzteüberschuß auf Dauer „abzubauen“.

Durch tarif- und besoldungsrechtliche Verbesserungen sowie strukturelle Änderungen des ärztlichen Dienstes müsse darauf hingewirkt werden, daß mehr voll ausgebildete Krankenhausfachärzte eine at-

traktive Lebensstellung am Krankenhaus finden.

Sachverständige Mitberatung

Durch die geplante Novellierung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) und der Bundespflegegesetzverordnung (BPfIV) werden existentielle Fragen der Krankenhäuser und Krankenhausberufe aufgeworfen, die der Marburger Bund bereits im Status nascendi sachverständig mitberaten möchte. Sowohl bei der Krankenhausbedarfsplanung als auch bei Pflegegesetzverhandlungen und bei den zu erarbeitenden Empfehlungen über Maßstäbe für Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser müsse der Sachverstand der Vertretungen der im Krankenhaus Tätigen unmittelbar einbezogen werden. Es genüge nicht, die Vertreter nur mittelbar zu beteiligen oder die Beratungsmöglichkeiten auf die ambulanten tätigen Ärzte zu beschränken.

Große Bedeutung mißt der Marburger Bund dem vor Jahresfrist angelaufenen Forschungsvorhaben zur Ermittlung von Personalbedarfsberechnungsverfahren (PBBV) bei, das – sollte es den hohen Anforderungen und politischen Erwartungen genügen – eine Schlüsselfunktion bei der gesamten Personalplanung im Krankenhauswesen einnehmen dürfte. Dieses unter Federführung des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen zu erarbeitende regierungsamtliche Forschungsprojekt (Kostenpunkt: 7,5 Millionen DM!) soll bis spätestens Herbst 1982 aussagefähige, objektivierbare Kriterien entwickeln, um offenbar auch die längst überholten Anhaltzahlen der Deutschen Krankenhausgesellschaft zu ersetzen. Der projektbegleitende Ausschuß auf Bundesebene, dem auch Ärztepräsidenten angehören, müsse darauf hinwirken, daß überholte Richtmarken (etwa „Bettenschlüssel“, Verweildauer, Größe des Krankenhauses) durch

realistischere Orientierungsgrößen ersetzt werden. Bei allem Verständnis für notwendige Kostendämpfungsmaßnahmen dürften die im ambulanten Bereich gültigen Kriterien nicht mechanisch auf den stationären Sektor übertragen werden, mahnte Prof. Dr. med. Ulrich Kanzow (Solingen).

Auch der Gefahr müsse begegnet werden, daß aus bloßen Zwischenergebnissen oder übereifrigen „Refa“-Analysen politisch kurzfristige, auf eine Legislaturperiode bezogene Entscheidungen getroffen werden. Die beteiligten Gruppen seien aufgerufen, bereits im Ansatz methodische Fehler zu erkennen und zu verhüten, daß das heutige Ist künftig als Norm festgeschrieben werde. Vor allem müsse es gelingen, die Leistung des Krankenhauses zu definieren und zu klären, die Kriterien und Parameter für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit zu finden, denn: „Ohne Begriffsdefinition ist die ganze Arbeit sinnlos“ (Vilmar).

Trotz der noch bestehenden kontroversen Auffassungen zwischen Bund und Ländern bei der Novellierung des KHGs sei damit zu rechnen, daß noch vor der parlamentarischen Sommerpause die zweite und dritte Lesung erfolge. Leider ist es so – und dies merkte Hansheinrich Schmidt (Kempton), Sozialexperte der FDP-Bundestagsfraktion in seinem Grußwort kritisch an –, daß der Egoismus der Länder oftmals größer sei als deren Sachverstand. Die MB-Delegierten machten klar, daß sie ihren ärztlichen Sachverstand in die Beratungen der Gremien einbringen möchten.

Weiter verlangte der MB:

► Modifizierung des umstrittenen § 371 RVO, um den Trend zur Kommunalisierung des Krankenhauswesens zu bremsen.

► Aufgliederung der Pflegesätze in fünf wesentliche Kostenkategorien, und zwar in Kosten für Unterbringung und Verpflegung; ärztli-

che Leistungen; pflegerische Leistungen; Sachleistungen und Kosten der Vorhaltung.

► Die Humanisierung der Krankenhäuser könne nur gelingen, wenn dazu auch die notwendigen baulichen, organisatorischen und personellen Voraussetzungen geschaffen würden. Dies sei nicht mit einer schlichten Stellenvermehrung getan. Vielmehr sei dies eine Frage der Motivation und des Engagements sämtlicher Mitarbeiter.

Obgleich die Krankenhausreformpolitik von amtlicher Seite kurzfristig und einseitig unter dem Primat der Ökonomie betrieben werde, dürfe ein Ziel nicht aus den Augen verloren werden: Nur mit Maß und Ziel und bei Förderung eines individuellen Arzt-Patienten-Verhältnisses kann die Effizienz und Effektivität des Gesundheits- und Krankenhauswesens auf Dauer gesichert und verbessert werden.

