

Allgemeinmedizin

Bei mehr als 12 000 Studienanfängern und einem nicht nennenswerten „Schwund“ während des Studiums (Studienabbrecher und Herausgeprüfte werden durch Quereinsteiger ersetzt) sind an die 12 000 approbierte junge Ärzte pro Jahr zu erwarten. Sie unterzubringen, das geben die Stellenpläne nicht her.

Es ist daher keine bloße Zweckpropaganda niedergelassener Ärzte, wenn sie befürchten, der überschüssige Teil dieser Ärzte werde, wenn das Niederlassungsrecht unverändert bleibt, notfalls auch ohne Weiterbildung in die freie Praxis strömen: als praktische Ärzte; denn das wäre für diese Ärzte die einzige Möglichkeit, sich niederzulassen.

Noch ist die Lage nicht so ernst. Sie könnte es aber in wenigen Jahren werden. Bisher bevorzugen junge Ärzte noch die Spezialisierung und nicht die Allgemeinmedizin. So ist das schon seit Jahren. Das DEUTSCHE ÄRZTEBLATT hat unlängst mit Hilfe des Meinungsforschungsinstitutes „Infratest“ herauszufinden versucht, was niedergelassene Ärzte selbst als Hinderungsgründe für eine Niederlassung in der Allgemeinmedizin (ob als Allgemeinmediziner oder praktischer Arzt) ansehen (detailliert veröffentlicht in Heft 17/1981, Seite 799). Befragt wurde eine repräsentative Gruppe niedergelassener Ärzte für Allgemeinmedizin/praktischer Ärzte und Internisten. Der wichtigste Grund für das bisher relativ geringe Interesse an einer Niederlassung als Allgemeinarzt ist nach Auffassung der Befragten:

► Die hohe Arbeitsbelastung und zeitliche Inanspruchnahme („zuviel Arbeit, keine 40-Stunden-Woche“). Diese Ursache nennen 29 Prozent der befragten Ärzte.

► Die hohen fachlichen Anforderungen („Umfang des benötigten Fachwissens“). Diesen Grund sehen 18 Prozent der Ärzte relativ häufig (27 Prozent der Internisten,

Ärztetage: Weiterbildung für Allgemeinärzte

1961: Der 64. Deutsche Ärztetag in Wiesbaden faßt auf Antrag von Dr. Jungmann einen Beschluß, der darauf abzielt, eine Weiterbildung zum „praktischen Arzt“ in die Berufsordnung aufzunehmen.

1962: Der 65. Deutsche Ärztetag in Norderney folgt diesem Beschluß und schlägt, beantragt vom Vorstand der Bundesärztekammer, eine Weiterbildung von drei Jahren für den „praktischen Arzt“ vor.

1968: Der 71. Deutsche Ärztetag in Wiesbaden verabschiedet eine völlig neue Facharztordnung; sie heißt von da ab „Weiterbildungsordnung“, da in ihr nicht nur die Weiterbildung für „Fachärzte“, sondern auch erstmals für den „Arzt für Allgemeinmedizin“ geregelt wird. Vorgeschrieben wird eine Weiterbildungsdauer für „Allgemeinärzte“ von vier Jahren; während einer Übergangszeit können auch „praktische Ärzte“, die mindestens zehn Jahre niedergelassen waren, oder Ärzte mit mindestens drei Jahren klinischer Erfahrung den neugeschaffenen Titel erwerben.

1972: Der 75. Deutsche Ärztetag in Westerland beschließt, dem „Facharzt“ die Vorsilbe „Fach“ zu nehmen und künftig einheitlich für „Allgemeinärzte“ und „Fachärzte“ nur mehr die Bezeichnung „Arzt für . . .“ zuzulassen. Die Umsetzung dieser Ärztetagsempfehlung in das Satzungsrecht der Kammern wird durch das „Facharzturteil“ des Bundesverfassungsgerichts, ebenfalls aus 1972, gestoppt. Die Bundesländer werden verpflichtet, die „statusbildenden Normen“ gesetzlich zu regeln. Den Ärztekammern bleibt die Aufgabe, den Gesetzesrahmen durch ihre Weiterbildungsordnungen auszufüllen.

1976: Der 79. Deutsche Ärztetag in Düsseldorf verabschiedet eine neue Weiterbildungsordnung, die der neuen Rechtslage angepaßt ist; der „Arzt für Allgemeinmedizin“ ist darin enthalten.

1978: Der 81. Deutsche Ärztetag diskutiert in Köln einen Ad-hoc-Antrag von Professor Häußler, dessen Ziel es ist, die Niederlassung von einer abgeschlossenen Weiterbildung abhängig zu machen. Der Antrag wird knapp abgelehnt.

1979: Der 82. Deutsche Ärztetag in Nürnberg verabschiedet ein Konzept für die ärztliche Ausbildung, das den Bedürfnissen auch der allgemeinärztlichen Versorgung besser Rechnung tragen soll; eine zweijährige „Pflichtassistentenzeit“ vor dem Staatsexamen soll praktische Erfahrungen vermitteln. Das Weiterbildungsrecht soll hingegen unverändert bleiben.

