

Redaktion:  
Haedenkampstraße 5  
Postfach 41 02 47, 5000 Köln 41  
Telefon: (02 21) 40 04-1  
Fernschreiber: 8 882.308 daeb d

Verlag und Anzeigenabteilung:  
Dieselstraße 2, Postfach 40 04 40  
5000 Köln 40 (Lövenich)  
Telefon: (0 22 34) 70 11-1  
Fernschreiber: 8 89 168 daev d

# DEUTSCHES ÄRZTEBLATT

Ärztliche Mitteilungen

Herausgeber: Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung

## Überall Plethora (oder: die Ärztenschwemme)

Konsultativtagung 1979  
der Ärzteorganisationen  
deutschsprachiger Länder  
in Feldkirch/Vorarlberg  
mit den Themen:

Ausbildung und Weiter-  
bildung,

Arzneimittellisten,

Altersversorgung,

Gesundheitspolitik.

Gleich zu Beginn – nämlich beim Studieren der Tagesordnung – schnappten die bundesdeutschen Teilnehmer einen für sie neuen Begriff auf: die Schweizer wollten berichten über „Entwicklung der ambulanten Spitalmedizin bei gleichzeitiger *Plethora* in der freien Praxis“. Ob man nun das griechische Fremdwort für „Überfüllung“ oder die Wortschöpfung der deutschen Tagespresse „Ärztenschwemme“ benutzt – zumindest in den, neben Liechtenstein und Luxemburg, großen Teilnehmerländern an diesem jährlichen Informationsaustausch der Ärzteschaften der deutschsprachigen Länder, zu dem diesmal die Ärztekammer für Vorarlberg eingeladen hatte, sieht das Problem fast gleich aus.

Die Bundesrepublik Deutschland bildet bekanntlich bereits fast doppelt so viele Ärzte aus, wie für jeden vernünftigerweise für das Jahr 2000 zu erwartenden Bedarf notwendig wären. Österreich hat jetzt 14 500 Medizinstudenten und zur Zeit (noch) 800 Promotionen jährlich; der Ersatzbedarf beträgt höchstens 450. Die Schweiz zählte im vergangenen Jahr 1100 neudiplomierte Ärzte, das sind dreimal soviel wie vor zehn Jahren. Und für Italien brachte der Sprecher der Ärztekammer für Südtirol den anschaulichen Vergleich: Italien hat mehr Medizinstudenten, als es in den USA Ärzte gibt.

Eine der Folgen kam gleich am Anfang zur Sprache und betrifft ganz direkt die Themenkreise dieser nachbarschaftlichen Konsultationen. Während früher österreichische und schweizerische Ärzte ohne große Schwierigkeiten in der Bundesrepublik Deutschland tätig werden konnten, werden seit November 1978 entsprechende Erlaubnisse nach § 3 der Bundesärzteordnung nur noch Staatsangehörigen der EG-Länder, Stipendiaten der WHO oder des Europarats oder aber im Rahmen von zweiseitigen Austauschprogrammen erteilt. Als Begründung wurde in der entsprechenden Weisung des Auswärtigen Amtes an die ausländischen Vertretungen der Bundesrepublik Deutschland ausdrücklich die Gefahr der bevorstehenden „Ärztenschwemme“ angeführt. Die Bundesärztekammer, die von dieser Neuerung überrascht wurde, bemüht sich darum, für österreichische und Schweizer Ärzte eine Ausnahme von dieser Regelung herbeizuführen, und es gibt einigen Grund für Optimismus. – Zumindest die Schweiz hat in der letzten Zeit die Tätigkeitserlaubnisse für Ärzte aus der Bundesrepublik Deutschland bereits erschwert. ▷

### **Ausbildung und Weiterbildung nicht vermischen**

Zum Themenkreis „Reform der ärztlichen Ausbildung“ referierte zunächst Dr. Jörg-Dietrich Hoppe von der Bundesärztekammer über die neueren Entwicklungen in Deutschland und insbesondere auch über die Diskussionen und Beschlüsse des 82. Deutschen Ärztetages in Nürnberg. Hier und auch bei späteren Tagesordnungspunkten, das heißt bei entsprechenden Referaten über die Verhältnisse in der Schweiz und in Österreich, zeigten sich mehrere Male bemerkenswerte Parallelen. Man konnte fast das Gefühl haben, daß die Nürnberger Diskussion erneuert beginnen oder weitergeführt werden sollte (in Ansätzen, glücklicherweise nur kurz, wurde sogar die innerdeutsche Diskussion fortgesetzt).

