

ÖSTERREICH

Streit um Turnusärzte

Die von den Politikern der Alpenrepublik bisher systematisch gelegnete „Ärztenschwemme“ tritt jetzt mit nachweisbaren Zahlen und einem grotesken Ergebnis ein, nämlich bei den Turnusärzten. Österreichs Jungärzte müssen nach der mit der Erteilung des Dokortitels verbundenen Approbation noch zwei Jahre als Turnusärzte in Krankenanstalten arbeiten, ehe sie selbstverantwortlich im Krankenhaus oder in eigener Praxis tätig sein können – dies ist also eine „Pflichtassistentenzeit“ nach der Approbation. Da es in Österreich bisher keine Beschränkungen des Zugangs zum Medizinstudium gibt, ist seit einiger Zeit die Zahl der Bewerber um Turnusarztstellen höher als die Zahl der Stellen. Für das Bundesland Wien hat die Kammer gezählt: 759 Jungärzte sind arbeitslos, 55 davon bereits seit 1981, weitere 250 aus dem Examensjahrgang 1982.

Der Wiener Gesundheitsstadtrat Alois Stacher (Sozialist) hat die Wiener Krankenhäuser nun angewiesen, nur noch Turnusärzte einzustellen, die selbst Wiener sind. Er reagierte damit allerdings nur darauf, daß in einigen anderen Bundesländern mehr oder weniger heimlich bereits seit längerer Zeit so verfahren wurde; in einigen Fällen wird Nicht-Landeskindern sogar schon die Aufnahme in die Warteliste verweigert.

Die Österreichische Ärztekammer ist strikt gegen derartige Beschränkungen, und Stadtrat Stacher an sich auch, aber: Er fühlt sich verpflichtet, nun wenigstens „seine“ Landeskindern zu schützen. Der Sprecher der Turnusärzte in der Wiener Landesärztekammer, Dr. Hrabcik, hat verlangt, daß der Bund sich der Sache annimmt. Er solle Krankenhäusern, die derartige Aufnahmepraktiken betreiben, die staatlichen Zuschüsse streichen. Österreichs Ärztekam-

merpräsident, Dr. Richard Piaty, hat den Vorschlag von Wissenschaftsminister Fischer, die Turnusarztzeit zu kürzen, abgelehnt. Er setzt sich vielmehr dafür ein, durch verschiedene Maßnahmen die „Produktion“ von Medizinern zu beschränken. Besonders denkt er im Rahmen einer Studienreform an die Einführung eines „propädeutischen Jahres“ mit:

- ▶ Ausbildung in Erster Hilfe, sowohl theoretisch als auch wenigstens einen Monat praktisch;
- ▶ Krankenpflegekurs und wenigstens drei Monate Praxis als Krankenpfleger;
- ▶ Einführung und Übung in das ärztliche Gespräch, Psychologie, Menschenführung, medizinische Ethik;
- ▶ Propädeutik bzw. Einführung in Kernfächer, wie Innere Medizin oder Chirurgie in Form von Fallbeispielen und typischen Patientenschicksalen;
- ▶ Mitarbeit als Hospitant in Lehrpraxen und Lehrspitälern, also in Bereichen, in denen später als Famulant gearbeitet werden kann.

Am Ende dieses Jahres sollte dann eine Prüfung stehen, die nach Dr. Piatys Ansicht durchaus den Charakter einer Eignungsprüfung für die Fortsetzung des Medizinstudiums hätte.

Zur gleichen Zeit meldet das große Allgemeine Krankenhaus Wien, daß es wegen Personalmangels vorübergehend eine der drei neurologischen Stationen schließen müsse. Allerdings werden in dieser Zeit auch Reparaturen vorgenommen. Der Personalmangel ist jedoch vornehmlich auf die Urlaubszeit zurückzuführen – die aber herrscht bei den Patienten um diese Zeit auch vor, so daß von einer dramatischen Situation oder gar von einem von den Politikern immer wieder beschworenen Ärztemangel keineswegs die Rede sein kann. bt

VEREINIGTE STAATEN

Vergütung nach Diagnose

In sehr höflicher Form hat die American Medical Association dem US-Kongreß Voreiligkeit vorgeworfen: Die neue Methode, mit der nach einem im März vom Kongreß verabschiedeten Gesetz die Behandlung von Sozialpatienten im Krankenhaus bezahlt werden soll, sei noch längst nicht genügend durchdacht und erprobt. Tatsächlich gibt es bisher nur einen einzigen Versuch.

Nach dem neuen Gesetz sollen für Medicare-Patienten Pauschalsätze bezahlt werden, die sich an der Diagnose orientieren (DRG heißt das System: diagnosis-related groups). Die Idee ist, daß leistungsfähige Krankenhäuser insofern belohnt werden, als sie bei kürzeren als den für die jeweilige Diagnose festgesetzten Durchschnittsverweildauern einen Profit machen; andere Krankenhäuser werden angehalten, ihre Leistungen zu überprüfen, wenn sie über dem Verweildauerdurchschnitt liegen. Das laufende Einzelexperiment hat jedoch gezeigt, daß einige Fallen im System stecken: Zum einen führt ein beharrliches Unterschreiten der Verweildauer dazu, daß damit auch der Durchschnitt und infolgedessen auf die Dauer die Vergütung in einer DRG sinkt; außerdem ist die Neigung anzutreffen, in den Aufnahmepapieren der Patienten schwerere (und damit teurere) Diagnosen anzugeben, als sie der Patient tatsächlich aufweist. Schwierigkeiten bereitet die Vergütung bei unklaren oder erst nach langwierigen Untersuchungen zu stellenden Diagnosen, bei Änderung der Diagnose während eines Krankenhausaufenthalts oder bei Komplikationen oder Mehrfachdiagnosen.

Immerhin muß das Verfahren nunmehr in den nächsten zwei Jahren allmählich eingeführt werden. Die Medicare-Patienten machen allerdings nur 25 Prozent der Patienten in den US-Spitälern aus. bt