1980: Der 83. Deutsche Ärztetag in Berlin empfiehlt, die Bezeichnung „praktischer Arzt“ um das „praktische“ zu kürzen; Ärzte, die sich ohne abgeschlossene einschlägige Weiterbildung niederlassen, sollen sich schlicht Arzt nennen. DÄ

15 Prozent der Ärzte für Allgemeinmedizin/praktischen Ärzte).

Wer Allgemeinarzt ist, hält viel von seinem Beruf

Trotz all solcher Belastungen: 80 Prozent der Allgemeinärzte wür-

den sich heute wieder für diese Fachrichtung entscheiden, „wenn wir heute noch mal zu wählen hätten“, und geben dazu folgende Begründungen:

► „habe ein breites Arbeitsgebiet, abwechslungsreich, vielseitig“

- ▶ „Patientenbindung, Patientenkontakt“
- ▶ „habe mich dafür entschieden, ist mein Wunsch, bin Idealist“
- ▶ „bin verantwortungsbewußt, fühle mich berufen“
- ▶ „Beruf macht mir Spaß“.

Nur 20 Prozent würden heute eine andere Entscheidung treffen; sie würden lieber Krankenhausarzt oder niedergelassener Facharzt sein, denn

- ▶ als Klinikarzt hätte man „weniger Arbeit und mehr Freizeit“ und zudem „eine gute Honorierung“,
- ▶ als Facharzt hätte man „bessere diagnostische Möglichkeiten“, „weniger Streß“ und zudem gebe es „einen Trend zum Facharzt“.

Der natürliche Hader des Generalisten mit dem Spezialisten

Mit Untersuchungen dieser Art kaum faßbar sind die tiefen Ursachen der Rivalitäten zwischen „Praktikern“ und „Fachärzten“, dieser Knoten in der Brust, der Praktiker seit Generationen drückt. Daß er vorhanden ist, weiß jeder, der sich mit „Praktikern“ unterhält. Er ist auch in der Literatur zur Genüge belegt; Leserbriefe, die die Redaktion erreichen, zeugen ebenfalls davon.

Der Konflikt ist so alt wie die Spezialisierung selbst. Er taucht im übrigen nicht nur in der Medizin auf, sondern bestimmt allgemein eine arbeitsteilige Gesellschaft: der Gegensatz zwischen dem Generalisten und dem Spezialisten. In der Medizin kommt hinzu, daß das Wissenschaftsverständnis des 19. Jahrhunderts den Spezialisten zugute kam. Und „Wissenschaft“ in diesem Sinne konnte der gestandene Praktiker nun mal nicht bieten. Seine Qualitäten lagen woanders.

Innerärztlich sind hier manche Versuche unternommen worden, Brücken zu schlagen. So ist die Einführung des „Arztes für Allgemeinmedizin“ nicht nur mit sachlicher Notwendigkeit, sondern auch damit zu erklären, den Praktiker mit dem Facharzt in der Weiterbildungsordnung (ehemals Facharztordnung) gleichziehen zu lassen. Auch die Etablierung des Lehrfaches Allgemeinmedizin an den Hochschulen ist nicht allein aus wissenschaftlicher Notwendigkeit entstanden. So sinnvoll der geregelte Weiterbildungsgang und der Ausbau wissenschaftli-

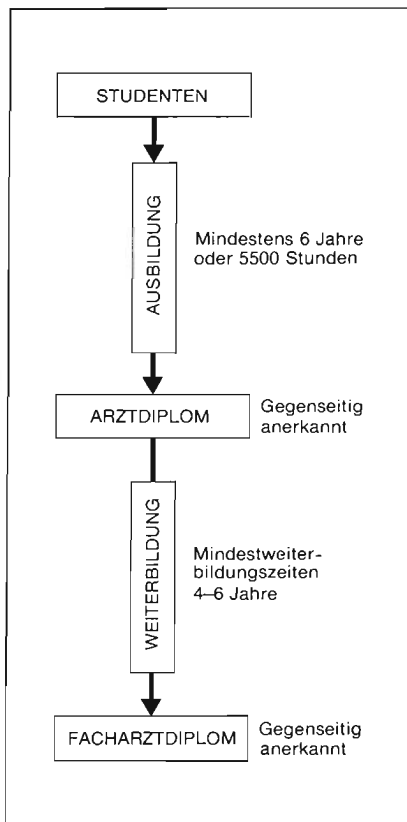


Schaubild 1: So ist das EG-Recht: „Diplome“ werden gegenseitig anerkannt, wenn gewisse Mindestzeiten erfüllt sind. Eine inhaltliche Prüfung auf Gleichwertigkeit gibt es nicht. Was die „Facharzt diplome“ angeht: ein Anspruch auf Anerkennung einer bestimmten Spezialisierung besteht nur dann, wenn sie auch in dem Land, dessen Anerkennung ein Arzt anstrebt, eingeführt ist. Eine Allgemeinarzt-Richtlinie ist noch in Arbeit (dazu auch der Kasten: „Brüsseler Gerüchte“)

cher Einrichtungen für Allgemeinmedizin auch sein mögen – der Kummer der Generalisten kann damit nicht beseitigt werden. Generell kann man dieses Problem vermutlich gar nicht lösen.

