

## Krankenhäuser kein „Auffangbecken für Berufsanfänger“

Der patientennahen Ausbildung, wie sie beim „Arzt im Praktikum“ (AiP) praktiziert werden soll, stehen die Krankenhäuser grundsätzlich positiv gegenüber, so die Arbeitsgemeinschaft Krankenhaus in Bayern (AKB). Allerdings dürfe dieses Konzept nicht zum Selbstzweck werden, denn eine qualifizierte ärztliche Patientenversorgung müsse stets im Vordergrund stehen.

Die Möglichkeiten, die Stellen dienstälterer, erfahrener Krankenhausärzte in AiP-Stellen umzuwandeln, sind nach Ansicht der AKB jedenfalls begrenzt, zumal die ärztlichen Stellenpläne ohnehin äußerst knapp bemessen sind. Diese richten sich in vielen Häusern immer noch nach den Anhaltzahlen der Deutschen Krankenhausgesellschaft von 1969/1974.

Keinesfalls dürfe man die Zahl der umzuwandelnden ärztlichen Planstellen nach der Zahl der jährlichen Studienabgänger bemessen. Vielmehr müsse man sorgfältig prüfen, wieviele Stellen zur Verfügung stehen, ohne die Versorgung der Patienten zu beeinträchtigen. Je nach Fachgebiet komme man zu unterschiedlichen Möglichkeiten, Berufsanfänger anzuleiten und zu beaufsichtigen. In einigen Bereichen – wie etwa in der Anästhesie oder auf Intensivstationen – könnten aber erfahrene Ärzte nicht durch ein oder zwei Anfänger ersetzt werden.

Da sich der AiP auf seine Tätigkeit in der freien Praxis möglichst vielseitig vorbereiten sollte, müßte das ärztliche Praktikum strukturiert werden. Demzufolge müßten – so die AKB – die Arztpraktikanten innerhalb der 18 (später 24) Monate in mehreren Fachgebieten arbeiten. Nur wenn der AiP nicht dem Zwang zum Wechsel unterliegt, ist es nach Ansicht der

AKB möglich, den AiP in der zur Verfügung stehenden Zeit so weit einzuarbeiten, daß er sich in der zweiten Hälfte seiner Praktikumszeit mehr oder weniger effektiv an der ärztlichen Krankenversorgung beteiligen kann. Nur dann stelle der AiP im Krankenhausbetrieb keine Belastung dar.

Nach dem neuen Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHNG) ist es dem Landesrecht vorbehalten, die Bewilligung von Fördermitteln von der Übernahme von Aufgaben der ärztlichen Ausbildung abhängig zu machen. Dies hält die bayerische Arbeitsgemeinschaft jedoch für unakzeptabel, da diese Förderung in erster Linie der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung zu dienen hätten, nicht aber der Steuerung bildungspolitischer Probleme. jv

## Unabhängige Berufsausübung wahren!

Der Vertrauensärztliche Dienst (VäD) für die gesetzliche Krankenversicherung soll auf die Grundlage des geltenden Rechts vertraglich zum 1. Januar 1986 neu geregelt und weiterentwickelt werden. Dies ist Inhalt eines Entwurfs einer Empfehlungsvereinbarung sowie eines Mustervertrages über die zukünftigen Zuständigkeiten für den VäD, auf die sich die Vorstandsvorsitzenden der Spitzenverbände der Krankenversicherung und des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger – handelnd für die Landesversicherungsanstalten – nach langwierigen mehrjährigen Verhandlungen im Frühjahr 1985 geeinigt haben. Die abschließende Zustimmung der Vertreterversammlung der beteiligten Organisationen wird für Herbst 1985 erwartet.