Zwar sind die Ausgangspunkte zum Beispiel schon deswegen unterschiedlich, weil es weder in Österreich noch in der Schweiz einen Numerus clausus gibt. Aber im Grunde wirft die heranrollende Ärzteschwemme überall gleiche oder zumindest sehr ähnliche Probleme auf: die Qualität der Ausbildung während des Studiums sinkt; daraus entsteht die Frage, ob am Ende der Ausbildung in Zukunft nur eine eingeschränkte Erlaubnis zur Tätigkeit als Arzt stehen darf; folglich kommt es zum Ruf nach einer Pflichtweiterbildung; und daraus entsteht die Gefahr, auf die insbesondere von deutscher Seite aufmerksam gemacht wurde, daß sich Aus- und Weiterbildung miteinander vermischen. Daneben darf man aber nicht die Probleme der jungen Ärzte übersehen, die nach Abschluß der Ausbildung in Zukunft große Schwierigkeiten haben werden, Weiterbildungsplätze zu finden. In Österreich wird eine umfangreiche Reform der gesamten Weiterbildung geplant. In der Schweiz, wo sich die Weiterbildung nicht auf Universitätskliniken oder Lehrkrankenhäuser beschränkt, gab es bisher genügend

Weiterbildungsstellen, aber das wird sich ändern.

Welche ganz neuen Probleme auftreten können, machte unter anderem ein Schweizer Beitrag klar. Seit der Einführung einer Arbeitslosenversicherung im April 1977 gibt es in der Schweiz einen Anspruch auf Arbeitslosengeld, wenn der Arbeitslose keine „zumutbare Arbeit“ findet. Daraus ergeben sich die Fragen, ob zum Beispiel für einen arbeitslosen Assistenzarzt ein Arbeitsplatz zumutbar ist, mit dem keine Weiterbildungsmöglichkeit verbunden ist, oder ob einem Assistenzarzt die Aufnahme einer Arbeit im Pflegedienst zugemutet werden kann. Hier entstehe die Gefahr, trugen auch Teilnehmer aus anderen Ländern bei, daß das Gehaltsniveau der Assistenzärzte gedrückt wird, daß schließlich wieder von jungen Assistenzärzten erwartet werde, daß sie mehr oder weniger umsonst arbeiten (weil sie ja den Genuß haben, sich weiterzubilden, „weiter bilden“, zu können). Dazu gab es den Hinweis, daß eine Beschäftigung arbeitsloser Ärzte etwa im Pflegedienst der Krankenhäuser auf jeden Fall verhindert werden müsse. Es müsse ganz klar herausgestellt werden, daß Ärzte, die sich im Krankenhaus weiterbilden, eine berufliche Tätigkeit als Arzt ausüben und in erster Linie für die Versorgung der Patienten da sind. Aus diesem Grunde sollte man auch möglichst den Ausdruck „Weiterbildungsstellen“ vermeiden. Es gebe für Ärzte im Krankenhaus eben nur Arbeitsplätze, auf denen – sozusagen unbemerkt, als Nebenprodukt – Weiterbildung vor sich geht.

### **Weiterbildung bei niedergelassenen Ärzten**

Und ebenfalls zu diesem Themenkreis gehörte die von österreichischer Seite aufgeworfene Anregung, daß wohl in Zukunft mehr Möglichkeiten dafür geschaffen werden müssen, zumindest einen Teil der Weiterbildung bei nieder-

gelassenen Ärzten durchführen zu lassen. Dies wirft aber die Probleme der Anstellung von Ärzten durch andere Ärzte auf, wobei die Rechtsgrundlagen, die Finanzierung und Entschädigung, auch die Frage der Vertretung in den Standesorganisationen und schließlich auch die Gesellschaftsformen der Zusammenschlüsse von Ärzten neu untersucht werden müßten. Es ergab sich, daß berufsrechtlich solche persönlichen Anstellungsverhältnisse noch selten und im wesentlichen auch nur mit Genehmigung unter genau definierten Bedingungen möglich sind. Man wird untersuchen müssen, was passiert, wenn etwa „Schmerz“- oder andere Kliniken, die als Krankenhaus firmieren, oder Gruppenpraxen, die sich handelsrechtliche Formen etwa einer GmbH geben, Anstellungsverhältnisse mit jungen Ärzten schließen. Man müsse darauf achten, hieß es, daß bei solchen Entwicklungen nicht das Prinzip der Freiberuflichkeit des Arztes verlorengeht. Man sollte klar unterscheiden, daß die Freiberuflichkeit nichts mit der Ordnung eines Arbeitsverhältnisses im Einzelfalle zu tun hat, sondern daß für den freiberuflichen Charakter die Freiheit der Entscheidung bestimmend bleiben muß, ob man in dem jeweiligen Beruf selbständig tätig werden will oder nicht.

