

Eine Reform der Ausbildung muß die Kompetenz der Ärzte sichern

Schlaglichter aus der 63. Hauptversammlung des Marburger Bundes am 7. und 8. Mai in Kassel

Eine „Schutzzaun“-Politik zur Sicherung etablierter Positionen wäre nach Ansicht des Marburger Bundes die denkbar schlechteste Antwort auf die akuten gesundheitspolitischen Probleme: die vielzitierte „Ärztenschwemme“ und die mangelnde Praxisnähe in der Ausbildung zum Arzt.

Palliativmittel, „Ersatzlösungen“ oder konzeptionslose wie verfassungsrechtlich bedenkliche Regelungen will der Marburger Bund, die gewerkschaftliche Organisation der angestellten und beamteten Ärzte, auch im Hinblick auf die von ihm mitvertretenen studentischen Mitglieder, unter keinen Umständen tolerieren.

Die Delegiertenversammlung des mehr als 40 000 Mitglieder (darunter rund 6000 Studenten) zählenden Ärzterverbandes hat zu Beginn der Kasseler Ärztetagswoche die verbandspolitischen Positionen und Essentials nachdrücklich verdeutlicht. Die Entschließungen unterstreichen, daß sich der Marburger Bund (MB) unbeirrt dafür einsetzt, eine möglichst gute, individuelle ärztliche Versorgung auch in Zukunft sicherzustellen und die Rahmenbedingungen der Ausbildung zum Arzt nachhaltig zu verbessern.

Ursachen-Diagnose

In der Diagnose der Ursachen der seit langem beklagten „Überproduktion“ nachrückender Ärzte und der damit einhergehenden qualitativ verschlechterten Ausbildung stimmt der Marburger Bund mit den meisten anderen Gruppierungen innerhalb der Ärzteschaft und mit vielen unabhängigen Sachverständigen überein: Es ist

beklagenswert genug, daß in Zukunft eine weitaus überhöhte Zahl von Studenten nach bestandenen Examen die Universitäten und Hochschulen verlassen werden; viel „schlimmer“ ist es, daß eine nicht näher bestimmbare Zahl der dann vorhandenen Ärzte nur unzureichend für die berufliche Tätigkeit vorbereitet ist, insbesondere, was die praktische Seite angeht. Hierin liegt das eigentliche Problem, kommentierten die meisten MB-Delegierten die „Lage“. Mit dieser Bestandsaufnahme und Wertung stimmt auch der beamtete Staatssekretär des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit, Werner Chory, überein, der eine Grußadresse an die Delegiertenversammlung in Kassel richtete. Frisch approbierte Ärzte mit reichem theoretischen Faktenwissen ohne ausreichende praktische Berufsvorbereitung und ohne notwendige Mindest Erfahrungen könnten eine Gefahr für die Gesundheit der Bevölkerung werden und das Versorgungssystem verteuern, weil Fehlbehandlungen Kostensteigerungen verursachen, mutmaßte der Bonner Staatssekretär.

Die Diskussionen und Entschließungen der 63. Hauptversammlung des Marburger Bundes kreisten um drei Problempunkte, die auch im Mittelpunkt des diesjährigen Ärztetages standen: die hohe Zahl der Medizinstudenten und der dadurch bedingte Mangel an ausreichenden Möglichkeiten für die praktische Ausbildung am Patienten, das Ärzteüberangebot in fast allen Ländern der Europäischen Gemeinschaft und die zunehmend begrenzten finanziellen Mittel bei den Kostenträgern und beim Staat.

► Die These des Marburger Bundes lautet: In Anbetracht der Virulenz der anstehenden Probleme müssen Lösungen im Grundsätzlichen und Richtungsweisenden gesucht werden, statt mit untauglichen Mitteln und Zwischenlösungen von den Hauptproblemen abzulenken.

Integration und Kompetenz

Nach den Worten des 1. Vorsitzenden des Marburger Bundes, Dr. med. Jörg-D. Hoppe, Düren, lautet das Credo der reformpolitischen Zielvorstellungen und Bestrebungen seines Verbandes, die neu hinzukommende Ärztegeneration in den Berufsstand zu integrieren, statt immer größere Hürden aufzubauen, um den Studenten de facto von seinem Berufsziel abzuhalten.

