

Situation der jungen Ärzte

genverantwortlich und selbständig zu betätigen. Als Abhilfe habe der Marburger Bund immer die sogenannte Ausbildungslösung gefordert. Eine Eignungszeit als Voraussetzung für die Zulassung zur kassenärztlichen Tätigkeit hält der Marburger Bund für falsch und ungerecht. Brauchbarer sei dann schon das, was der Entwurf der EG-Richtlinie für die Weiterbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin vorschlägt: Eine mindestens zweijährige Bildungsphase vor einer Zulassung zur allgemeinärztlichen Tätigkeit im Sozialversicherungssystem. Sie wäre, nach Hoppes Meinung, mit sehr viel geringerem Aufwand an Änderungen unseres Arztrechts zu verwirklichen als eine sogenannte Pflichtweiterbildung, die, nebenbei bemerkt, im kassenärztlichen Bereich das Prinzip des einheitlichen Arztberufes aufheben würde.

Hoppe schlug daher für die Umsetzung der geplanten EG-Richtlinie ins deutsche Recht vor, die beiden vorgesehenen Bildungsjahre vor der uneingeschränkten Approbation als Arzt zur Pflicht zu machen: „Eine solche Zeit würde sich dann an die Universitätsausbildung anschließen in einem Status der eingeschränkten Erlaubnis zur Ausübung ärztlicher Tätigkeiten unter Aufsicht. Am Schluß dieses Bildungszeitraumes wäre dann jeder Arzt mit der Erteilung der Approbation als Arzt für die Allgemeinmedizin qualifiziert. Von dort ausgehend könnte dann bei entsprechendem Wunsch eine Spezialisierung erfolgen. Der Inhalt und Wert dieses Bildungsabschnittes wäre ja durch die Klärung des Status völlig gleichwertig dem einer zweijährigen echten Weiterbildung im Sinne unserer Weiterbildungsordnungen, so daß die Wünsche der Ärzte für Allgemeinmedizin und ihrer Berufsvertretung auch bei dieser Struktur erfüllt wären.“ Die gegenwärtige vierjährige Weiterbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin wäre nach Hoppes Meinung dann ohnehin nicht mehr überlebensfähig, weil niemand sie mehr annehmen

würde. Und eine zweite Konsequenz: Eine solche zweijährige Phase der Erfahrungssammlung vor der Approbation hätte Auswirkungen auf die Ausbildungskapazitäten und die Zulassungszahlen, denn die Absolvierung dieser Phase wäre „organisatorisch Sache des Staates“.

Ebenfalls aus Kapazitätserwägungen hält Hoppe weitere Reformen im Bereich der Weiterbildung für



Jörg-Dietrich Hoppe

notwendig. Nicht nur dort, wo sich ärztliche Versorgung mehr und mehr in den ambulanten Bereich verlagert – wie etwa in der bereits erwähnten Augenheilkunde und Dermatologie, aber auch in etablierten Fächern wie Innere Medizin und Gynäkologie – kann im stationären Bereich allein nicht mehr die volle Breite des jeweiligen Faches vermittelt werden.

Weiterbildung muß also auch in anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens möglich sein und durchgeführt werden können, auch bei niedergelassenen Ärzten. Andererseits könne man überlegen, ob bestimmte, ohne direkten Patientenkontakt trainierbare Fähigkeiten in Kursen vermittelt werden können; dies gilt für die Deutung eines Blutbildes, Knochen-

markbefundes, EKG oder eines sonographischen Befundes.

Kritisch äußerte sich Dr. Hoppe zu Vorschlägen aus dem Bereich der Landesärztekammer Hessen, die Weiterbildung in einem Gebiet außerhalb der Allgemeinmedizin nur noch bei zur vollen Weiterbildung ermächtigten Ärzten zuzulassen. Man sollte sich auch allen sonstigen Versuchen widersetzen, die Weiterbildungsordnung als Instrument zur Regulierung des Arbeitsmarktes zu mißbrauchen.