- ▶ Jeder Praktiker wird für sich allerdings *seine* Lösung finden können: Durch wachsendes Selbstbewußtsein im Beruf, durch die Erkenntnis, daß der Patient seinen Arzt braucht und ihn nicht selten hochschätzt wie niemanden sonst.

Um die Qualität der allgemeinärztlichen Versorgung zu sichern, den Strom möglicherweise weniger qualifizierter Ärzte in die freie Praxis zu kanalisieren und die Rolle des Allgemeinarztes ganz generell zu stärken, wurden im wesentlichen drei Lösungsansätze versucht:

- ▶ Lösung mit Hilfe der Zulassungsordnung für Kassenärzte,
- ▶ Lösung über die Ausbildung zum Arzt,
- ▶ Lösung über Regulierungen via Weiterbildungsordnung.

Die Zulassungsregelung ist eine Übergangslösung

Wer in den letzten Jahren Kassenarzt werden wollte, mußte vor der Niederlassung eine Vorbereitungszeit von einem halben Jahr absolvieren; wenn die Vorbereitung in einer Landpraxis geschah, genügte sogar ein Vierteljahr. 1980 lief diese Regelung aus: das Recht der Europäischen Gemeinschaft verbietet (angeblich) eine solche Hürde. Der Bundesarbeitsminister (Kassenarztrecht ist Bundesrecht) läßt zwar die Halbjahresvorschrift einstweilen weiterlaufen, weiß aber, daß das keine Regelung auf Dauer sein kann. Der Minister setzte sich daher, gedrängt von den Kassenärzten, in Brüssel dafür ein, für die Bundesrepublik eine zweijährige Vorbereitungszeit (als befristete Über-

Allgemeinmedizin

gangslösung) zu gestatten. Die Verhandlungen darüber sind noch nicht abgeschlossen.

Nehmen wir an, die zweijährige Vorbereitungszeit kommt (und die Chancen, sie mit oder ohne Segen aus Brüssel einzuführen, sind nicht ganz schlecht, folgt man Ehrenbergs Versicherungen), dann wäre das natürlich keine Lösung für die allgemeinärztliche „Weiterbildung“. Kassenarztrecht gilt nun mal nur für Kassenärzte, ein Curriculum für die Vorbereitungszeit ist nicht drin – allenfalls eine gewisse zeitliche Strukturierung. Auf die Weiterbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin könnten die zwei Jahre selbstverständlich angerechnet werden, wenn ihr Inhalt in den Weiterbildungsangabe paßt – oder wenn der Weiterbildungsangabe „liberalisiert“ würde.

Eine Behelfslösung also. Aber besser als nichts.

Die Ausbildungslösung geht von den Gegebenheiten aus

Die Ausbildung zum Arzt endet mit dem Staatsexamen. Die Approbation, die Berechtigung, sich als Arzt betätigen zu dürfen, ist ein (meistens) nahtlos folgender, eigenständiger staatlicher Akt. Geregelt ist die Ausbildung in der Approbationsordnung. Sie basiert auf der Bundesärzteordnung, einem Bundesgesetz. Der Bund bestimmt also, wie man „Arzt“ wird. Nach derzeitigem Recht berechtigen Staatsexamen plus unmittelbar anschließende Approbation zur selbständigen Ausübung des Berufes Arzt. Eine praktische Berufserfahrung ist nicht mehr vorgeschrieben (das sogenannte Praktische Jahr liegt vor dem Staatsexamen); die frühere Medizinalassistentenzeit ist mit der („neuen“) Approbationsordnung von 1970 entfallen.

Um eine neuerliche Reform der 1970 reformierten Ausbildung wird eigentlich bereits seit Inkrafttreten der (inzwischen schon nicht

mehr so neuen) Approbationsordnung gerungen. Einigkeit besteht allenthalben, daß Allgemeinmedizinisches im Studium deutlicher zum Ausdruck gebracht werden muß und daß die Möglichkeiten der praktischen Betätigung des Studenten ausgeweitet werden müssen. Während also über die Förderung der Allgemeinmedizin während des Medizinstudiums Konsens hergestellt werden kann, besteht nach wie vor Dissens über das Produkt des Medizinstudiums, den Arzt. Der Deutsche Ärztetag hat sich besonders ausführlich 1979 in Nürnberg mit diesem Problem beschäftigt. Er forderte damals eine Definition des Ausbildungszieles, ein fünfjähriges Studium sowie zwei Jahre einer klinisch-praktischen Ausbildung (etwa als „Pflichtassistent“). Nach diesen sieben Jahren solle das Staatsexamen abgelegt werden. Produkt einer solchen Ausbildung wäre – so meinte der Deutsche Ärztetag – ein Arzt, der verantwortlich tätig sein kann.

Kritiker dieses Reformvorschlages bezweifeln, daß bereits im Medizinstudium so viele Fähigkeiten vermittelt werden können, um notfalls schon nach Abschluß des Studiums als praktischer Arzt tätig werden zu können. Und eigentlich will das auch keiner; theoretisch wäre das aber nach dem Ärztetagskonzept möglich. Befürworter dieses Konzeptes hingegen weisen darauf hin, daß die Qualität des frischgebackenen Arztes ausschließlich davon abhängt, wie intensiv seine Ausbildung gewesen sei. Wenn diese heute unzureichend sei und keinen praktisch befähigten Arzt hervorbringe, dann müsse eben die Ausbildung geändert (verbessert) werden, um dieses Ziel zu erreichen. Der Staat, der für die Ausbildung verantwortlich sei, müsse endlich in die Pflicht genommen werden. Für die Ärzteschaft könne nur gelten: Staatsexamen plus Approbation = Arzt ohne Einschränkung.