Parallele Entwicklungen zeichneten sich auch zum Thema des Psychotherapeutengesetzes ab, über das von deutscher Seite referiert wurde. Die schweizerischen Ärzte erklärten, sie befänden sich bei diesem Thema in der glücklichen Lage, daß dieser Bereich in die Kompetenz der einzelnen Kantone falle und daß sich im übrigen die Krankenkassen mit Händen und Füßen gegen die Etablierung nichtärztlicher Psychotherapeuten als neuer Heilberuf wehren. In Österreich dagegen bahnt sich eine ähnliche Entwicklung an wie in der Bundesrepublik Deutschland. Zwar gibt es noch keinen Gesetzesentwurf, sondern nur ein Konzept aus dem Bundeskanzleramt. Und

obwohl sich dieses stark an das Ärztegesetz anlehnt, ist es von den betroffenen Verbänden bisher mit überwältigender Mehrheit abgelehnt worden. Es geht auch in Österreich um immerhin einige hundert klinische Psychologen

### Arzneimittellisten

Ebenfalls Parallelen gibt es bei den verschiedenen Arzneimittellisten. In Österreich sind bereits etwa 600 Arzneimittel aus der Verschreibungsliste herausgenommen worden. Nachdem jedoch die Selbstgebühr kürzlich von 6 auf 15 öS heraufgesetzt wurde, tragen die Patienten direkt schon fast ein Viertel der Ausgaben für die verschriebenen Arzneimittel. Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger ist daher nach einem Jahr bereits dabei, die Vorschriften über den Gebührenerlaß für sozial Schwache zu lockern. Im Grundsatz stehen die österreichischen Ärzte der heraufgesetzten Selbstbeteiligung positiv gegenüber.

Die Schweizer hoben hervor, daß sie selbst an der Kommission beteiligt sind, die über die Aufnahme von Arzneimitteln in die Spezialitätenliste des Bundesamtes für Sozialversicherung entscheidet. Diese Liste enthält etwa die Hälfte der registrierten Arzneimittel, also etwa 7000 Präparate. Es ist geplant, den bisherigen zehnpromzentigen Selbstbehalt des Versicherten auf 20 Prozent zu erhöhen, mit einer Höchstgrenze von 400 sfr im Jahr.

### Altersversorgung

Ein völlig unterschiedliches Bild dagegen erbrachte eine Diskussion über die Organisation der Alterssicherung für Ärzte. Am einfachsten sind die Verhältnisse in der Schweiz, in der der Arzt in der staatlichen Rentenversicherung Mitglied ist, 9,4 Prozent seines Einkommens als Beitrag bezahlt und die der Beitragsbemessungsgrenze von 36 000 sfr Jahreseinkommen entsprechende Rente er-

hält. Was darüber hinausgeht, ist völlige Privatsache.

In Österreich sind die Beiträge zur berufsständischen Altersversorgung voll als Betriebsausgaben absetzbar. Nach Äußerungen von Konferenzteilnehmern macht man sich auf der einen Seite Sorgen darüber, wie das dort inzwischen angesammelte „Rentenzusagekapital“ – etwa drei Milliarden öS – vor etwaigen Zugriffen geschützt werden kann. Auf der anderen Seite glaubt man, daß die beruflichen Versorgungswerke einem Arzt keine standesgemäße Altersversorgung geben können. Dazu braucht man eine zweite Rente, die sich bisher viele österreichische Ärzte mit Hilfe einer nebenberuflichen Tätigkeit für den Staat aus der staatlichen Rentenversorgung si-

cherten. Seit Anfang 1979 können aber alle niedergelassenen Ärzte Mitglieder in der staatlichen Pensionsversicherung werden. Die Beiträge dafür sind steuerlich absetzbar. Man hält in Österreich dieses Prinzip für richtig, weil auf diese Weise der Arzt wenigstens etwas von seinen während des Berufslebens gezahlten Steuern zurückbekommt (so gut wie alle Rentenversicherungen werden vom Staat subventioniert). Im Prinzip bestand jedoch Übereinstimmung darüber, daß der Freiberufler danach streben sollte, sich aus seinem eigenen Lebensverdienst seine eigene Altersversorgung zu schaffen – dies gehöre ebenfalls zum Charakter der Freiberuflichkeit.