Dr. Hoppe wandte sich schließlich der ärztlichen Tätigkeit im Krankenhaus zu, bei der die Neuregelung des Bereitschaftsdienstes Entlastung, aber auch Einkommensverluste gebracht hat. Die jüngere Generation von Ärzten habe aber ein größeres Freizeitbedürfnis und eine andere Erwartungshaltung in bezug auf ihr Einkommen. Sie werde mit einer normalen 40-Stunden-Woche zufrieden sein, und: „Bei Ärzten ist Abbau von Mehrarbeit, wie auch immer sie gestaltet gewesen sein mag, mit Sicherheit das effektivste Mittel, um Arbeit umzuverteilen“. Man müsse auch darüber diskutieren, ob nicht die Begrenzung der Lebensarbeitszeit von Kassenärzten sinnvoll wäre.

Man werde, sagte Hoppe, mit diesen und anderen Änderungen Arbeitslosigkeit unter Ärzten in größerem Umfang nicht verhindern können. Man werde aber auf den Ärztetagen der späten achtziger und der frühen neunziger Jahre Rechenschaft geben müssen über das, was man jetzt, heute, für die jungen und künftigen Kollegen getan habe, und dann werde es nicht mehr ausreichen, mit dem Finger auf die verfehlte Bildungspolitik der sechziger und siebziger Jahre hinzuweisen. Sicher sei jedoch: „Der qualifizierte und in seinem Beruf motivierte Arzt wird auch unter den Bedingungen einer sehr hohen Arztdichte erfolgreich sein, und die Bedingungen werden die Qualifikation der Ärzte der Zukunft positiv fördern können.“ gb

Dr. Karsten Vilmar

Die Ärzte müssen über ihre Rolle nachdenken

Im Rahmen des Generalthemas „Der Arztberuf im gesellschaftlichen Wandel – Perspektiven für die 80er Jahre“ zeichnete der Präsident der Bundesärztekammer, Dr. Karsten Vilmar (Bremen), in Umrissen die ärztliche Versorgung der nächsten Zukunft. Vor ihm hatten Prof. Dr. Hanns Peter Wolff (München) Entwicklungen in Forschung und Wissenschaft aufgezeigt und Dr. Jörg-Dietrich Hoppe (Düren) die Situation der jungen Ärzte beschrieben.

Dr. Vilmar begann mit drei grundsätzlichen Feststellungen:

► Die ärztliche Versorgung in den schon zu fast einem Drittel hinter uns liegenden 80er Jahren wird sowohl durch die weiter zu erwartende rasche Entwicklung in Forschung und Wissenschaft als auch durch die infolge der Bildungspolitik der 60er und 70er Jahre stark angewachsene Zahl der Hochschulabsolventen in der Medizin geprägt sein.

► In den noch vor uns liegenden 80er Jahren werden mit großer Wahrscheinlichkeit Weichenstellungen für die ärztliche Versorgung über die Jahrtausendwende hinaus erfolgen. Die Rolle der Medizin, ebenso wie die Stellung des Arztes im Gesundheitswesen und in der Gesellschaft, kann dabei gefestigt oder aber von Grund auf verändert werden.

► Auch die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen gehört zu wichtigen Einflußfaktoren. Es stellt sich die Frage, ob die „Belastungsgrenze“ für Aufwendungen für die eigene Gesundheit und die der Familie tatsächlich erreicht ist, wie oft behauptet wird, und ob das Prinzip der einnahmeorientierten Ausgabenpolitik auf der Basis ausschließlich oder überwiegend öko-

nomischer Daten und Vergleichsgrößen, wie dem Bruttosozialprodukt oder der Entwicklung der Grundlohnsomme, den Bedürfnissen und Erwartungen der Bevölkerung auf Dauer gerecht werden kann.