Den Marburger Bund, der diese Haltung besonders deutlich ver-

tritt, bewegen dabei die Probleme der Berufsstellung des angestellten Arztes im Krankenhaus, nicht zuletzt tarifpolitische Motive. Wäre nämlich das Endprodukt des Studiums kein verantwortlich tätiger Arzt, dann würde die Basis des bisherigen Tarifgebäudes der Krankenhausärzte zusammenbrechen.

Politik des Marburger Bundes ist es seit Bestehen, die approbierten Ärzte arbeitsrechtlich mit vergleichbaren akademischen Berufen völlig gleichzustellen und auch keinen Unterschied zuzulassen zwischen Ärzten in Weiterbildung zum Facharzt und solchen ohne: jeder voll angestellte Arzt = eine volle Arbeitskraft. Weiterbildung ist gleichsam ein anfallendes Nebenprodukt einer vollzeitlichen Berufstätigkeit. Der Marburger Bund hat diesen Kampf nach vielen Jahren, Jahrzehnten zu seinen Gunsten entschieden. Er wird dieses Terrain mit Härte verteidigen, und das bedeutet: Am „Arzt“ als Endprodukt des Studiums will er nicht rütteln lassen.

Neben diesem Ziel verfolgt der Marburger Bund ein weiteres berufspolitisches: Er will dem approbierten Arzt nach Abschluß des Studiums nach Möglichkeit alle Berufschancen offenhalten.

Die Weiterbildungslösung kann Zündstoff enthalten

Die Weiterbildung ist durch Ländergesetze geregelt. Der gesetzliche Rahmen wird durch Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern ausgefüllt. Trotz dieses föderalen Prinzips ist die Weiterbildung bisher weitgehend bundeseinheitlich; das ist ein Verdienst der Deutschen Ärztetage. Sie verabschiedeten Musterweiterbildungsordnungen, die – bisher jedenfalls – von allen Landesärztekammern mit wenigen Abstrichen übernommen wurden. Auf einer solchen Ärztetagsempfehlung (aus dem Jahre 1968) basiert auch der „Arzt für Allgemeinmedizin“

(dazu auch der Kasten: „Ärztetag: Weiterbildung für Allgemeinärzte“).

Um das Nebeneinander von Allgemeinärzten und praktischen Ärzten via Weiterbildungsordnung zu beseitigen, werden zwei Lösungen diskutiert: Appelle zur *freiwilligen* Weiterbildung und Auferlegung der *Pflichtweiterbildung*. Das „heiße Eisen“ ist die Pflichtweiterbildung (wie immer sie auch sonst verhöhnt genannt werden mag; andere sprechen gar von Zwangsweiterbildung).

Mit Pflichtweiterbildung ist in unserem Zusammenhang gemeint, daß alle Ärzte, die sich in freier Praxis niederlassen wollen, eine abgeschlossene Weiterbildung entweder als Allgemeinarzt oder als „Spezialist“ nachweisen müssen. Für Ärzte, die sich nicht niederlassen wollen, bestünde eine solche Pflicht nicht. Diese Idee, untergründig schon seit Jahren in einschlägig interessierten Verbänden virulent, kam erstmals 1978 auf dem sogenannten Kölner Ärztetag (es handelte sich um die Fortsetzung des 81. Ärztetages, der in Mannheim nicht zu einem Ende kam) in die ärztliche Öffentlichkeit. Damals wurde ein auf diese Pflichtweiterbildung zielender Antrag von Professor Dr. Siegfried Häußler knapp abgelehnt. Häußler trat und tritt zwar als Solist auf; doch seine Idee fand Freunde auch in einigen ärztlichen Verbänden.

Eindeutig pro Pflichtweiterbildung in dem oben definierten Sinne votiert derzeit allerdings nur der relativ neue Fachverband Deutscher Allgemeinärzte. Die übrigen betroffenen Verbände, einschließlich des Berufsverbandes der Praktischen Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin (BPA), verhalten sich mit Rücksicht auf einen großen Teil ihrer Mitglieder zurückhaltender. Die Devise lautet: Pflichtweiterbildung (im oben definierten Sinne) als mittelfristiges Ziel. Im Sinne einer Pflichtweiterbildung hat sich 1980 auch der SPD-Frak-

