

Weiterbildung und Ausbildung

Gesundheitswesen ist. Dafür benötigt der Arzt eine spezifische Weiterbildung und Qualifikation wie jeder andere Gebietsarzt auch, nicht mehr, aber auch kein Jota weniger. Wer heute noch glaubt, diese Tätigkeit könne jeder approbierte Arzt auch ohne Qualifikation ausüben, hat entweder diese Entwicklung nicht begriffen, oder den Sinn für die Wirklichkeit von heute verloren. Zurückdrehen läßt sich auch dieses Rad der Geschichte nicht mehr.

Warum jetzt?

Bleibt die Frage zu beantworten, weshalb jetzt die Konsequenz aus der Entwicklung und dem Stand der Allgemeinmedizin heute gezogen werden soll. Weshalb geht man nicht schrittweise vor, also der Empfehlung der Konzierten Aktion folgend, und eine zunächst zweijährige Vorbereitungszeit zur kassenärztlichen Tätigkeit akzeptieren? Später könnte man ja dann vielleicht vier Jahre vorsehen, also klugerweise nicht Unmögliches, sondern Realisierbares fordern?

Die Änderung der Zulassungsordnung muß jetzt erfolgen, damit sie zum 1. Januar 1980 in Kraft treten kann. Wenn sie lediglich eine zweijährige Vorbereitungszeit vorsieht, bedeutet dies, daß diese Bestimmung tatsächlich nur für den künftigen Allgemein-Arzt in Frage kommt. Der Gebietsarzt alter Art hat ja nach der Weiterbildungsordnung ohnedies eine viel längere praktische klinische Weiterbildung (für ihn käme allenfalls noch eine sicher kurzfristige Tätigkeit in einer Kassenpraxis zusätzlich in Frage). Mit anderen Worten: Die bisherige Weiterbildungszeit für den Allgemeinarzt würde de facto auf eine zweijährige Vorbereitungszeit für den kassenärztlich tätigen praktischen Arzt reduziert. Der weitergebildete Allgemeinarzt wäre damit im Gesundheitswesen eliminiert; wir könnten ihn von da ab vergessen und ihn aus der ärztlichen Weiterbildungsordnung streichen. Denn wer sollte dann noch so töricht sein, vier Jahre seines Lebens für etwas zu verwenden,

was er mit genau den gleichen Folgen auch in zwei Jahren erreichen kann?

Die Analyse der Zulassungen in den letzten Jahren bestätigt ja diese Folgen heute schon: Von zehn neu zur kassenärztlichen Tätigkeit zugelassenen praktischen Ärzte haben zwei die Weiterbildung als Allgemeinarzt; drei bis vier sind ganz oder teilweise weitergebildete Gebietsärzte anderer Art, und der Rest sind Praktiker mit nichtadäquater oder so gut wie keiner Weiterbildung, weil eben in der Wirklichkeit der Kassenpraxis der Status des Allgemeinarztes bis heute nicht dem Status eines anderen Gebietsarztes entspricht.

Dieser Zustand würde also durch die Realisierung der Empfehlung der Konzierten Aktion legalisiert und verewigt. Gibt es dafür eine Begründung unter dem Gesichtspunkt, daß die ärztliche Versorgung der Bevölkerung qualitativ optimal und wirtschaftlich tragbar sein und bleiben muß? Gibt es dafür eine Begründung unter dem Gesichtspunkt, daß die ärztliche Versorgung der Bevölkerung qualitativ optimal und wirtschaftlich tragbar sein und bleiben muß? Gibt es dafür eine Begründung unter dem Gesichtspunkt, daß der qualifizierte Allgemeinarzt in Zukunft die Basisversorgung der Bevölkerung noch mehr sicherstellen muß als heute, daß ihn der Patient noch viel dringender benötigen wird als heute schon? Ist man blind für die Entwicklung in den USA und anderen europäischen Ländern, in denen man alles tut, um dem qualifizierten Allgemeinarzt wieder eine ausreichende Zahl von Nachfolgern zu sichern? Sollte hier das genaue Gegenteil eingeleitet werden?

Heute, bei der Neuordnung der Zulassungsordnung, werden die Weichen in die Zukunft gestellt. Viele Wege im Gesundheitswesen und im Bereich der Sozialpolitik sind Einbahnstraßen. Es gibt aus ihnen kein Zurück. Die Entscheidung für oder gegen meinen Vorschlag ist eine politische Entscheidung, nicht nur eine berufspolitische. Auch die zuständigen Gremien der Ärzteschaft müs-

sen sich im klaren darüber sein, was auf dem Spiele steht. Und was Vorrang hat: Das Interesse der Bevölkerung an qualifizierten Ärzten, an einem hohen Standard ihrer ärztlichen Versorgung. Oder aber der Versuch, eine Lücke im Zugang zur kassenärztlichen Tätigkeit offenzulassen, wodurch diejenigen in die ambulante ärztliche Versorgung einziehen können, die dem Standard einer qualifizierten allgemeinärztlichen Tätigkeit nicht entsprechen.