Neben Informationsaustauschen über Detailfragen – wie zum Beispiel Erfahrungen mit Sonderrezepten für die Verschreibung von Betäubungsmitteln oder mit der Einführung der SI-Einheiten in der Labormedizin – gab es vergleichende Übersichten über gesundheitspolitische Entwicklungen in den verschiedenen Ländern. Österreich konnte Optimistisches berichten über die Entwicklung der Beziehungen zu den Krankenversicherungsträgern. Bei der Weiterentwicklung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes ist es gelungen, in Verhandlungen zwischen Ärztekammern und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger in der Streitfrage der Kassenambulatorien eine Art Waffenstillstand zu erreichen: es bleibt zunächst bei einer Zahl von 19 derartigen Ambulatorien für ganz Österreich, und in den nächsten zehn Jahren kann die Zahl der zugelassenen Kassenärzte jährlich um 2,2 Prozent steigen. Damit sei jedenfalls bis Mitte der achtziger Jahre eine Teillösung des Nachwuchsproblems erreicht worden. Noch offen ist allerdings die Entwicklung der Kassenarzthonorare in den nächsten Jahren.

Wesentlich pessimistischer war der Vertreter der Ärztekammer für

### ... UND IN MEXIKO

#### Ärztenschwemme!

Auch Entwicklungsländer haben das Problem der Ärzteschwemme: In Mexiko hat sich die Zahl der Medizinstudenten von 20 000 im Jahre 1967 auf jetzt 80 000 erhöht – das sind bei 65 Millionen Einwohnern etwa doppelt soviel Studenten wie in den USA. Der Dekan der medizinischen Fakultät der Universität Mexico City hat davor gewarnt, daß die Qualität der medizinischen Ausbildung in Mexiko durch die großen Studentenzahlen immer schlechter werde – es gibt nämlich einfach nicht genug Patienten, und im übrigen gibt es zuwenig Stellen: Im Jahre 1978 wurden 9000 junge Ärzte approbiert, aber nur 2800 fanden eine Arbeit, und auch das zum Teil nur halbtags. Bei diesen Glücklichen handelt es sich durchweg um Fachärzte. Mexiko hat inzwischen doppelt soviel Ärzte wie Krankenschwestern: 60 000 zu 30 000. bt

Südtirol über die Entwicklung in Italien. Das einzig stabile Element in Italien – die Inflation – habe die Gehälter der Krankenhausärzte zusammenschmelzen lassen, die Nachwuchsschwemme führe dazu, daß die Ärzte zu lange im Krankenhaus bleiben, so daß die Stellen für den Nachwuchs blockiert sind und sich die Personalstruktur im Krankenhaus aufbläht, während es aber in den Landgebieten an niedergelassenen Fachärzten mangelt. Auf lange Sicht drohe die Aufsicht über die Krankenhäuser durch die Gemeinden und die Aufsicht über die Ärzte durch die Gewerkschaften, eine Einheitsversicherung, damit ein beamtenähnlicher Status aller Ärzte und somit das Ende der Freiberuflichkeit. Wenn man nicht ein gesamteuropäisches Konzept für die Aufrechterhaltung des freien Arztberufes schaffen könne, entstünde die Gefahr einer „Berliner Mauer“ am Brenner.

Was die Lage speziell in Südtirol kennzeichnet, kam in dem Bonmot zum Ausdruck: Strenge Gesetze gibt es überall in Italien – aber nur in Südtirol werden sie auf deutsche Weise wirklich angewendet!

