

AUS DEN BUNDESLÄNDERN

SCHLESWIG-HOLSTEIN

Kassenärzte finanzieren Weiterbildung zum Allgemeinarzt

Die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein will die Weiterbildung in freier Praxis zum Arzt für Allgemeinmedizin für jeweils ein Jahr finanzieren.

Die Abgeordnetenversammlung der KV beschloß in Bad Segeberg, die dafür erforderlichen Mittel bereitzustellen.

Einhundert in freier Praxis tätige Weiterbildungsermächtigte Ärzte sollen einen monatlichen Zuschuß von je 3000 DM erhalten, wenn sie einen Assistenten aufnehmen, der sich zum Arzt für Allgemeinmedizin weiterbildet und der vorher bereits zweieinhalb Jahre klinisch tätig war.

Voraussetzung für diese Finanzhilfe ist, daß eine Vergütung für den Weiterbildungsassistenten analog den Regelungen im Krankenhaus gezahlt wird.

Nach Darstellung der Pressestelle der KV Schleswig-Holstein steht diese Maßnahme auch im Zusammenhang mit den Auswirkungen des EG-Rechts auf die Zulassung zur Kassenpraxis, die ab Juni 1980 in der Bundesrepublik wirksam werden.

Wenn alle hundert Stellen mit Assistenten besetzt werden können, beträgt der Finanzbedarf dafür 3,6 Millionen DM jährlich.

Die Finanzierung erfolgt als Gemeinschaftsaufgabe im Rahmen des Sicherstellungsauftrages, für die bei der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein seit 1973 ein Statut besteht.

Der Beschluß gilt zunächst für zwei Jahre. Die Kassenärztliche Vereinigung hofft, daß eine genügende Zahl von Assistenten und weiterbildungsberechtigten Ärzten von diesem Angebot Gebrauch

machen wird, wobei als letztere neben den Allgemeinärzten auch Internisten, Chirurgen, Frauenärzte und Kinderärzte in Frage kommen. KV-SH

BAYERN

Freiwillige Fortbildungsnachweise

Auf den Erfahrungen der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz aufbauend will die Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung im kommenden Winter eine Testbogen-Aktion „Selbstüberprüfung des Wissensstandes“ durchführen. Der Testbogen befaßt sich ausschließlich mit notfallmedizinischen Fragen, die seit über zwei Jahren in einer Fortbildungsbeilage zum Bayerischen Ärzteblatt behandelt werden. Der Testbogen kann freiwillig und anonym ausgefüllt und an die Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung zurückgeschickt werden.

Abgesehen davon, daß der Testbogen nach Ansicht der Akademie selbst bereits eine Art von Fortbildungsmethode darstellt – weil der Arzt sein Wissen überprüfen kann und bei der Bearbeitung möglicherweise Anregungen für weitere individuelle Fortbildungsschritte entstehen –, verfolgt die Landesärztekammer mit dieser Aktion den Zweck, eine Meinungsbildung bei der Ärzteschaft Bayerns herbeizuführen, ob als Fortbildungsdokumentation ein Testbogen oder eine Testkarte bevorzugt wird. Deshalb wird allen niedergelassenen Ärzten in Bayern mit den Quartalsmitteilungen der KV-Betriebsstellen auch eine Testkarte übersandt, in der Ort, Zeit und Thema von Veranstaltungen eingetragen werden können, an denen der Arzt teilgenommen hat. Die anderen Ärzte können eine Testkarte direkt bei der Bayerischen Landesärztekammer anfordern; sie wird außerdem zusammen mit dem Testbogen dem Bayerischen Ärzteblatt beigelegt. EB

AUS EUROPA

EG-Richtlinien „Ärzte“ drei Jahre in Kraft

Am 20. Dezember 1979 ist es drei Jahre her, daß die vom Ministerrat der Europäischen Gemeinschaften verabschiedeten „Richtlinien über die Niederlassungsfreiheit und die gegenseitige Anerkennung der Diplome“ wirksam geworden sind. Dieses Datum scheint Grund genug dafür zu sein, Bilanz zu ziehen, wenngleich die Zeit noch nicht sehr lang ist.