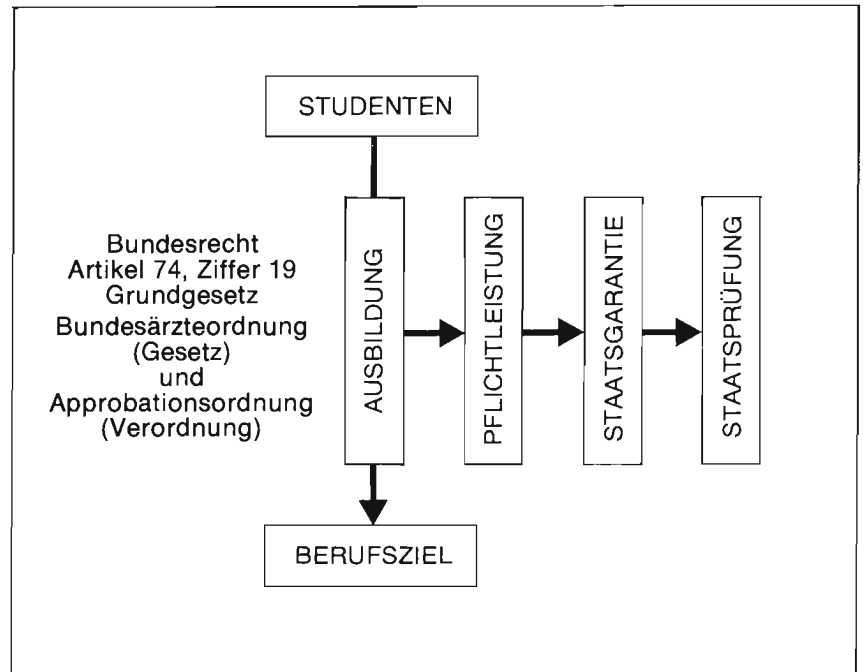


Schaubild 2: Das Medizinstudium ist durch Bundesrecht geregelt. Wer mal einen Studienplatz bekommen hat, dem garantiert der Staat, solange der Studienkanon befolgt wird, einen Ausbildungsplatz. Die Ausbildung endet mit dem Staatsexamen

tionsvorsitzende Herbert Wehner geäußert. Eine neuere, aus diesem Jahr stammende Äußerung des SPD-Sozialexperten Eugen Glombig (enthalten in einem Kommuniké nach einem Gespräch mit dem BPA) ist jedoch weitaus vorsichtiger; demnach ist auch in der SPD, ähnlich wie bei den anderen im Bundestag vertretenen Parteien, in dieser Sache alles offen. Bei den Parteien wird offensichtlich das Problem den Ärzten zur Lösung überlassen: Die Politiker sehen zu, mahnen, kritisieren und waschen notfalls ihre Hände in Unschuld.

Dezidierte Gegner dieser Pflichtweiterbildung sind der Marburger Bund (MB), aber auch eine ganze Reihe von Berufspolitikern, die übergeordneten gesamtärztlichen Interessen verpflichtet sind, vor allem aus den Ärztekammern. Nach ihrer Auffassung würde die Pflichtweiterbildung – angenommen, sie sei rechtlich überhaupt durchsetzbar, was nach der Verfassungslage bezweifelt werden darf – zu einer Aufsplitterung des

Arzberufes in eine Vielzahl von Einzelspezialitäten führen. Das bisherige Medizinstudium würde dadurch zu einer bescheidenen Basisausbildung degradiert, die lediglich einen „Barfußarzt“ übriglassen würde.

Hinter solchen Argumenten stehen handfeste Befürchtungen: Der Marburger Bund argwöhnt, mit einer Pflichtweiterbildung werde, statt die Allgemeinmedizin zu fördern, der Weg in die freie Praxis kanalisiert. Es müsse sich ein Flaschenhals bilden, der von den Stellen, welche die Weiterbildung in der Hand halten, nach Belieben verengt oder ausgeweitet werden könnte. In jedem Falle werde der Flaschenhals so eng sein, daß nicht alle jungen Ärzte, die in die freie Praxis wollten, auch tatsächlich hineinkämen. Wo aber bleibt der große Rest junger Ärzte, die künftig nicht im Krankenhaus bleiben können, wenn ihnen dann die freie Praxis verwehrt wird?

Die Verfechter einer Pflichtweiterbildung müssen auf hartnäckiges Fragen zugeben, daß es einen sol-

Allgemeinmedizin

chen „verlorenen Rest“ bei ihrem Modell geben kann. Die Verantwortung dafür trüge aber der Staat, so sagen sie, der zu viele Medizinstudenten ausgebildet habe. Auch Berufspolitiker, die mit dem Marburger Bund nichts im Sinn haben, sorgen sich allerdings um den „verlorenen Haufen junger Ärzte“. Er werde für Zündstoff im Berufsstand sorgen, er sei eine gefährliche Manövriermasse für Politiker, die das „ganz andere System“ wollen.

Verschulung der Weiterbildung . . .

Eine seltsame Möglichkeit, großen Mengen weiterbildungswilliger Ärzte zu einem Titel zu verhelfen, wird in Italien praktiziert. Hier wird „Weiterbildung“ schulmäßig, weitgehend auf die Theorie beschränkt und neben der normalen Berufstätigkeit, gegen gehörige „Schulgelder“, betrieben. Doch mit dieser Alternative will sich in der Bundesrepublik niemand anfreunden. Zu Recht, die italienischen Verhältnisse sind nicht eben vorbildlich.

