

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

Muß der „Hausarzt“ Allgemeinmediziner sein?

Seit 1952 treffen sich Vertreter von Ärztekammern und -vereinigungen aus der Bundesrepublik Deutschland, aus Österreich, der Schweiz, Luxemburg, Liechtenstein und Südtirol einmal jährlich zu einem Meinungs- und Erfahrungsaustausch. Die diesjährige „Konsultativtagung der Ärzteschaften deutschsprachiger Länder“ fand am 26. und 27. Juni in Bremen statt. Im Mittelpunkt der Beratungen standen die Aus-, Weiter- und Fortbildung unter besonderer Berücksichtigung der Allgemeinmedizin.

„Es geht darum, den Hausarzt zu retten“; „Wo sollen wir eigentlich die Allgemeinmedizin ansiedeln: gleichwertig neben den anderen Fachgebieten – oder als gemeinsame Basis, auf der die Fachgebiete aufbauen?“; „Es ist keineswegs so, daß der Spezialist etwa unmenschlich wäre und der Allgemeinarzt unwissenschaftlich“; „Der Allgemeinarzt darf nicht barfuß zum Patienten kommen, im Gegenteil: er braucht Maßschuhe“.

Diese Zitate stammen von der diesjährigen Konsultativtagung der Ärzteschaften deutschsprachiger Länder, zu der sich Ende Juni in Bremen Vertreter von Ärztekammern oder -verbänden aus der Bundesrepublik Deutschland, Österreich, der Schweiz und Liechtenstein trafen. Bundesärztekammerpräsident Dr. Vilmar, als Präsident der Ärztekammer Bremen diesmal Gastgeber und Vorsitzender, erläuterte in einer Pressekonferenz die Zusammensetzung: Den Kollegen in der DDR ist die Teilnahme verwehrt; die Südtiroler Ärzte werden seit einigen Jahren eingeladen, obwohl sie im völkerrechtlichen Sinne nicht einen „deutschsprachigen Staat“ repräsentieren; die Grenze der Europäischen Gemeinschaft verläuft mitten zwischen den teilnehmenden Ländern.

Dabei wissen die Teilnehmer schon aus Erfahrung, daß Vergleiche zwischen den Teilnehmerländern oft relativ bleiben müssen. Dies gilt zum Beispiel für die überall befürchtete Ärzteschwemme (seit dem Treffen vor zwei Jahren in Feldkirch von den Schweizern als „Plethora“ unauslöschlich in den Kongreßjargon eingeführt) und für die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen, die überall die Gesundheitspolitik beeinflusst. So berichtete jetzt zum Beispiel der Präsident der Österreichischen Ärztekammer, Primarius Dr. Piaty, der Beitragssatz zur Krankenversicherung könne in Österreich aus politischen und aus wirtschaftlichen Gründen nicht mehr erhöht werden. Dabei beträgt er – für deutsche Ohren kaum glaubhaft – rund 6 Prozent des jeweiligen Einkommens. Man muß aber dazu wissen, daß das österreichische Gesundheitswesen, vor allem die Kranken-

Konsultativtagung

häuser, mit Defiziten arbeiten, die der Steuerzahler finanziert.

Ein anderer, sicher ebenso relativer Vergleich kam von dem Generalsekretär der Verbindung der Schweizer Ärzte, Fürsprecher Ott: „Die Bundesrepublik Deutschland hat zweifellos das am meisten ausgeklügelte Kontrollsystem in der kassenärztlichen Versorgung, aber auch die höchste Kostensteigerung – in der Schweiz ist es genau umgekehrt.“