Wenn der zuständige Bundesminister den Mut zu einer solchen Entscheidung haben sollte – und dies auch vor der Bevölkerung vertreten muß –, so sollten doch die Sachverständigen in diesem Bereich, nämlich wir Ärzte, ihm nicht dafür auch noch Rückendeckung geben.

Die Rechtfertigung für unser Handeln bedeutet – und damit begann ich – Rückführung auf Gründe, die selbst nicht mehr begründet werden müssen, nämlich auf Prinzipien.

Anschrift des Verfassers:
Prof. Dr. med. Siegfried Häußler
Jahnstraße 30 (Haus der Ärzte)
7000 Stuttgart 70

Prinzipien?

Ulrich Kanzow

Professor Häußler hat für seine Darstellung einen suggestiven Titel gewählt, als ginge es darum, ob die kassenärztliche Versorgung in Zukunft mit oder ohne Allgemeinärzte erfolgen soll. Seine in dem Ärzte-tagsantrag formulierte Forderung läuft doch aber darauf hinaus, den praktischen Arzt zu eliminieren. – Wir wollen uns aber nicht mit der Überschrift, sondern mit dem Inhalt seiner Darstellung beschäftigen. Sie fordert zum Widerspruch heraus!

Damit wird die Diskussion über einen Antrag fortgesetzt, der am 4./5. November 1978 anlässlich des 81.

Ärztetages, 2. Teil, die Wogen hochgehen ließ und dann nur mit knapper Mehrheit von 99 gegen 94 Stimmen abgelehnt wurde. In Zukunft nur noch weitergebildete Ärzte zur kassenärztlichen Tätigkeit zuzulassen, hielt fast die Hälfte der Delegierten für eine berechtigte Forderung! Würde die Zulassungs-Ordnung in diesem Sinne geändert, dann müßte künftig jeder Arzt nach der Approbation eine mindestens vierjährige Weiterbildung ableisten – und dies nur oder doch im wesentlichen im Krankenhaus –, bevor er die Chance zu freiberuflicher (kassen-)ärztlicher Betätigung erhält.

Zum Glück unterlag Häußler – diesmal noch?! Weil er es aber versteht – wie ihm Frau Hedda Heuser in der Diskussion bescheinigte –, in die Mitte des Gemüts zu plädieren, wird er beim nächsten Anlauf möglicherweise die noch fehlenden Stimmen für seinen Antrag hinzugewinnen, besonders dann, wenn unter den Ärzten die Existenzangst wachsen und der noch unterschwellige Verteilungskampf härter werden sollte. Wir haben es also mit einer „politischen Situation“ zu tun! Um künftigen Fehlentscheidungen vorzubeugen und um falsche Entwicklungen zu vermeiden, wird man gut daran tun, den Häußlerschen Antrag und die Begründung genau zu lesen und mit sehr kühlem Kopf zu durchdenken.

Führen wir also die Überlegungen auf „Prinzipien“ zurück, so wie Häußler es geraten hat:

① Grundlage der beruflichen Tätigkeit des Arztes ist die Approbation. Damit wird das Recht zur Ausübung der Heilkunde am Menschen erteilt. Umfang und Ausmaß der nun erlaubten Tätigkeit haben sich nach den Regeln der ärztlichen Kunst zu richten, wobei der einzelne Arzt in stets kritischer Überprüfung seiner diagnostischen und therapeutischen Fähigkeiten die Grenzen seines Handelns selbst bestimmt. Soll die Approbation zum Arzt einen Sinn haben und behalten, dann kann sie nur dann erteilt werden, wenn zu diesem Zeitpunkt das durch Ausbil-

dung vermittelte Wissen und Können für die Tätigkeit des Arztes ausreichen.

② Der approbierte Arzt besitzt de jure die Möglichkeit zu uneingeschränkter ärztlicher Betätigung. Er ist „Arzt“ – oder, wenn er Sprechstunden abhält: praktizierender (= prakt.) Arzt. So hat es sich in nun gut 100jähriger Arztgeschichte entwickelt. Wenn diese Titulatur auch kein „Prinzip sensu strictu“ darstellt, dann spiegelt sie doch Tradition!

③ Die Entwicklung der medizinischen Wissenschaft und Technik hat Spezialisierung erzwungen. Dabei ging die Entwicklung – wie fast überall in der Natur, aber auch in den menschlichen Planungen und Organisationen – vom Allgemeinen zum Besonderen, vom umfassenden Handeln zu spezieller Verrichtung. Dies ist ein „Prinzip“ vernünftiger Strukturierung!