Es sind manchmal eben auch solche, scheinbar nur hübschen, Formulierungen, die bei einem solchen internationalen Treffen allen Teilnehmern Gewinn bringen können. Ein Beispiel war während einer Diskussion über die gesundheitspolitischen Forschungsprogramme der verschiedenen Regierungen der Satz: „Wenn Forschung nur noch zur Beschaffung politischer Argumente dient, dann ist Zurückhaltung geboten.“ Und viel Beifall fand auch die Feststellung, daß Ärzte in gesundheitspolitischen Auseinandersetzungen bei der Verteidigung einer Position immer dann gute Aussichten haben, wenn man eine Neuerung mit der Begründung ablehnen kann, sie schadet dem Patienten. Geht es aber scheinbar oder wirklich „nur“ um die Briefflasche der Ärzte, dann sind die Aussichten weit schlechter. gb

## Ersatzkassen- Gebührenordnung: Stand 1. Juli 1979

Änderung der vertraglichen  
Bestimmung nach Nr. 4201

Der Bewertungsausschuß nach § 368 i Abs. 8 RVO hat in seiner 6. Sitzung die Leistungslegenden der Nummern 4200 und 4201 des einheitlichen Bewertungsmaßstabes durch Streichung der Worte „des Hämoglobins“ neu formuliert und aus diesem Grunde die Bewertungen geändert. Ab 1. Juli 1979 haben die Nummern 4200 und 4201 folgende Fassung:

4200 Bestimmung der Erythrozyten- und der Leukozytenzahl, ggf. auch des Hämatokrits, einschl. der rechnerisch ermittelten Parameter, mittels mechanisierter Geräte (Teilchenzähler) 5,20

4201 Bestimmung der Erythrozyten- und der Leukozyten- und Thrombozytenzahl, ggf. auch des Hämatokrits, einschl. der rechnerisch ermittelten Parameter, mittels mechanisierter Geräte (Teilchenzähler) 7,80

Die Herausnahme der Hämoglobinbestimmung aus den Leistungslegenden bedingt die Änderung der vertraglichen Bestimmung nach Nr. 4201 in der Fassung der Feststellung Nr. 257 der Arbeitsgemeinschaft gemäß § 19 des Arzt/Ersatzkassenvertrages ebenfalls mit Wirkung ab 1. Juli 1979. Sie lautete in der bis zum 30. Juni 1979 geltenden Fassung:

„Auch bei Verwendung von mechanisierten Geräten, die nach dem Baukastenprinzip zusammengesetzt werden können, ist die Bestimmung des Hämoglobins, der Erythrozyten-, Leukozyten- und ggf. der Thrombozytenzahl und des Hämatokritwertes, einschl. der rechnerisch ermittelten Parameter insgesamt nach der Nr. 4200 bzw. 4201 abzurechnen.“

Die Arbeitsgemeinschaft gemäß § 19 des Arzt/Ersatzkassenvertrages hat in ihrer 72. Sitzung am 18./19. Juli 1979 diese vertragliche Bestimmung an die neu gefaßten Leistungslegenden der Nummern 4200 und 4201 E-GO angepaßt und rückwirkend ab 1. Juli 1979 in Kraft gesetzt.

Diese vertragliche Bestimmung lautet nunmehr wie folgt:

„Auch bei Verwendung von mechanisierten Geräten, die nach dem Baukastenprinzip zusammengesetzt werden können, ist die Bestimmung der Erythrozyten-, Leukozyten- und ggf. der Thrombozytenzahl und des Hämatokritwertes insgesamt nach der Nr. 4200 bzw. 4201 abzurechnen.“

Die Hämoglobinbestimmung ist somit ab 1. Juli 1979 nach der Nr. 3625 E-GO gesondert berechnungsfähig, sei sie mittels eines mechanisierten Gerätes oder mittels quantitativer physikalischer bzw. chemischer Messung bestimmt worden. Damit ist der bisherige Ausschluß der Ansatzfähigkeit der Nr. 3625 E-GO neben den Nrn. 4200 und 4201 E-GO entfallen.

Der Beschluß der Arbeitsgemeinschaft ist unter „Bekanntmachungen“ auf Seite 2061 dieser Ausgabe veröffentlicht. K/KBV

## In einem Satz

**Verweildauer** – Die durchschnittliche Verweildauer bei Entbindungen in Krankenanstalten betrug 1977 9,4 Tage (durchschnittliche Verweildauer in Akut- und Sonderkrankenhäusern: 20,8 Tage).

**Versorgungswerke** – Der Arbeitsgemeinschaft Berufsständischer Versorgungswerke, München (Geschäftsstelle: Bayerische Ärztesversorgung), die im Januar 1979 gegründet worden war, gehören bereits 31 Versorgungswerke an. DÄ