Starre Beziehungen zwischen Kosten für das Gesundheitswesen und dem Bruttosozialprodukt müßten in Zeiten der Rezession „zwingend zur Rezession auch im Gesundheitswesen und damit zu Rationierung und Zuteilung von Gesundheitsleistungen“ führen, folgerte Vilmar. „Mit einer dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechenden Behandlung wäre ein solches Verfahren nicht vereinbar. Es widerspricht geradezu humanitären Prinzipien und ärztlichem Handeln“, erklärte er und regte statt dessen an,

► soziale Leistungen künftig mehr auf die wirklich Bedürftigen zu konzentrieren,

► zu überprüfen, ob alles, was medizinisch-technisch möglich ist, unbedingt gemacht werden muß und

► alles, worauf jedermann glaubt einen Anspruch zu haben, auch wirklich zu Lasten der Solidargemeinschaft angeboten werden soll.

Vilmar kleidete seine Kritik am „Anspruchsdenken“ vorsichtig in Fragen: „Werden die wegen der enormen Fortschritte in Wissenschaft und Technik oft geradezu blinde Fortschrittsgläubigkeit und die utopischen Forderungen der Weltgesundheitsbehörde ‚Gesundheit für alle bis zum Jahre 2000‘ oder das von manchen postulierte ‚Recht auf Gesundheit‘ und deren Auswirkungen auf Ge-

setzgebung und Rechtsprechung mit ständiger Erweiterung des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung sowie die im Umkehrschluß der WHO-Definition der Gesundheit allmählich jedes Unbehagen einschließende Ausweitung des Krankheitsbegriffes Anspruchsberechtigung und Anspruchsverhalten weiter steigern? Oder werden sich realistische Betrachtungsweisen und die Erkenntnis durchsetzen, daß auch heute die Medizin noch nicht über einen abgeschlossenen Erkenntnisstand verfügt und daß im Gesundheitswesen den Naturgesetzen unterworfenen biologischen Gegebenheiten und physiologische Entwicklungen ebenso wie genetisch-bedingte Prädispositionen zu berücksichtigen sind?“ Seine Antwort: „Die simple Forderung nach Reparatur eines Körperschadens ist ebensowenig zu erfüllen wie das ‚Recht auf Gesundheit‘.“

Unter humanitären und ethischen Aspekten sei schließlich zu prüfen, in welchem Umfang die ins fast Unermeßliche gesteigerten Möglichkeiten moderner Medizin, z. B. der Intensivmedizin, der Organtransplantation, der Replantationschirurgie, der Gen-Technologie oder der extrakorporalen Befruchtung, als Routinemethoden in die tägliche ärztliche Praxis einbezogen werden müssen oder ob Begrenzungen ratsam, vielleicht sogar notwendig sind. Vilmar wörtlich: „Der ungeheuer große Aufwand und das manchmal fragwürdige Ergebnis drängen zu der Überlegung, ob mit gleichen finanziellen Mitteln nicht einer wesentlich größeren Zahl anderer Menschen ebenso wirksame wie dauerhafte Hilfe zuteil werden kann.“

Die Fortschritte der medizinischen Wissenschaft in Diagnostik und Therapie dürften jedoch nicht leichtfertig in Frage gestellt werden. Ohne sie sei eine wirksame Behandlung undenkbar. Dennoch: „Ärztliches Handeln und ärztliche Behandlung erschöpfen sich nicht im Bedienen von Appa-

Ärztliche Versorgung in den 80er Jahren

raten und technischem Gerät. Wäre dies so, käme dem Arzt bestenfalls noch die Rolle eines Bioklempners oder Gesundheitsingenieurs zu.“

In Zukunft werde der Arzt Wechselwirkungen aus gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und wissenschaftlichem Fortschritt noch mehr als früher zu berücksichtigen haben. „Die Ärzte müssen daher über ihre Rolle in der Gesellschaft und über ihr Selbstverständnis nachdenken“, forderte Dr. Vilmar. „Sie müssen sich neuen Erfordernissen stellen, ohne bewährte Grundsätze ärztlichen Handelns aufzugeben.“

Welche Folgerungen sind nach Vilmar für die ärztliche Versorgung zu ziehen?