Auch als einen Vergleich kann man den Bericht des Präsidenten des Liechtensteinischen Ärztevereins, Dr. Walch, über die Situation in seinem Lande ansehen: Die 26 000 Einwohner des Fürstentums werden von 18 Ärzten versorgt. Sie haben für das Jahr 1981 auf eine ihnen an sich zustehende Erhöhung ihrer Honorare verzichtet und damit erkaufte, daß – „einmalig in Europa“ – die Regierung nunmehr mit den Ärzten gegen die Krankenkassen verbündet ist. Die Krankenkassen (die ähnlich organisiert sind wie in der Schweiz) sollen ihre Verwaltung vereinfachen. Die liechtensteinische Ärztschicht könne sich jeder leicht ausrechnen, sagte Dr. Walch. Im einzelnen gibt es 10 Allgemeinärzte und 8 Spezialisten, aber 5 Ärzte sind über 60 Jahre alt, und man habe erhebliche Nachwuchssorgen – „fast noch eine Insel der Seligen“, erklärte Dr. Walch unter der Zustimmung der Konferenz.

Schwerpunktthema der diesjährigen Tagung war die Aus- und Weiterbildung unter besonderer Berücksichtigung der Allgemeinmedizin. Zunächst stellte der Vizepräsident der Bundesärztekammer, Dr. Klotz, die westdeutsche Situation nach dem Trierer Ärztetag dar.

Für Österreich erläuterte Hofrat Dr. Kaiser von der Österreichischen Ärztekammer die heutige Aus- und Weiterbildung. Nach dem sechsjährigen Medizinstudium wird der Absolvent zum Doktor der Heilkunde promoviert; er

ist damit zur Ausübung ärztlicher Tätigkeit berechtigt, verantwortlich, aber in unselbständiger Stellung, also im Krankenhaus. Damit wird er zum sogenannten „Turnusarzt“ und muß sich vor der Niederlassung als praktischer Arzt mindestens drei Jahre weiterbilden; die Weiterbildung zum Facharzt dauert mindestens sechs Jahre. Vor einer Etablierung der Allgemeinmedizin als selbständiges Fach an der Universität müßten nach Dr. Kaiser rechtliche Probleme gelöst und auch die grundsätzliche Frage geklärt werden, ob der künftige Allgemeinarzt – ebenso wie die Fachärzte – eine sechsjährige Weiterbildung durchlaufen soll oder ob man nur die bisher für den praktischen Arzt vorgeschriebene dreijährige Weiterbildung etwas verlängert.

An der Grundversorgung sind Allgemeinärzte und Spezialisten beteiligt

In der Schweiz stellt sich das Problem noch anders. Hier herrscht der bemerkenswerte Zustand, daß die Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH) zwar eine privatrechtliche Vereinigung mit freiwilliger Mitgliedschaft ist, aber die Weiterbildung regelt. Sie kann nach Durchlaufen der entsprechenden Weiterbildungsgänge den Titel „Allgemeinarzt FMH“ oder den Titel „Spezialarzt FMH“ verleihen.

Daran wird auch eine neue Examensordnung, die zur Zeit dem Parlament vorliegt, im Prinzip nichts ändern.

Interessante Gesichtspunkte enthielt ein Referat von Dr. Tröster aus der Schweiz. Die Schweiz kennt keine Begrenzung der Fachärzte auf ihr Fachgebiet, jeder darf im Prinzip alles machen, wozu er fähig ist (dazu allerdings Fürsprecher Ott: „Wir haben in der Schweiz die Omnipotenz jedes Arztes – in der Praxis wird sich aber jeder schon aus versicherungsrechtlichen Gründen auf sein Gebiet beschränken“).

Dr. Tröster stellte die Begriffe „Allgemeinarzt“ und „Hausarzt“ in Frage. Wenn man berücksichtige, daß die „primärärztliche“ oder Grundversorgung zum Teil auch von Spezialisten gewährleistet wird – nämlich: Internisten, Pädiater, Gynäkologen, Chirurgen und Psychiater –, so waren im Jahre 1979 von den Ärzten der Grundversorgung 42,6 Prozent Allgemeinmediziner, 24,7 Prozent Internisten, 6,8 Prozent Pädiater, 7,2 Prozent Gynäkologen, 10,7 Prozent Chirurgen und 7,7 Prozent Psychiater. Grob gesprochen könne man also sagen: die Grundversorgung werde zu drei Fünfteln von Spezialisten und zu zwei Fünfteln von Allgemeinärzten sichergestellt. Die Allgemeinärzte wollen diesen letzteren Anteil steigern und propagieren zu diesem Zweck den Hausarzt in einer Weise, als bestünde auf diesem Gebiet ein Notstand – von dem aber in Wirklichkeit überhaupt keine Rede sein könne.