Nach Hoppe müsse auch auf der politischen Bühne eine klare Linie eingehalten werden, um sowohl das Interesse der Ärzteschaft als auch das der Gesellschaft an einer qualifizierten medizinischen Versorgung nicht aus dem Auge zu verlieren:

1. Die Kompetenz der Ärzte sollte durch eine grundlegende Reform der medizinischen Ausbildung (sowohl im Hinblick auf die Konzeption als auch auf die Durchführung) so groß wie möglich gehalten werden. Aufgabe der Ärzteverbände sei es daher, darüber zu wachen, daß nichts aus dem Berufs- und Betätigungsfeld der Gesamtärzteschaft „herausgebrochen“ wird.

2. Nur dann kann gleichzeitig die gesundheitliche Betreuung der Bevölkerung umfassend in den Händen der Ärzte belassen werden, wenn diese beweisen, daß sie dem in sie gesetzten Vertrauen und den hohen Erwartungen gerecht werden.

3. Dies setzt aber voraus, daß das gesamte Betätigungsfeld der Ärzte für alle Ärzte offengehalten wird. Zugangsschwernisse, Barrieren und interessenbezogene Schutz-

Hauptversammlung des Marburger Bundes

zäune aller Art wären dabei abträglich. Dies bedeute keineswegs eine vordergründige Forderung nach einer unbeschränkten Arbeitsplatzgarantie, sondern lediglich das Postulat, sämtliche gebotenen bildungspolitischen Chancen auszuschöpfen, um im Gesamtspektrum der ärztlichen Berufsausübung tätig werden zu können – und zwar eigenverantwortlich nach Absolvierung des vorgeschriebenen regulierten Studiums

Über eines ist sich der Marburger Bund indes klar: Infolge der großen zu erwartenden Zahl heranrückender Ärzte ist es nicht mehr gewährleistet, daß alle Berufaspiranten auch tatsächlich eine Stelle finden werden, um die notwendige Berufserfahrung sammeln zu können. Davon hänge wesentlich ab, ob die jungen Kollegen auch existentiell Fuß fassen können. Der Arbeitsmarkt für Ärzte in den Ländern der Europäischen Gemeinschaft (EG) läßt nicht gerade rosige Berufsaussichten ablesen.

Zur Zeit werden in der EG mehr Ärzte „produziert“, als tatsächlich benötigt werden: In der Bundesrepublik sind zur Zeit rund 2800 Ärzte arbeitslos gemeldet, davon etwa zehn bis 20 Prozent als dauernd arbeitslos, während der Rest nach wie vor nur vorübergehend Arbeitslosenunterstützung empfängt. Die meisten arbeitslosen Ärzte stehen in Italien auf der Straße: Heute dürften dort bereits zwischen 35 000 und 45 000 Ärzte arbeitslos sein (davon allein in Rom 4000 bis 5000 arbeitslose Ärzte)!

Verschlechterte Berufschancen

Aus der Zahl der Medizinstudenten in der Bundesrepublik und in den anderen EG-Ländern leitet der Marburger Bund eine vage Prognose für das mutmaßliche europäische Ärzteangebot in den kommenden Jahren ab: Im gesamten EG-Bereich gibt es zur Zeit etwa 400 000 Medizinstudenten, davon in der Bundesrepublik knapp 61 000. Die Zahl der Studienab-

gänger in der Medizin ist von 7413 im Jahr 1979 über 8518 (1980) geradezu sprunghaft auf 10 970 im Jahr 1981 gestiegen (mit weiter überproportional steigender Tendenz). Daraus läßt sich unschwer ableiten, daß die Zahl der neu hinzukommenden Ärzte mit frischer Approbation wesentlich größer sein dürfte als die Zahl der aus dem Berufsleben ausscheidenden Ärzte.

Hinzu kommt, daß infolge der Verknappung der Stellen am Krankenhaus immer weniger Stellen für die Weiterbildung zur Verfügung stehen. Während früher jährlich wie selbstverständlich etwa 6000 Ärzte und mehr die Krankenhäuser als fertige Spezialisten oder praktische Ärzte beziehungsweise Allgemeinärzte verließen, um sich in der freien Praxis zu betätigen, dürften es heute nur noch zwischen 2000 und 4000 Ärzte pro Jahr sein, die den Arbeitsplatz frei machen, welcher für die Weiterbildung junger Ärzte und damit für die Sammlung von Berufserfahrung zur Verfügung stehen könnte. Demnach öffnet sich im raschen Tempo die Schere zwischen Weiterbildungswillen und Weiterbildungsmöglichkeiten.