① Alle Bemühungen zur Sicherung einer guten, individuellen Versorgung müssen sich zunächst auf eine gute Ausbildung der künftigen Ärzte richten. Die bisherige Bildungspolitik mit ihren vielen Experimenten auf Kosten junger Menschen sei gescheitert. „Sie hat in einem für den Reifeprozess vieler Menschen oft zu frühem Stadium Konkurrenzdenken und Einengung des Denkens durch zu frühe Spezialisierung gefördert.“

② Die ersten Jahre der Berufsausübung prägen für das ganze Leben. Auch von daher sei es deshalb wichtig, die Arbeitsbedingungen im Krankenhaus den Erfordernissen der Patientenversorgung mehr als bisher anzupassen. Vilmar: „Regelungen, die physiologische Gegebenheiten, Tages- und Nachrhythmen, die Möglichkeit für vertrauensvolles Gespräch und menschliche Zuwendung und die zur ganzheitlichen Versorgung des Patienten erforderliche umfassende ärztliche Leistung kaum oder gar nicht berücksichtigen und die ausschließlich auf Arbeitszeit als Maßstab ärztlichen Handelns abstellen, fördern die vielfach beklagte Inhumanität.“ So notwendig es sei, möglichst viele Weiterbildungsmöglichkeiten zu

schaffen – Job-sharing oder Stellteilung müßten deshalb „in den Notwendigkeiten für eine umfassende ärztliche Versorgung der Patienten ihre Grenze finden“.

Die Vorschläge der Ärzteschaft zu einer qualitativ hochwertigen ambulanten und stationären Versorgung sind in einer Reihe von – zum Teil sehr umfangreichen – Beschlüssen der Deutschen Ärztetage enthalten. Dr. Vilmar nannte die wesentlichen in seinem Referat: Die Westerländer Leitsätze von 1972 (1977 in Saarbrücken fortgeschrieben); sie enthalten Aussagen über die Struktur der Krankenhäuser und ihres ärztlichen Dienstes sowie über die Zusammenarbeit zwischen den in der freien Praxis und im Krankenhaus tätigen Ärzten. Außerdem hat der Ärztetag bei diesen Gelegenheiten detaillierte Vorschläge für ein kooperatives Belegarztssystem vorgelegt. 1974 hat der 77. Deutsche Ärztetag in Berlin Modelle für die ambulante ärztliche Versorgung entwickelt und 1981 in Trier speziell die primärärztliche Versorgung durch Hausärzte, namentlich Allgemeinärzte, beschrieben. Die ärztlichen Vorschläge sind in den gesundheits- und sozialpolitischen Vorstellungen der deutschen Ärzteschaft, verabschiedet vom 83. Deutschen Ärztetag in Berlin, zusammengefaßt (die auch bereits Äußerungen über die allgemeinmedizinische Versorgung enthalten; der Ärztetag in Trier ging auf diesem Gebiet freilich noch weiter voran).

Für die Zukunft sieht Vilmar folgende Praxisformen an Bedeutung gewinnen:

▷ Partnerpraxen zu zweit,

▷ Gemeinschaftspraxen, in denen sich mehrere Ärzte des gleichen Fachgebietes zusammenschließen,

▷ Praxismgemeinschaften, in denen sich Ärzte gleicher und/oder verschiedener Fachrichtungen zur gemeinsamen Nutzung von Pra-

xisräumen und/oder Praxiseinrichtungen und/oder zur gemeinsamen Inanspruchnahme von Praxispersonal zusammenschließen,

▷ Praxiskliniken, die es in einer Gruppenpraxis zusammengeschlossenen Ärzten durch Angliederung stationärer oder halbstationärer Behandlungsmöglichkeiten an die Praxis ermöglichen, Patienten im Rahmen der Grund- und Regelversorgung zu behandeln.