Spezielles hebt aber Allgemeines nicht auf und Allgemeines kann nur zum Speziellen werden, wenn es auf essentielle Eigenschaften verzichtet. Seit 20 Jahren verfolgen diese immer wieder beiseite geschobenen Überlegungen die Diskussion um den Weiterbestand des praktischen Arztes, seine Einordnung in das Konzert ärztlicher Tätigkeiten, seine Erhöhung aus selbst eingeredeter Erniedrigung. Dabei wurde der „Allgemeinarzt“ als Quasi-Facharzt geboren (ein neuer, starker Ast am sich verzweigenden Stamm des Leitbildes des Arztes), der „Facharzt“ aber zum „Arzt für...“ gewandelt (erniedrigt?), der Weiterbildungsgang in fast allen ärztlichen Spezialitäten (= Gebieten) über internationales Maß hinaus verlängert. – Dennoch ist auf den Gefilden berufspolitischer Gruppen-Auseinandersetzungen der ersehnte Friede nicht eingekehrt.

Nun soll auch der traditionsreiche Arzt (sive: prakt. Arzt) auf dem Altar berufspolitischer Flurbereinigung geopfert werden – und dies der Prinzipien wegen!

Welches sind denn nun die Häußlerschen Gründe, die als Prinzipien in

in sich selbst ruhend „nicht mehr begründet werden müssen“?

Häußler deduziert, die Kompetenzabgrenzung der Ärzte erfolge durch die Weiterbildungs-Ordnung, womit dem Internisten nur noch Tätigwerden in der Inneren Medizin, dem Chirurgen nur noch in der Chirurgie erlaubt sei; und dies gelte für den Allgemeinarzt gleichermaßen. Wo finden wir hier die Grenzen vom Ganz-Allgemeinen des approbierten Arztes zum Speziell-Allgemeinen? – Soweit ich die Geschichte unseres Berufes übersehe, hat noch nie ein Chirurg oder Internist oder Kinderarzt aus der von Häußler bemühten Ordnung die Schlußfolgerung gezogen, es dürfe fortan ein praktischer Arzt internistische oder chirurgische oder pädiatrische Erkrankungen im Rahmen seiner Möglichkeiten nicht mehr diagnostizieren und therapieren. Zu dieser durch kein Prinzip – allenfalls durch Trugschluß – begründbaren Konsequenz kommt Häußler aber, wenn er den approbierten Arzt als praktischen Arzt (oder wie immer man ihn bezeichnen mag) aus dem Spektrum ärztlicher Betätigungsmöglichkeiten herauskatapultieren will. Es ist also ein Scheinargument (mitten ins Gemüt!), wenn behauptet wird, Prinzipien der Berufsordnung verlangten danach, den Allgemeinarzt in Zukunft vor der Konkurrenz durch den praktischen Arzt zu schützen.

Dies liefe auf einen Prinzipien-Mißbrauch hinaus und nützte – von einer allenfalls kurzen Atempause abgesehen – wohl niemandem!

Von den prinzipiellen Einwänden gegen den Häußlerschen Antrag sei noch der aus dem EG-Recht abzuleitende Grundsatz der Gleichbehandlung erwähnt. Darauf braucht hier nicht eingegangen zu werden.

Ich will auch die von Häußler vorgebrachten Überlegungen zum Tarifrecht an dieser Stelle außer Betracht lassen, weil sie unter wichtigen pragmatischen Gesichtspunkten eintreten, aber sicherlich nicht den wesentlichsten Einwand gegen seinen Antrag beinhalten. ▷

Ausbildung und Weiterbildung

Häußlers Antrag zielt auf

- ① Schwachstellen in der Ausbildung zum Arzt und
- ② auf kommende Gefahren für die Ärzteschaft und die Bevölkerung, die aus der Überfüllung des Berufes erwartet werden müssen.

Die Mängel in der Ausbildung angehender Ärzte müssen vor der Approbation, also im und durch besseren Ablauf des Studiums einschließlich der darin enthaltenen praktischen Ausbildung beseitigt werden. Ziel des Studiums muß der praxisbezogene und dazu fähige Arzt sein.

Die nachdrängende große Zahl junger Ärzte kann nicht durch Manipulationen an der Berufs- oder Zulassungsordnung von beruflicher Betätigung als Arzt ferngehalten werden. Wer das glaubt, läßt jeden Sinn für die explosive Gewalt vielfältig enttäuschter Hoffnungen und die politischen Konsequenzen vermissen. Hier müssen andere Planungen einsetzen, die redlich jedem eine gerechte Chance geben.