Doch die Verschulung der Weiterbildung ist auch hierzulande durchaus in der politischen Diskussion. Die „Vorschläge der Gewerkschaft ÖTV zur ärztlichen Weiterbildung“ und mehr noch die Denkschrift der Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokraten im Gesundheitswesen (ASG) zur Ausbildung der Ärzte laufen darauf hinaus. Beide Organisationen brechen scheinbar eine Lanze für die Allgemeinmedizin, weshalb sie auch, unbeschadet sonstiger systemsprengender Vorschläge für das Gesundheitswesen, unter einigen Allgemeinartzvertretern Zuspruch gefunden haben.

ÖTV wie ASG fordern, ohne den Terminus zu gebrauchen, die Pflichtweiterbildung, die ÖTV im Häußlerschen Sinne als „Voraussetzung für eine selbständige und alleinverantwortliche Tätigkeit in niedergelassener Praxis“. Aus diesem Grund trat Häußler auch bei der Vorstellung der ÖTV-Vorschläge im Mai 1980 als Bundesgenosse dieser Gewerkschaft auf. Fairerweise wird man hinzufügen müssen: er tat das um seines „Arztes für Allgemeinmedizin“ willen,

den die ÖTV nämlich wie er in die Pflichtweiterbildung einschließen will. Weitergehende Implikationen der ÖTV dürfte er nicht teilen: „Häußler würde sich auch wundern“, so hieß es auf dem Berliner Gesundheitstag 1980, einer „Parallelveranstaltung“ zum 83. Deutschen Ärztetag, anlässlich einer Diskussion zum Thema: „Pflicht zur Weiterbildung – Recht auf Niederlassung?“.

Die ÖTV will jedem Arzt (!) in Weiterbildung eine tarifvertraglich abgesicherte Bezahlung aus öffentlichen Mitteln und einen Anspruch auf Weiterbildung garantiert wissen. Der Weiterbildungsgang soll einem Curriculum folgen, das weit mehr enthalten soll als zum Beispiel die Operationskataloge und zeitlichen Vorgaben in den heutigen Weiterbildungsbestimmungen. Öffentliche Finanzierung und Staatsgarantie der Weiterbildungsstellen würden die Weiterbildung zu einer staatlichen Veranstaltung machen, das ausgefeilte Curriculum zur *Ausbildung*. (Wie die ÖTV diese tariflich absichern will, bleibt ihr Geheimnis.)

. . . nach dem Muster der ASG . . .

Die ASG spricht schon gar nicht mehr von *Weiterbildung*. Sie unterscheidet eine Approbation 1, die nach einem vierjährigen Studium erworben werden kann und nur zur Befähigung führt, in ärztlich geleiteten Einrichtungen zu arbeiten. Darauf können drei Jahre Weiterbildung (die ASG spricht auch hier von *Ausbildung*) aufgestockt werden; an deren Ende steht nach einer Prüfung vor einer staatlichen Prüfungskommission die Approbation 2, die zur selbständigen Tätigkeit in Krankenhaus und Praxis berechtigen soll – mit Ausnahme allerdings der Leitungs- und Ausbildungsfunktionen. Hierfür ist eine Zusatzqualifikation nötig, die nach weiteren vier Jahren, die unter Leitung qualifizierter Ärzte zugebracht werden sollen, und nach einer Hochschul-

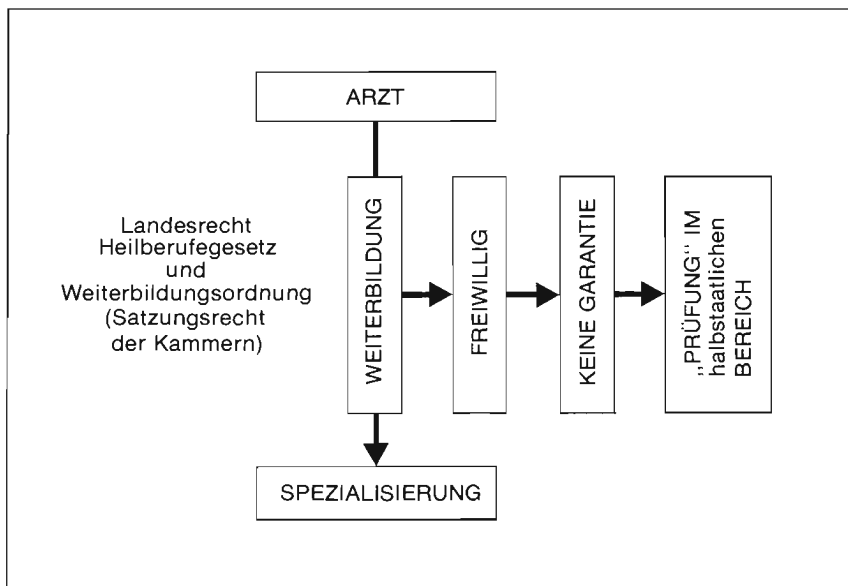


Schaubild 3: Im Unterschied zur Ausbildung ist die Weiterbildung Ländersache. Diese setzen den gesetzlichen Rahmen, der durch die Kammern ausgefüllt wird. Eine Garantie auf einen Weiterbildungsplatz gibt es nicht. (Quelle der Schaubilder: Dr. Jürgen W. Bösche/BÄK/KBV)

prüfung erworben werden kann; das wäre, immer laut ASG, dann die Approbation 3.

Man kann das auch lockerer formulieren: die ASG plädiert für eine Hierarchie aus Basisärzten, Normalärzten und Chefs.