Bei einer ebenfalls 1979 vorgenommenen Umfrage bei der Bevölkerung, über die Dr. Tröster berichtete, stellte sich heraus, daß 70 Prozent der Befragten im Bedarfsfall zunächst ihren „Hausarzt“ konsultieren wollten, während gleichzeitig 48 Prozent glaubten, sie wären vom „Spezialisten“ am besten bedient. Mit anderen Worten: was die Bevölkerung unter „Hausarzt“ versteht, muß nicht unbedingt „Allgemeinarzt“ bedeuten, es kann ebensogut eine der Facharztgruppen in der Primärversorgung gemeint sein. (Bei dieser Umfrage stellte sich übrigens auch heraus, daß Angehörige der unteren sozialen Schichten lieber zuerst einen Facharzt aufsuchen, während die oberen sozialen Schichten den Allgemeinpraktiker bevorzugen.) Jedenfalls, so Dr. Tröster, muß der Allgemeinarzt davor geschützt werden, daß er nur eine zweitklassige Weiterbildung erhält. Die Spezialisten müssen ihn dafür kompetent machen, seine verantwortungsvolle Tätigkeit in der primärärztlichen Versorgung ausüben zu können.

Neben der Allgemeinmedizin wurden in den zweitägigen Beratungen in Bremen eine Fülle anderer Fragen angesprochen, wobei sich immer wieder der Hinweis ergab: selbst gleichartige Probleme können anderswo in anderer Weise gelöst werden. So muß zum Beispiel Österreich seine Ärzteschwemme ohne die Notbremse des Numerus clausus bewältigen, der dort aus verfassungsrechtlichen Gründen nicht möglich ist.

Für die Schweiz wurde über ein Urteil des Bundesgerichts berichtet, nach dem Psychotherapie eine Krankenkassenleistung ist, falls sie von einem vom Arzt angestellten Psychotherapeuten erbracht wird. Man fürchtet, daß dies der erste Schritt auf dem Wege zur Behandlung durch freie, nichtärztliche Psychotherapeuten zu Lasten der Krankenversicherung ist. Dieses Thema soll bei der Konsultativtagung 1982 auf die Tagesordnung kommen. – Die Gesetze zur Kranken- und zur Unfallversicherung werden in der Schweiz voraussichtlich noch im Lauf dieses Jahres vom Parlament revidiert.

Längere Diskussionen provozierte ein Tonfilm, den Medizinalrat Dr. Leitner, Vizepräsident der Ärztekammer für Kärnten, zum Thema „Notarztwagen und ärztlicher Bereitschaftsdienst“ vorführte, für das Dr. Leitner Experte und Vorkämpfer ist. Es gab Bedenken gegen zuviel Perfektion auf diesem Sektor, weil dies zu mißbräuchlicher Benutzung und damit zu erheblichen Kosten führen kann und weil man daran festhalten sollte, daß Hausbesuche unverzichtbarer Bestandteil der Tätigkeit des Hausarztes sein müssen. Andererseits stimmte man wohl darin überein, daß ein ärztlicher Notfall- oder Bereitschaftsdienst, so unterschiedlich man ihn auch organisieren kann, so gut wie möglich mit dem Rettungswesen zusammenarbeiten sollte und daß jedenfalls diese Dienste zu den wichtigsten Fortschritten gehören, die es in der letzten Zeit im Gesundheitswesen gegeben hat. gb