Das quantitative Problem wird also durch das Kompetenz- und Qualitätsproblem verschärft. Der Marburger Bund betonte in Kassel erneut, daß er die Reformalternativen ausschließlich daran messen werde, ob und inwieweit sie dieses Dilemma rasch und pragmatisch lösen. Unter diesem Blickwinkel hält der Marburger Bund wenig von Vorschlägen und Gesetzesvorlagen, die die Zulassungsvoraussetzungen für die Tätigkeit in der freien ärztlichen Praxis von der Erfüllung neuer Bedingungen abhängig machen wollen. So wertet der Verband den Entwurf einer Dritten Verordnung zur Änderung der Zulassungsordnung für Ärzte skeptisch bis ablehnend. Hoppe erklärte unter dem Beifall der Delegierten: „Wir werden uns allen Bestrebungen, den Zugang zur Kassenarztpraxis stark zu dros-

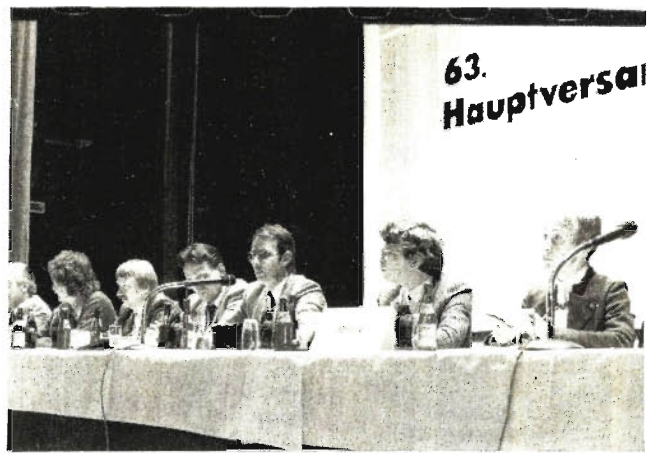
seln, ebenso wie einer Entwertung der Approbation entschieden widersetzen.“

Detailkritik am Regierungsentwurf

Der Marburger Bund moniert am Entwurf einer neuen Zulassungsordnung die Verlängerung der anrechnungsfähigen Teilabschnitte der Vorbereitungszeit von bisher zwei auf künftig mindestens drei Wochen. Dadurch würden die bisher üblichen Vertretungsmöglichkeiten in Praxen niedergelassener Kassenärzte während der Urlaubszeiten drastisch eingeschränkt. Erschwerend komme hinzu, daß auch im Krankenhaus erhebliche Kapazitätsprobleme entstehen, sofern ein Jahr der Vorbereitungszeit „im wesentlichen“ in Krankenhäusern abzuleisten ist. Infolge der massiven Sparmaßnahmen würden immer weniger Stellen an Kliniken für derartige Tätigkeiten offengehalten.

Gegen die geplanten 18 Monate zur Vorbereitung auf die kassenärztliche Tätigkeit spreche, so ein Hauptentschließungsantrag des MB, auch ein verfassungsrechtliches Bedenken: Der Entwurf gilt ausdrücklich für Deutsche. Dies hat zur Folge, daß sich künftig Ärzte aus anderen EG-Staaten ohne Vorbereitungszeit in der Bundesrepublik Deutschland als Kassenärzte niederlassen könnten. Auch Deutsche, die im Ausland erfolgreich studiert haben, bräuchten keine 18monatige Vorbereitungszeit abzuleisten. Hoppe sarkastisch: „Am besten studiert der deutsche Medizinstudent in Bologna und läßt sich sofort im Bayerischen Wald nieder.“ Dieses Beispiel zeige, daß dies eine klare rechtliche Schlechterstellung von deutschen Ärzten bedeuten würde, gegen die der Marburger Bund entschieden antreten werde.

Der Marburger Bund plädierte denn auch gegen Bestrebungen der Europäischen Kommission, bis 1995 *stufenweise* eine spezifische Weiterbildung zum Arzt für



Die Ausbildungssituation und die Berufschancen des ärztlichen Nachwuchses, krankenhauspolitische Fragen sowie der gesamte aktuelle tarifpolitische und arbeitsrechtliche Problemhaushalt der angestellten Ärzte standen auf der Tagesordnung der 63. Hauptversammlung des Marburger Bundes (am 7. und 8. Mai im Blauen Saal der Stadthalle zu Kassel) Fotos: Neusch

Allgemeinmedizin für *obligatorisch* zu erklären und demnach das bisher geltende und als notwendig erachtete Prinzip der Freiwilligkeit bei der Erlangung der Gebietsbezeichnung generell zu verlassen. Eine obligatorische, zweijährige praktische Tätigkeit vor Erteilung der Approbation wäre rechtssystematisch in der Bundesrepublik in jedem Fall *Ausbildungsbestandteil*, lautet die MB-Interpretation.