Die Neukonzeption sieht vor, daß zwar die Funktion der Landesversicherungsanstalten (LVA) als Rechtsträger und „dienstrecht-

liche Hülse“ des VäD erhalten bleibt, jedoch bei den LVAs anstelle des bisherigen „Krankenversicherungsausschusses“, in dem allein die LVA-Vorstandsvertreter stimmberechtigt waren, nunmehr ein „VäD-Ausschuß“ eingerichtet wird, in dem neben den LVA-Vorstandsvertretern die Vertreter der Krankenversicherung Stimmrecht und sogar Mehrheit haben. Der Landesvertrauensarzt gehört dem Gremium lediglich mit beratender Stimme an. Durch eine Selbstbindung der LVA-Organen an die Beschlüsse des VäD-Ausschusses soll die Eigenverantwortlichkeit der Krankenkassen für den von ihnen auch finanzierten VäD gestärkt werden. Auf Bundesebene wird die Arbeit der Vertrauensärztlichen Dienste und der VäD-Ausschüsse abgestimmt durch einen *Koordinierungsausschuß*, dem die Vorstandsvorsitzenden und stellvertretenden Vorsitzenden der Spitzenverbände der Kranken- und Rentenversicherung als stimmberechtigte Mitglieder angehören. Beraten wird dieser Ausschuß durch ein Fachgremium, dem stimmberechtigt die Geschäftsführer der Verbände und mit beratender Stimme jeweils ein Vertrauensarzt angehören, der von der Rentenversicherung beziehungsweise der Krankenversicherung benannt wird. Diese Koordinierungsstelle wird für die Dauer der Empfehlungsvereinbarung (bis 31. Dezember 1992) bei der Arbeitsgemeinschaft für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherung (AGKV), Essen, eingerichtet. Eine wesentlich weitergehende Konzeption, vorgebracht in einem früheren Verhandlungsstadium, nämlich die völlige Herauslösung des VäD aus den LVAs und die Schaffung eigener Selbstverwaltungsorganisationen auf der Grundlage von Bundes- und Landesarbeitsgemeinschaften der Krankenkassenverbände, ist damit nicht weiterverfolgt worden. Ein solches Modell hatten die Spitzenorganisationen der ärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften im September 1984 mit

der Begründung abgelehnt, es wahre nicht mehr die dienstrechtliche Unabhängigkeit der ärztlichen Gutachter in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Beibehaltung der Zuordnung des VdD zu den Landesversicherungsanstalten sichere die erforderliche Unabhängigkeit gegenüber den Krankenkassen als den Auftraggebern für die gutachterliche Tätigkeit einerseits und den behandelnden Ärzten andererseits.

Zwar berührt die jetzt vorgesehene Neustrukturierung die *dienstrechtliche Unabhängigkeit* und Einbindung des VdL in die LVAs formal nicht, doch darf – vor allem in Anbetracht der Mehrheitsverhältnisse sowohl im Koordinierungsausschuß auf Bundesebene als auch den einzelnen VdD-Ausschüssen bei den Landesversicherungsanstalten – die Neuregelung auch nicht zu einer Unterhöhlung der von der ärztlichen Berufsordnung (§ 1) geforderten Freiheit und Unabhängigkeit in der Berufsausübung des Vertrauensarztes führen. Hintergrund für diese mögliche Gefahr: Nach dem Vereinbarungs- und Vertragsentwurf stellt der Koordinierungsausschuß „zur Koordinierung, Gestaltung und Förderung des VdD Grundsätze auf, insbesondere zur Sicherstellung einer ausreichenden, zweckmäßigen und gleichmäßigen Begutachtung...“; dem VdD-Ausschuß obliegen für den VdD neben Beschlüssen und Vorgaben über Haushaltsplan, Jahresrechnung, Personalangelegenheiten und laufende Verwaltungsgeschäfte insbesondere auch „Grundsatzentscheidungen für die Tätigkeit“ des Vertrauensärztlichen Dienstes.