Krankenhausfinanzierung: Schlagabtausch

Die Chancen, in einem dritten Anlauf die Krankenhäuser in das amtliche Kostendämpfungskonzept einzubinden, haben sich erhöht: Übereinstimmend haben die Sprecher aller drei Bundestagsfraktionen die Zielsetzungen des Entwurfs der Bundesregierung anlässlich der ersten Lesung (am 24. 6.) begrüßt, noch in diesem Jahr den Krankenhausbereich in die prozentualen Empfehlungen der „Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen“ einzubeziehen, Direktverhandlungen zwischen Krankenträger und Krankenkassen einzuführen und gezielte Maßnahmen über die Kostendämpfung im stationären Bereich vorzuschreiben. Bereits anlässlich der ersten Lesung im Bundesrat meldete die Länderkammer eine Reihe von Änderungsvorschlägen an, ohne allerdings zu dem bedeutendsten und bislang umstrittensten Paragraphen des Regierungsentwurfs – § 405 a RVO – Stellung zu nehmen (vgl. DÄ, Heft 27/1981, Seite 1323 ff.).

Ogleich der damalige rheinland-pfälzische Sozialminister Dr. Georg Gölter den Gesetzentwurf als „grundsätzlich kompromißfähig“ bezeichnete, meldete der CDU-Bundestagsabgeordnete Bernhard Jagonda, Schwalmstadt, einige Vorbehalte an. Seiner Meinung nach sei eine wirksame Kostendämpfung im Gesundheitswesen nur möglich, wenn der „Überhang an Betten“ (die Länder rechneten den Bettenberg auf 50 000 bis 70 000 „hoch“) rigoros abgebaut würde. Würde lediglich die Weildauer gesenkt und die ambulante Versorgung forciert, müßten die Krankenkassen – paradoxerweise – die Leerkosten über erhöhte Pflegesätze dennoch finanzieren. Jagonda regte an, die Zahl der Krankenhausbetten *linear* zu senken. Auch sieht er die Empfehlungen der Konzertierten Aktion mit dem Kostendeckungsprinzip in Kollision geraten. Im Gleich-

klang mit der FDP-Fraktion befürwortet die CDU/CSU einen wirksamen Bestandsschutz für kleinere, wirtschaftliche und leistungsfähige Krankenhäuser (§ 371 RVO). Jagonda meinte, es sei nicht möglich, die Krankenkassen zusätzlich mit den Kosten der Ausbildungsstätten zu belasten. Daraus resultierten jährlich Mehrkosten in Höhe von einer Milliarde DM. Der SPD-Abgeordnete Jürgen Eger (Berlin) befürwortete eine systemgerechte Lösung dieser Frage bereits im vorliegenden Gesetz und nicht in einer Vorabnovellierung, wie es vier CDU-regierte Bundesländer anstreben. Im übrigen appellierte der SPD-MdB an die Selbstverwaltungen, die Kostendämpfungsinstrumente voll auszuschöpfen. Der FDP-Sozialexperte Hansheinrich Schmidt (Kempten) regte an, die Krankenhausberufe bei der Bedarfsplanung und den Pflegesatzverhandlungen – vor allem auch bei sogenannten Empfehlungen nach § 19 – unmittelbar einzubeziehen (u. a. ein wesentliches Essential auch der Ärzteschaft). Ein wohl abgewogenes Kostendämpfungskonzept benötige, so Schmidt weiter, den ärztlichen Sachverstand auch im Krankenhaus.

Der stärkeren Einflußnahme der Krankenkassen müsse eine größere Mitwirkung und Mitbestimmung der Krankenhausberufe entgegengesetzt werden. Die Empfehlungen des Bundesrates, die Bedingungen für Poliklinikverträge zu verändern, haben die Bundestagssprecher noch ausgespart.

Bundesarbeitsminister Dr. Ehrenberg appellierte an die Länder, den Gesetzentwurf nicht mit „neuen Bestimmungen über die Höhe der Vergütung für die poliklinischen Einrichtungen zu belasten“; die Bundesregierung werde dem nicht zustimmen. Kontrovers sind ebenso die Meinungen zwischen Bundesregierung und Bundesrat über die Aufstellung mehrjähriger Programme zur Durchführung und Finanzierung des Krankenhausbaus. HC