Sie kann sich am ehesten an der Wanderungsbewegung von Ärzten orientieren, die auf der Basis dieser Richtlinien in den vergangenen Jahren stattgefunden hat. Die bisher bekanntgewordenen statistischen Daten leiden allerdings darunter, daß einige Staaten die entsprechenden Unterlagen immer erst verspätet zur Verfügung stellen. Dies gilt für Irland, die Niederlande und die Bundesrepublik sowie mit einer gewissen Verzögerung auch für Luxemburg. Die folgende Übersicht beruht daher auf Angaben vom 1. Oktober 1979, für Luxemburg vom 1. Juni 1979 und bezieht sich für Irland, die Niederlande und die Bundesrepublik auf den Jahreswechsel 1978/79. In diesen Zahlen sind neben EG-Ausländern auch diejenigen Staatsangehörigen des betreffenden Landes enthalten, die ihre Ausbildung zum Arzt in einem der anderen Mitgliedsstaaten der EG absolviert haben.

Als Ergebnis ist festzustellen, daß seit Dezember 1976 in Belgien 95, in Dänemark 26, in Frankreich 174, in Großbritannien 284, in Irland 5, in Italien 26, in Luxemburg 26 und in den Niederlanden 296, davon 206 mit begrenzter Erlaubnis, und in der Bundesrepublik 272 Kollegen Nutznießer der EG-Richtlinien geworden sind.

Nach der Zahl der in ein anderes EG-Land übersiedelnden Ärzte liegen die Niederlande vor Großbritannien und der Bundesrepublik. Dabei ist allerdings zu berücksich-

tigen, daß der Erhebungszeitraum der Bundesrepublik um neun Monate gegenüber denen aus Holland und England nachhinkt und in den Niederlanden zwei Dritteln der ausländischen Ärzte nur eine beschränkte Erlaubnis zur Ausübung des ärztlichen Berufs erteilt worden ist. Bemerkenswert erscheint auch, daß die Zahl der Ärzte, welche nach Italien übersiedelten, praktisch nur 10 Prozent der Wanderung in die anderen großen EG-Länder Frankreich, Großbritannien und die Bundesrepublik beträgt. Dies mag daran liegen, daß das Gesetz, mit welchem die EG-Richtlinien für Italien übernommen wurden, zunächst fast zwei Jahre auf sich warten ließ. Zum anderen ist es aber sicher auch darauf zurückzuführen, daß die Behandlung derartiger Anträge in Italien sehr schleppend erfolgt.

Die in Großbritannien abzulegende Sprachprüfung, welche innerhalb der sechsmonatigen Dauer der „vorläufigen Registrierung“ nachzuweisen ist – eine derartige Sprachprüfung steht im Widerspruch zu den EG-Richtlinien –, hat sich bisher nicht als Hinderungsgrund erwiesen. Eine Aufgliederung der 1186 Ärzte, die in einem anderen Mitgliedsstaat der EG als ihrem Heimatland tätig geworden sind, ergibt, daß 296 Engländer, 215 Italiener, 200 Belgier, 157 Deutsche, 109 Franzosen, 109 Niederländer, 43 Luxemburger, 31 Dänen und 26 Iren ihr Heimatland verließen, um den ärztlichen Beruf in einem anderen Staat auszuüben. Über daraus abzuleitende Rückschlüsse könnte eine ausgiebige Diskussion geführt werden.