Humanität im Krankenhaus

Im Verlaufe der Beratungen nahmen die Probleme der Humanität und Humanisierung der Krankenhäuser einen breiten Raum ein. Im Pflegebereich seien noch viele Stellen unbesetzt, wie die Anfang Mai von der Deutschen Krankenhausgesellschaft veröffentlichte und im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums erstellte sogenannte Krankenpflegequote ergeben hat. Prof. Kanzow mutmaßte, daß heute 20 bis 25 Prozent der Sollstellen nicht besetzt sind. Deshalb sei unter diesem Aspekt ein Krankenhausaufenthalt „risikoreich“. Die personellen Engpässe würden in naher Zukunft vor allem bei Akutkrankenhäusern außerhalb großstädtischer Zentren spürbar werden; dies um so mehr, als das Gesetz über den verlängerten Mutterschaftsurlaub Mitte dieses Jahres in Kraft tritt, und Forderungen nach Einführung einer 35-Stunden-Woche noch nicht vom Tisch sind. Der Marburger Bund appellierte an die Länderministe-

Marburger Bund

rien, den Soll- und Ist-Bestand des Pflegepersonals offenzulegen. Es müsse geklärt werden, inwieweit Auszubildende auf den Ist-Bestand angerechnet werden oder angerechnet werden dürfen.

Die übrigen MB-Beschlüsse konzentrieren sich auf Krankenhausreform- und Ausbildungsprobleme:

▷ Um mehr qualifiziertes Krankenhausfachpersonal, Pfleger und Sozialarbeiter auszubilden, müssen die Ausbildungskapazitäten dringend erweitert werden.

▷ Das Medizinstudium muß stärker auf klinisch-praktische Ausbildungsinhalte ausgerichtet werden, um bereits studienbegleitend Berufserfahrung für die spätere ärztliche Tätigkeit zu vermitteln.

▷ Die „Pflichtweiterbildung“ wird strikt abgelehnt; die ärztliche Approbation dürfe nicht durch systemwidrige Rechtseingriffe entwertet werden. Der jetzt gültige Zeitrahmen für die ärztliche Ausbildung müsse möglichst beibehalten werden.

▷ Die Auswahlkriterien für den Hochschulzugang sollten in erster Linie auf die spätere *Berufseignung* als Arzt abgestellt werden; eine bundeseinheitliche Regelung sei anzustreben. Vorwiegend theoretisch Begabte sollten nicht mehr einseitig praktisch versierten und sozialengagierten Studenten vorgezogen werden. Bei der nächsten MB-Hauptversammlung sollen die Reformprobleme noch einmal grundsätzlich erörtert werden.

▷ Der Marburger Bund strebt an, die Mitgliedschaft im Deutschen Krankenhausinstitut e. V., Düsseldorf, zu erwerben.

Weitere Entschließungen bekräftigen die tarifpolitischen Essentials der Ärztegewerkschaft Marburger Bund; sie ließen erkennen, daß sie ihren kämpferischen Kurs mit den in der neugegründeten Tarifgemeinschaft kooperierenden Gewerkschaften konsequent fortsetzen wird. HC

VERTRETERVERSAMMLUNG DER KBV

Stand der Bedarfsplanung in der kassenärztlichen Versorgung

Sanitätsrat Dr. Josef Schmitz-Formes,
Zweiter Vorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Referat, gehalten auf der Vertreterversammlung der KBV
am 14. Mai 1979 in Nürnberg

Das vierte und letzte Thema innerhalb des Berichtes zur Lage*), das durch die erforderliche Umsetzung vertraglicher und gesetzlicher Bestimmungen die Tätigkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung berührt und Auswirkungen auf die Kassenärzte hat, ist die kassenärztliche Bedarfsplanung.

Andere Probleme und Prioritäten haben die Bedarfsplanung in der kassenärztlichen Versorgung zeitweise etwas in den Hintergrund der berufspolitischen Aktivitäten treten lassen und schwergewichtig in den Bereich der Verwaltung verlegt. Dies kann sich jedoch ändern, wenn die Bedarfspläne Stellen ausweisen, die innerhalb der vorgesehenen Fristen nicht besetzt werden können, und wenn die Landesausschüsse Feststellungen über eine Unterversorgung treffen, die zu Zulassungsbeschränkungen führen.

Dr. Muschallik hat vor diesem Gremium in seinem Lagebericht im Dezember 1976 den gesamten Komplex der Bedarfsplanung in der kassenärztlichen Versorgung ausführlich dargestellt, so daß ich Ihnen die Erinnerung an die Vorgeschichte und die Behandlung des Gesetzentwurfes im Gesetzgebungsverfahren ersparen darf.

Im Gegensatz zur ursprünglichen Konzeption des Gesetzgebers kann es, angesichts der Arztlage-

Entwicklung, die heute mit ihren Auswirkungen fast alle Bereiche unserer berufspolitischen Überlegungen beherrscht, nicht mehr darum gehen, eine Situation zu „verplanen“, es geht vielmehr um die Frage, wie die zunehmende Zahl niederlassungswilliger Ärzte sinnvoll in die Planung eingebaut werden kann.

Daß die Krankenkassen – angesichts der Arztlageentwicklung – ähnlich denken, wird deutlich durch den Versuch, bei den Beratungen des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen von Kassenseite auch den Begriff der Überversorgung beziehungsweise die Forderung nach Maßnahmen bei Überversorgung in die Überlegungen einzubeziehen; ein Ansinnen, das von den Ärzten abgelehnt wurde, weil der Begriff der Überversorgung weder im Gesetz enthalten noch überhaupt definierbar ist.

Es muß aber damit gerechnet werden, daß die sogenannte „Überversorgung“ bei der Fortentwicklung der Bedarfsplanungsrichtlinien erneut ins Gespräch gebracht werden wird.

Erst drei Bedarfspläne sind veröffentlicht

Die vom Bundesausschuß für die Bedarfsplanung in der kassenärztlichen Versorgung aufgestellten

*) Die ersten drei Referate wurden in Heft 21/1979 veröffentlicht.