Vorstößen, das System der sozialen Sicherung und des in über hundert Jahren ausgebauten freiheitlichen Gesundheitswesens grundlegend zu ändern, erteilte Vilmar eine Absage. Einschränkungen der freien Arztwahl, allumfassende staatliche Fürsorge und Reglementierung durch Ambulatorien und Gesundheitszentren oder kommunale sozialpsychiatrische Dienste, medizinische und technische Zentren, das alles stünde einer individuellen Behandlung der Patienten entgegen. Vilmar warnte auch davor, den Notfallbereitschaftsdienst mit den Rettungsdiensten zusammen zur staatlichen Aufgabe und gleichsam zur vierten Säule im Gesundheitswesen zu machen.

Der Präsident der Bundesärztekammer rief schließlich dazu auf, intensiv auch mit anderen Berufsgruppen zusammenzuarbeiten. Das gelte sowohl für schon traditionelle Berufe wie die Krankenpflegeberufe oder medizinisch-technischen Assistenten oder die Apotheker. Dazu gehöre aber auch die Zusammenarbeit mit Sozialstationen oder Selbsthilfegruppen. Gerade um Selbsthilfegruppen müßten sich die Ärzte in Zukunft verstärkt bemühen, die Gruppen stünden in der Gefahr, daß sie möglicherweise sonst politisch mißbraucht würden.

Verstärkte Kooperation dürfe aber nicht zur Verlagerung rein ärztlicher Aufgaben auf andere Berufe führen. Vilmar: „Dem Arzt obliegt die Koordination und die Ent-

scheidung über ärztliche Behandlungsmaßnahmen. Er trägt die Verantwortung.“

Zum Abschluß seines Referates ging Dr. Karsten Vilmar auch auf die Berechnungen des Ärztebedarfs ein (hinsichtlich der Zahlen sei an dieser Stelle auf die beiden letzten Hefte des DEUTSCHEN ÄRZTEBLATTES verwiesen). Er machte darauf aufmerksam, daß das Krankenversicherungsweiterentwicklungsgesetz noch 1977 von einer ärztlichen Unterversorgung ausgegangen ist, daß heute aber eher von einer drohenden ärztlichen Überversorgung die Rede sein müsse. Insofern offenbarten sich mit diesem Gesetz ähnlich wie mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972 „Musterbeispiele für die Kurzsichtigkeit staatlicher Planungen“.

In der Zukunft gelte es, möglichst vielen und „möglichst den engagiertesten Ärzten Arbeitsmöglichkeiten zu schaffen“. Es werde jedoch „auch durch Veränderungen der Arbeitsbedingungen, durch Verkürzung der Wochen-, Jahres- oder Lebensarbeitszeit, durch Veränderungen der Strukturen ärztlicher Versorgung in Krankenhaus und Praxis, etwa durch Partner- und Gemeinschaftspraxen, unter Anwendung heutiger Bedarfskriterien nicht gelingen können, allen Ärzten eine sinnvolle ärztliche Tätigkeit zu ermöglichen“. Die Folgen der sich abzeichnenden Überbesetzung im ärztlichen Beruf könnten zu einer ernsthaften Gefährdung guter ärztlicher Versorgung werden, warnte Vilmar. „So könnten“, fuhr er fort, „erbarungsloser Konkurrenzkampf und existentielle Not leicht aus finanziellen Erwägungen ein Ausweichen in fachfremde Leistungen begünstigen oder zu unqualifizierten oder sogar obskuren Verfahren greifen lassen, die dem Patienten im besten Fall nicht nutzen, ihm aber möglicherweise Schaden zufügen. Damit wäre das oberste Gebot ärztlichen Handelns verletzt, dem Patienten niemals zu schaden.“ NJ