Der Marburger Bund warnte davor, die geltenden rechtssystematischen Abgrenzungen zwischen Aus- und Weiterbildung zu verlassen. Dadurch würde die Einheitlichkeit der ärztlichen Tätigkeit und des Arztberufes essentiell gefährdet; dies sei nicht akzeptabel.

Andererseits ist der Marburger Bund grundsätzlich bereit, Kompromisse zu schließen, wenn sie langfristig das angestrebte Ziel erreichen. Über die geltenden Weiterbildungszeiten könne nachgedacht werden, betonte Prof. Dr. Ulrich Kanzow, Solingen. Dazu bestehe um so mehr Veranlassung, als politische Bestrebungen darauf drängten, die Wochen-, Jahres- und Lebensarbeitszeit weiter zu reduzieren. Auch im Hinblick auf die geänderte Bereitschaftsdienstregelung für Krankenhausärzte und die reduzierten Stellenpläne müßten Änderungen erfolgen, denn das bisher geleistete Pensum sei unter den alten Kauteilen nicht mehr „machbar“.

Einmütig wurde der Vorschlag Professor Horst Bourmers, des Vorsitzenden des Hartmannbundes, zurückgewiesen, der eine Halbierung der Einkommensbezüge während der Weiterbildungszeit vorschlug, um so je zwei Weiterbildungsassistentenstellen „vorzuhalten“. Hier werde Ursache und Wirkung verkannt, kommentierten die Professoren Dr. Detlef Kunze, der MB-Landesvorsitzende aus München, und Ulrich Kanzow. Bei aller Anerkennung der Intentionen Professor Bourmers, über eine Art „Verschulung“ die ärztliche Weiterbildung zu verbessern, könne doch keinem „fertigen Arzt“ in der Klinik zugemutet werden, in Ganztagsarbeit das gleiche Arbeitspensum zu verrichten, dafür aber auf den halben Verdienst zu verzichten. Dies würde nicht nur eine Diskriminierung des klinisch tätigen Arztes gegenüber seinem (möglicherweise nicht weitergebildeten) Kollegen in der ambulanten Praxis bedeuten, sondern auch insgesamt die Tätigkeit der Krankenhausärzte abwerten. Ein einstimmig angenommener Beschluß, der von Professor Kanzow und dem Landesverband Nordrhein-Westfalen/Rheinland-Pfalz initiiert worden war, stellt fest – auch tarifpolitische Positionen unterstreichend: „Die Tarifgehälter der Krankenhausärzte stehen nicht zur Disposition, um durch eine Halbierung aus dem Gehalt für einen Assistenzarzt die Vergütung für zwei zu schaffen. Dies hieße, einen Arzt tarifmäßig

wie eine ‚ungelernte Hilfskraft‘ einzustufen. So läßt sich die Problematik . . . stellensuchender junger Ärzte nicht lösen.“ Die finanziellen Einbußen, die mit einem Job-Geld-sharing verbunden wären, verdeutlichte Professor Kanzow: Ein 27jähriger verheirateter Assistenzarzt (ein Kind) würde von seinem tariflichen Monatsgehalt in Höhe von 3839 DM auf das halbierte Salär in Höhe von 1919 DM herabgestuft, mithin auf einen „Ecklohn“, der um 150 DM geringer ist, als eine gleichaltrige ungelernete Hilfskraft nach BAT X bei Ganztagsbeschäftigung verdienen würde.

Weitere Anliegen des Marburger Bundes lauten:

Die Weiterbildungsordnungen sollten künftig mit dem Ziel verändert werden, in weitaus größerem Umfang als bisher Teilzeitarbeitsverhältnisse auf die vorgeschriebene Weiterbildung anzurechnen.

Die bisher restriktive Handhabung müsse aufgegeben werden, insbesondere die „Formalie“, die Anrechnung von Teilzeitarbeitsverhältnissen vorher bei der Kammer zu beantragen. Begründet wurde der Antrag damit, daß nicht nur aus persönlichen und familiären Gründen Halbtagsstellen für die Weiterbildung reklamiert werden, sondern vielmehr von *allen weiterbildungswilligen* Ärzten und Ärztinnen beansprucht werden sollten.