Um hier noch einmal auf den Flaschenhals zurückzukommen: während die Pflichtweiterbildung nach Häußler (und einigen ähnlich denkenden Ärzten) auf die niederlassungswilligen Ärzte beschränkt sein soll, der Flaschenhals demnach vor der Niederlassung sitzt, sieht die ASG zwei Engpässe vor: einen relativ weiten vor der Approbation 2, einen ganz engen vor der Approbation 3.

... wäre der Hebel am bestehenden System

ÖTV- und ASG-Vorschläge können freilich nicht isoliert von den übrigen Zielvorstellungen der ÖTV beziehungsweise der SPD gesehen werden: beide setzen sich für ein integriertes Gesundheitswesen mit differenzierten Versor-

gungsstufen ein, die auch mit unterschiedlich qualifiziertem Personal auskommen. Sie konzipieren Zentren und Gemeinschaftseinrichtungen, die viele Basisärzte aufnehmen könnten, die dann von Normalärzten angeleitet werden könnten; sie streben mehrere Selbstverwaltungsebenen an, auf denen Leitende Ärzte der Stufe 3 unterzubringen wären. Die freie Praxis, die heute schon vielen Zwängen ausgesetzt ist, wäre noch stärker eingebunden.

Mit der Rolle des Allgemeinarztes, wie sie die Deutschen Ärztetage sehen, hat das alles nicht mehr viel zu tun. Doch Unzufriedenheit unter den Ärzten oder Lücken in der allgemeinmedizinischen Versorgung, so klein sie inzwischen geworden sein mögen, bieten die Möglichkeit, den Hebel am System anzusetzen.

Wer ein anderes System will und sich dazu bekennt – na schön. Wer das nicht will, der wird auch beim Thema „Rolle der Allgemeinmedizin“ zu bedenken haben: es steht *nicht nur der Allgemeinarzt* zur Disposition. Norbert Jachertz/DÄ

Sympathiebekenntnisse zur Allgemeinmedizin

Seine berufspolitischen Forderungen hat der Berufsverband der Praktischen Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin Deutschlands (BPA) mit einer im April 1981 abgeschlossenen, repräsentativen „Infratest“-Untersuchung unterstrichen, die ein breites Sympathiebekenntnis seitens der Gebiets- und Krankenhausärzte für die allgemein- und hausärztlichen Essentials dokumentieren soll.

Nach Meinung von 98 Prozent der befragten Gebiets- und Krankenhausärzte ist für einen in freier Praxis allgemeinärztlich tätigen Arzt eine abgeschlossene Weiterbildung empfehlenswert. Allerdings wurde den Befragten bereits in der Formulierung der Frage eine derartige Antwort nahegelegt. Die Frage lautete nämlich: „Würden Sie einem Arzt, der in freier Praxis allgemeinärztlich tätig sein will, in jedem Fall eine Weiterbildung empfehlen, oder können sämtliche allgemeinärztliche Kenntnisse in der Ausbildung vermittelt werden, so daß eine Niederlassung direkt nach der Approbation möglich ist?“ Zu der Alternative bekannten sich folglich auch nur ein Prozent der Befragten.

Nahezu zwei Drittel der Ärzte sehen die Allgemeinmedizin als ein eigenständiges, zumindest abgrenzbares Gebiet an, wobei den Befragungsergebnissen zufolge vor allem jüngere Ärzte dieser Auffassung sind. Den jüngeren Ärzten ist auch besser bekannt, daß es zwischen „Praktischen Ärzten“ und „Arzt für Allgemeinmedizin“ Unterschiede gibt. Allgemein akzeptiert scheint das noch nicht zu sein: etwa die Hälfte der befragten Ärzte sehen keine Unterschiede. Befragt, wie lang die Weiterbildungszeit sein sollte, werden im Schnitt vier Jahre angegeben. Davon sollten rund drei Jahre in der Klinik absolviert werden, ein Jahr in der freien Praxis. Jüngere Ärzte empfehlen mit 4,2 Jahren eine ge-

Brüsseler Gerüchte

Die EG-Kommission arbeitet an einer Richtlinie über die Allgemeinmedizin. Dabei soll das folgende Konzept überlegt werden:

▷ Bis 1985 soll die Bezeichnung „Allgemeinmedizin“ gegenseitig anerkannt werden können, wenn ihr eine mindestens zweijährige Weiterbildung zugrunde liegt.

▷ Ab 1985 soll dieses „Diplom“ nur noch Ärzten verliehen werden dürfen, die mindestens diese zwei Jahre absolviert haben. Die Approbation

soll dadurch allerdings nicht beeinträchtigt werden, zunächst jedenfalls nicht.

▷ Spätestens 1990 jedoch soll der Zugang zur allgemeinmedizinischen Behandlung von Krankenversicherten davon abhängig gemacht werden, daß der Arzt das Diplom als Allgemeinmediziner besitzt.