► Kassenärztliche Bundesvereinigung und Bundesärztekammer fordern daher die Vereinbarungspartner auf, dafür Sorge zu tragen, daß bei der ab 1986 geltenden Neuregelung die notwendige Unabhängigkeit des Vertrauensärztlichen Dienstes bei der Ausübung seiner Tätigkeit gewahrt bleibt. Dr. Hans-Jürgen Maas

## Sterbebeistand – Sterbehilfe

„Sterbehilfe ist und bleibt für die deutsche Ärzteschaft indiskutabel.“ Diese Auffassung vertrat Prof. Dr. Werner Ohler, Wissenschaftlicher Direktor der Akademie für Ärztliche Fortbildung in Rheinland-Pfalz, bei einer Diskussionsveranstaltung in Mainz. In Anspielung auf den Fall Hackethal sagte er mit Nachdruck, die Entscheidung zur Hilfe zum Sterben sei unärztlich, inhuman und widerspreche dem medizinischen Auftrag, Leben zu erhalten. Die Rechtsprechung aber, so Strafrechtler Prof. Dr. Ernst-Walter Hanack (Universität Mainz), werde auch in Zukunft der freien Gewissensentscheidung des Arztes vertrauen: „Recht und ärztliche Standesethik laufen hier parallel.“

Um medizinische, ethische und juristische Fragen zum Thema Sterbebeistand – Sterbehilfe aufzuhellen, hatten die Landesregierung und die Akademie für Ärztliche Fortbildung in Rheinland-Pfalz namhafte Fachleute geladen. Gut 100 in der Seelsorge und im Gesundheitswesen engagierte Bürger nutzten die Gelegenheit zum Gespräch.

Die Verantwortung des Arztes einem Sterbenden gegenüber, sagte Prof. Ohler in seinem Referat, habe oft tragische Ausmaße und entziehe sich zu Recht weitgehend der Rechtsprechung. Wichtigste Grundlage im Verhältnis zum Patienten sei das Vertrauen zum Arzt, das nicht durch spektakuläre Tötungsakte untergraben werden dürfe. Ohler räumte ein, daß es zwar Grenzsituationen gebe, wo sich die Frage stelle, ob die Entscheidung des Arztes auch im Interesse des Patienten sei. Doch vor den Zweifeln über den Einsatz aller technischen Möglichkeiten müsse der Wille zum Leben stehen. Prof. Dr. Walter Kreienberg, Präsident der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz, schloß sich

in der Diskussion der Stellungnahme Ohlers an. Die passive Sterbehilfe sei zwar juristisch nicht strafbar, verstoße aber gegen den Ärztekodex. Auch die ärztliche Aufklärungspflicht habe Grenzen, „sie endet da, wo dem Patienten Schaden zugefügt wird“.

Die Wurzel der Sterbehilfe-Diskussion liegt nach Ansicht von Dr. Josef Mayer-Scheu, klinischer Seelsorger aus Heidelberg, in der modernen Krankenhaustechnik. Der eigentlich ganzheitliche Dienst am Patienten habe sich in über 300 Berufe im Krankenwesen aufgesplittert. Mehr Zeit für den Sterbenden, keine Scheu vor unbequemen Gesprächen forderte Mayer-Scheu von den Medizinern. Im übrigen betonte auch der Seelsorger den Vorrang der Gewissensentscheidung des Arztes.

Die Rechtsprechung läßt der ärztlichen Seite grundsätzlich einen breiten Spielraum. In seiner Stellungnahme aus der Sicht des Strafrechtlers griff Prof. Hanack den Fall der passiven Sterbehilfe auf, wie ihn Hackethal praktiziert hat. Zwar sei Beihilfe zum Selbstmord nach herrschender Rechtsmeinung nicht strafbar, „doch es bleibt die sehr ernste Frage, ob Hackethal berufsordnungswidrig gehandelt hat“. Wie wenig die Justiz in die ärztliche Gewissensentscheidung eingreife, zeige die Tatsache, daß es bisher keinerlei Verurteilungen im Bereich der Sterbehilfe gegeben habe. Vorrangiger Maßstab sei die ärztliche Standesethik.

Die ärztliche Ethik aber, so Dr. Martin Rock, Professor der Katholischen Theologie in Mainz, müsse mehr in den Vordergrund der Medizinerbildung treten. In 15 Thesen nannte der Theologe unter anderem den Anspruch des Menschen, in Würde und Freiheit zu sterben. So verurteilte er „krampfhaft und gleichsam gewaltsame Eingriffe“, um den Tod zu verzögern. Daß Schmerzlinderung, erklärte Rock, nicht strafbar