Da weder in den Krankenhäusern noch in der außerstationären ärztlichen Versorgung die vorausberechnete große Zahl nachrückender Ärzte in unserem Lande benötigt werden wird, zu viele Ärzte zudem für eine Gemeinschaft risikoreicher sind als etwas zu wenige, sollte der Not in großen Teilen der Welt gedacht und eine genügende Zahl gut ausgebildeter junger deutscher Ärzte für die Erfüllung ärztlicher Aufgaben in den sogenannten Entwicklungsländern vorbereitet werden. Sie sollen aber nicht als „Verstoßene“ dorthin gehen müssen! – Wenn uns ein solcher Plan gelingt, wird einigen Prinzipien der praktischen Vernunft und auch der Moral zum Erfolg verholphen!

Anschrift des Verfassers:
Prof. Dr. med. Ulrich Kanzow
Rheinstraße 50
5650 Solingen-Ohligs

BRIEFE AN DIE REDAKTION

CLOFIBRAT

Zu den Umständen, unter denen das Bundesgesundheitsamt (BGA) das „Clofibratverbot“ aussprach; Zunächst Auszüge aus einem Offenen Brief, dann aus einem Brief an das Bundesgesundheitsblatt:

Miese Informationspolitik

... Ohne den berufsständigen Organisationen Zeit zu lassen, die Mitglieder über erkannte Gefahren bei Arzneimitteln zu informieren und damit eine sachgerechte Beratung der Patienten zu ermöglichen, werden in unverständlicher Eile Pressemeldungen herausgegeben. Die erhebliche und unnötige Verängstigung der Bevölkerung drückt sich in Anfragen bei Arzt und Apotheker aus. Vielleicht wäre es ratsam, daß Sie [gemeint ist die Pressestelle des BGA; die Red.] und Ihre Mitarbeiter die Auswirkungen der Pressemitteilungen einmal in der Praxis studieren würden, um zu erkennen, welche tiefgreifende Auswirkung negativer Art durch eine solche Information entsteht.

Zur Begründung unserer Beschwerde sei das Beispiel „Clofibrat“ angeführt:

Am 14. Dezember 1978 fand eine Ad-hoc-Sitzung statt. ... Unseres Wissens fällt auf dieser Sitzung keine endgültige Entscheidung. Da diese Sitzungen vereinbarungsgemäß vertraulich sind, wäre auch bei einer Beschlußfassung eine Unterrichtung der Fachkreise nicht möglich gewesen. Am 18. Dezember 1978 teilt das BGA in einem kurzen Telefonat um 16 Uhr dem Arzneimittelbüro der Apotheker mit, daß die Zulassung der clofibrathaltigen Präparate zum 15. Januar 1979 zurückgenommen werde. *Gleichzeitig* veranstalten Sie eine Pressekonferenz.

Entgegen der telefonischen Aussage einer Ihrer Mitarbeiterinnen kann von einem Informationsvorsprung unserer Standesorganisation doch wohl nicht geredet werden. Bereits am 18. Dezember 1978 in den

Abendausgaben und am 19. Dezember 1978 bundesweit wird die Meldung unter zum Teil reißerischer Aufmachung gebracht.

So bleibt festzustellen, daß unter Umgehung sämtlicher in der Praxis Beteiligten eine Informationspolitik seitens des BGA betrieben wird, die im hohen Maße zur Verunsicherung der Patienten beiträgt. Wir brauchen Ihnen wohl nicht zu sagen, daß innerhalb der betroffenen Berufsstände eine Verärgerung eingetreten ist, die einer erwünschten guten Zusammenarbeit im Wege steht.

Es ist äußerst bedauerlich, wieviel Vertrauen dabei zerstört wird, wobei die Gründe für ein solches Vorgehen des BGA gesondert zu diskutieren wären.

Wuppertaler Apothekerverein e. V.
Heckinghauser Straße 54
5600 Wuppertal 2



Der Arzt ist bei seiner Verordnungsweise gehalten, von gleichartig wirkenden Arzneimitteln „unter Berücksichtigung der Qualität“ das in Form und Menge wirtschaftlichste auszuwählen. Wie schwierig es ist, die Qualität eines Arzneimittels festzulegen, wird am Beispiel des spektakulären kurzfristig zum 15. Januar 1979 ausgesprochenen Clofibratverbots erneut deutlich.

Von Seiten des anordnenden Bundesgesundheitsamts war bis Jahresende 1978 weder über das Bundesgesundheitsblatt noch auf einem anderen bis zum letzten Landarzt durchgehenden Weg eine offizielle Bestätigung erschienen, so daß der durch die Laienpresse alarmierte Verordner auf die Mitteilungen einzelner Firmen der pharmazeutischen Industrie angewiesen blieb, die offensichtlich qualitäts- und verantwortungsbewußt gehandelt haben. Wie will man solches Tun in Transparenzlisten bewerten?

Dr. med. Peter Hildebrandt
Feldstraße 20
3155 Edemissen 9