Vielleicht sucht die EG-Kommission nach dem Ei des Kolumbus, das sowohl die Vorbereitungszeit für die Kassenpraxis wie die „Pflichtweiterbildung“ enthält? Aber Vorsicht, irgend was geht bei den Kolumbus-Eiern bekanntlich immer kaputt... nj

ringfügig über dem Durchschnitt liegende Weiterbildungszeit, ältere Ärzte liegen mit 3,4 Jahren darunter. Die Weiterbildungsaktivitäten sollten sich vor allem in den klinischen Fächern auf die Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie und Pädiatrie konzentrieren. Psychosomatik und Sozialmedizin werden nur sporadisch erwähnt.

Weit mehr als die Hälfte der Gebiets- und Krankenhausärzte meinen, daß mindestens 60 Prozent

KBV-Vertreterversammlung

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung am 18. Mai in Trier beginnt eine Stunde früher als bisher angekündigt, nämlich um 9.00 Uhr morgens.

oder sogar mehr der gesamten niedergelassenen Ärzte Allgemeinärzte sein sollten. Weniger als ein Drittel hält eine paritätische Aufteilung in Gebiets- und Allgemeinärzte für zweckmäßig. Nur fünf Prozent geben an, daß die Gebietsärzte zahlenmäßig dominieren sollten. Vor allem die Krankenhausärzte betonen, ein Übergewicht der Allgemeinärzte in der ambulanten Versorgung sei zweckmäßig. Während die Gebietsärzte in der „ambulanten fachspezifischen Krankenhausdiagnostik und -therapie“ ihren Betätigungsschwerpunkt sehen, werden den Allgemeinärzten die familien- und hausärztliche Versorgung Kranker und Gesunder, die Erstbehandlung, die Notfallbehandlung, die gezielte Weiterleitung von Patienten zur speziellen Diagnostik, die Koordinierungsfunktion, die Langzeitbehandlung chronisch und unheilbar Kranker, Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen und eine Leitfunktion bei der Einleitung und Durchführung von Maßnahmen zur Rehabilitation zugeschrieben. Auch in der Gesundheitsberatung und -erziehung wird ein Betätigungsfeld für zukünftige Haus- und Allgemeinärzte gesehen. HC

DKG und KBV: Engere Zusammenarbeit

In einer gemeinsamen Absichtserklärung haben die Kassenärztlichen Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft den Willen zum Ausdruck gebracht, zukünftig gemeinsam Lösungsmöglichkeiten für diejenigen Probleme zu suchen, die sich aus ihrer Verantwortung für die ambulante und stationäre Versorgung der Kassenpatienten ergeben. So wie in den erfolgreichen Verhandlungen zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft einerseits und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie der Bundesärztekammer andererseits gemeinsame Hinweise zur Anwendung der Belegarztvertragsgrundsätze erarbeitet werden konnten, durch die insbesondere der Einführung des kooperativen Belegarztwesens Rechnung getragen werden soll (vgl. DÄ Heft 16/1981, Seite 749 f.), streben die Spitzenorganisationen auch für andere Themenbereiche eine intensivere Zusammenarbeit an. Dadurch sollen die anstehenden Probleme rasch diskutiert werden, um so ein abgestimmtes Handeln der Spitzenorganisationen zu ermöglichen. Letzteres gilt insbesondere auch im Hinblick auf die Probleme, die aus der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen entstehen. Nur durch den Willen zur Zusammenarbeit wird es gelingen, die Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung funktionsfähig zu halten und damit weitere überflüssige gesetzgeberische Eingriffe in unser Gesundheitssystem erfolgreich abzuwehren.

Nach der nachstehend im Wortlaut wiedergegebenen „Absichtserklärung zur Struktur der Gesundheitsversorgung“ gehen die beiden Organisationen davon aus, daß es sich bei der ambulanten stationären Krankenversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung um zwei selbständige Bereiche handelt, denen auf der Grundlage der bestehenden gesetzli-

chen Regelungen genügend Möglichkeiten gegeben sind, die zum Wohle der Patienten notwendige Zusammenarbeit zu gewährleisten:

„1. Die ambulante Gesundheitsversorgung durch niedergelassene Ärzte und die stationäre Gesundheitsversorgung durch Krankenhäuser sind die tragenden Teile des Gesundheitssicherungssystems der Bundesrepublik Deutschland. Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte sind gemeinsam verantwortlich für eine leistungsfähige und bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung, die modernen medizinischen Erkenntnissen sowie auch aktuellen sozialen Anforderungen zu entsprechen hat.

2. Die Gesundheitsversorgung durch niedergelassene Ärzte einerseits und Krankenhäuser andererseits basiert auf gewachsenen Strukturen, welche beiden Bereichen eigenständige Aufgaben zuweisen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung stimmen darin überein, daß diese Strukturen eine zeit- und bedarfsgerechte, leistungsfähige und dabei kostenbewußte Gesundheitsversorgung der Bevölkerung ermöglichen. Beide sind der Auffassung, daß aufgrund dieser strukturellen Gegebenheiten auftauchende Probleme durch die Selbstverwaltung besser zu lösen sind als durch staatliche Eingriffe. Weitere staatliche Reglementierungen erscheinen nicht notwendig.

3. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft halten die gegebenen gesetzlichen Grundlagen für ausreichend, um auch die notwendige Verzahnung zwischen den beiden Bereichen sicherzustellen. Sie werden sich bemühen, ein weiteres Zusammenwirken zum Wohle der Patienten zu intensivieren.