Marburger Bund

Ärzte ermächtigt werden, sich aktiv in die Weiterbildung einzuschalten. Insbesondere bestimmte Teilgebiete und Bereiche böten sich hier an. Je nach Fachgebiet seien auch gemeinsame Ermächtigungen von leitenden und nichtleitenden Ärzten denkbar. Die Ermächtigung ausschließlich nach der vorhandenen Bettenkapazität auszurichten sei für die meisten ärztlichen Fachgebiete kaum vertretbar. Auch in den niedergelassenen Praxen, im arbeitsmedizinischen Dienst oder an den Gesundheitsämtern seien ausreichend qualifizierte Ärzte bereit, sich in die Weiterbildungspflichten aktiv einzuschalten – gegebenenfalls kooperativ mit anderen Ärzten, die im Verbund mit ihnen die volle Weiterbildung vermitteln wollen.

Sicherstellungsauftrag und Finanzierungsreform

Die übrigen Problemkomplexe kreisten um allgemeine gesundheitspolitische Anliegen:

Der Marburger Bund widerspricht Bestrebungen, die darauf abzielen, den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen auszuhöhlen oder zu zerstören. Vorschläge, diesen durch ein wie auch immer geartetes Vertrags- und Lizenzierungssystem zu verändern (aktuelle Forderungen der DAG und der Ersatzkassen), könnten die Therapiefreiheit und die Freiberuflichkeit der Ärzte tangieren, weil die gesetzlichen Krankenkassen dann ihre „Monopolstellungen“ noch mehr ausnutzen könnten. Vertragliche Zulassungsbeschränkungen könnten auch mittelbare Rückwirkungen auf die existentielle Situation der als Arbeitnehmer tätigen Ärzte haben.

Der Marburger Bund setzt sich dafür ein, daß alle geeigneten Krankenhäuser in die praktische Ausbildung ebenso eingeschaltet werden wie eine ausreichende Zahl von „Lehrpraxen“ niedergelassener Ärzte. Dem Vorstand ist in einem überwiesenen Antrag aufgetragen worden, Bund und Länder



Der 1. Vorsitzende der Deutschen Angestellten-Gewerkschaft (DAG), Hermann Brandt, Hamburg (links), erhielt während der Delegierten-Versammlung des Marburger Bundes (MB) aus der Hand des 1. Vorsitzenden, Dr. med. Jörg D. Hoppe, das „Ehren-Reflexhämmerchen“ des MB

aufzufordern, die Kapazitäten der Ausbildungsstätten den veränderten Gegebenheiten und Anforderungen an die Ausbildungsinhalte anzupassen.

Die krankenhauspolitischen Essentials faßte der Verband in einem mehrheitlich angenommenen Beschluß zusammen:

a) Bei allen Fragen der Krankenhausfinanzierung und -bedarfsplanung müssen alle unmittelbar Beteiligten maßgeblich bereits im Stadium der Planung einbezogen werden. Der Marburger Bund bietet seinen Sachverstand bei der jetzt begonnenen Kommissionsarbeit zur Revision des Krankenhausfinanzierungsgesetzes an.

b) Auch in Zukunft könne auf die Kompetenz der Bundesländer bei der Krankenhausfinanzierung nicht verzichtet werden, da sie die staatliche Verantwortung für die Erfüllung dieser wichtigen öffentlichen Aufgabe zu tragen hätten (etwa bei Katastrophen und Epidemien).

c) Die bisher vollpauschalierten Pflegesätze bei voller Erstattung der nachgewiesenen Selbstkosten sollten Zug um Zug durch leistungsbezogene, transparent aus-

gewiesene Entgelte ersetzt werden. Der Marburger Bund empfiehlt einen gesplitteten oder abteilungsspezifischen Pflegesatz, um so alternative Abrechnungsmethoden zu erproben.

d) Eine liberalisierte Betriebsführung müsse dem Krankenhaus die Möglichkeiten einräumen, das Kosten- und Leistungsgeschehen in Schach und Proportion zu halten. Die im geltenden Pflegesatzrecht enthaltene Experimentierklausel reiche nicht aus, um Modelle einer wirtschaftlichen Abrechnung und Betriebsführung zu erproben. Hier seien detaillierte Vorschriften notwendig.

e) Die wieder aufgeflammete Diskussion um Finanzierungsalternativen (Ablösung der Mischfinanzierung, Umgestaltung des dualen Systems) sollte tunlichst von einem bloßen Aufteilen und Verschieben neuer Finanzierungslasten absehen. Vielmehr müßten auch grundsätzlich neue Methoden der Leistungsabrechnung und -vergütung eingeführt werden (eventuell ein spezieller Krankenhaustarif oder eine Krankenhausbühnenordnung analog der im ambulanten Bereich geltenden GOÄ sowie Diagnose-Leistungs-Statistiken).
Dr. Harald Clade