Um konkrete Vergleichsmöglichkeiten zu schaffen, erscheint es dringend erforderlich, daß die zuständigen Behörden aller Staaten die entsprechenden Unterlagen zum gleichen Datum erstellen. Der Beratende Ausschuss der Europäischen Kommission sollte es sich zur Aufgabe machen, dafür Sorge zu tragen, daß optimale Informationen publiziert werden. uer

Das „erstklassige“ Ärztehaus

Kooperation im Gesundheitswesen bleibt ein wichtiges Thema. In einem Gutachten, das Prof. Dr. Ernst Gerth, Ordinarius für Betriebswirtschaftslehre an der Universität Göttingen, im Auftrag einer privaten gewerblichen Ärztehaus-Planungsgruppe jetzt abschloß, wird mit Prognosedaten des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (ZI) und des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen (WIdO) ein Bild künftiger ambulanter Versorgung gezeichnet*). Danach werden die Ärzte künftig zwar mehr Zeit für ihre Patienten haben, ihre Praxiskosten aber werden steigen, und Leistungsangebote, die Kapital erfordern, müßten zurückgehen. Der Zusammenschluß ärztlicher Praxen könnte diesen ungünstigen Konsequenzen der zu erwartenden „Ärztenschwemme“ entgegenwirken. Diese Annahme wird von anderen Experten geteilt. Sie ist Grundlage des Gutachtens.

Dem Tableau künftiger Versorgung folgt eine Darstellung heute üblicher Gruppenpraxisformen. Es wird aber nicht untersucht, welche Rolle diese Praxisformen in diesem Bild zukünftiger kassenärztlicher Versorgung haben. Es interessiert, ob die Nachfolgemeinschaft einen Beitrag zu den Problemen mangelnder Weiterbildungsmöglichkeiten leisten kann.

Ist die *Praxisklinik* tatsächlich ein akzeptabler Ersatz für kleinere Krankenhäuser? Auf diese Fragen geht der Gutachter leider nicht ein. Er ist der Meinung, daß der Arzt die Wahl zwischen den Formen der Niederlassung nicht kompetent treffen könne, da er „sei-

ne persönlichkeitsbedingten Möglichkeiten und Grenzen kollegialer Zusammenarbeit noch nicht erfahren“ habe. Da bietet sich das Ärztehaus an, welches „prinzipiell keine Festlegungen verlangt, zu denen er aufgrund Informations- und Erfahrungsmangels noch nicht fähig ist“.

Auf der anderen Seite soll nun gerade beim Ärztehaus ein enormer Informations- und Erfahrungsmangel bestehen, der nur durch die Heranziehung einer Ärztehaus-Planungsgruppe ausgeglichen werden kann, die ihrerseits nachweislich schon mehrmals Ärztehäuser teammäßig initiiert, geplant und realisiert hat. Der scheinbare Widerspruch löst sich dadurch auf, daß es Aufgabe dieser Planungsgruppe ist, demjenigen, der sich – gruppenerfahren oder nicht, Arzt oder Nichtarzt – für das Ärztehaus entschieden hat, sämtliche Optionen freizuhalten und darüber hinaus einen gewinnträchtigen Wiederausstieg zu ermöglichen.

Der umfangreichere Teil des Gutachtens widmet sich der Frage, unter welchen Umständen und mit welchen Maßnahmen das Ärztehaus zu einem günstigen Investitionsobjekt wird. Das „Bauherrenmodell“ wird vorgeschlagen und durchgerechnet. Es wird diskutiert, unter welchen Umständen es günstig ist, den mietenden Ärzten die Kaufoption einzuräumen. Aufgabe der Planungsgruppe ist es, die Sicherheit der Immobilie, den Monopolvorteil einer erstklassigen Innenstadtlage, die Steigerungsfähigkeit der Rendite (Miete) infolge freiberuflicher oder gewerblicher Nutzung, leichte Verwaltbarkeit zu gewährleisten, und dieses alles bei stets guter Veräußerungsmöglichkeit!

Für den Arzt wäre damit immerhin erreicht, daß er sich mit dem Einstieg in das Ärztehaus nicht festlegt. Für diesen Vorteil muß er, damit das Modell kapitalmäßig flexibel zu handhaben bleibt, einige Bedingungen eingehen: ▷

*) Prof. Dr. Ernst Gerth, Das Ärztehaus in ökonomischer Sicht, Wissenschaftliches Gutachten für eine Planungsgruppe Ärztehaus in Düsseldorf, Göttingen April 1979, 169 Seiten