Dr. Helmuth Klotz

Förderung der Allgemeinmedizin: Palette pragmatischer Maßnahmen

Seit den Beschlüssen des 84. Deutschen Ärztetages 1981 in Trier, die empfahlen, die allgemeinärztliche Versorgung nachhaltig zu fördern, haben sowohl die Kassenärztlichen Vereinigungen als auch die Landesärztekammern zahlreiche Initiativen gestartet, um ein ausgewogeneres Verhältnis zwischen allgemeinärztlicher Versorgung und der Versorgung durch Spezialisten herbeizuführen.

Dr. Helmuth Klotz, der Vizepräsident der Bundesärztekammer und Vorsitzende der Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin, Darmstadt, berichtete vor dem Ärztetag, inwieweit den Appellen und seit 1981 konkrete Taten und meßbare Erfolge gefolgt sind. Einmal abgehen davon, daß aus der Statistik noch keine spektakulären Erfolge abzulesen sind und kaum eine Trendwende zugunsten der Allgemeinmedizin zu erkennen ist, erfreulich bleibt nach Darstellungen von Dr. Klotz allein die Tatsache, daß sowohl auf Bundesebene als auch auf der Ebene der Länder die Zeichen der Zeit erkannt worden sind; eine ganze Palette von pragmatischen Sofortmaßnahmen ist inzwischen ergriffen worden.

Nach der Statistik – sowohl was die prozentuale Verteilung von Gebiets- und Allgemeinärzten und den prozentualen Zugang betrifft – dominieren nach wie vor die spezialisierten Kassen-/Vertragsärzte mit einem Anteil von 56,4 Prozent.

Die Zahl der Gebietsärzte (ohne Allgemeinärzte) nahm 1982 gegenüber 1981 überproportional um 2,9 Prozent zu, wohingegen die praktischen Ärzte um 1,9 und die Allgemeinärzte lediglich um 0,9 Prozent zunahmen (insgesamt etwa 2,3 Prozent).

Trotz der Einbeziehung der sogenannten „Übergangs“-Allgemeinärzte (Niedersachsen und Schleswig-Holstein) ist die Gruppe der Allgemeinärzte innerhalb der letzten zwei Jahre um ganze 16 Ärzte, die der praktischen Ärzte noch um 510 Kollegen gewachsen.

► Dr. Klotz stellte fest: Ob die versorgungsnotwendige Anzahl nachrückender approbierter Ärzte in naher Zukunft an einer geregelten allgemeinärztlichen Weiterbildung interessiert werden kann, hängt entscheidend von der verfügbaren und besetzbaren Anzahl von Weiterbildungsstellen in Krankenhäusern und in den Praxen der niedergelassenen Ärzte ab. Die Initiativen in den einzelnen Kammerebenen zur Realisierung der Trierer Beschlüsse sind vielgestaltig; sie lassen Pionier- und Erfindergeist erkennen, die weitere Kärnerarbeit verlangen, um zumindest auf mittlerer Sicht nicht allzu hoch geschraubten Zielen näherzukommen. Dr. Klotz zitierte die Ergebnisse der Umfrageergebnisse über Angebot und Auslastung der Weiterbildungsstellen in Kliniken und Praxen, über Schwierigkeiten und bereits begonnene und geplante Verfahren, um den Weiterbildungsgang des angehenden Allgemeinarztes flexibler zu gestalten.

Vielgestaltige Initiativen auf Bundes- und Länderebene

Die Landesärztekammern Rheinland-Pfalz und Nordrhein haben inzwischen alle leitenden Krankenhausärzte auf die besonderen Schwierigkeiten schriftlich hingewiesen, die es zur Zeit insbesondere bei den Weiterbildungsabschnitten „Innere Medizin“ und „Chirurgie“ im Rahmen des allge-