

# Allgemeinmedizin: Brücke zur ärztlichen Berufspraxis

Das jährliche Dekan-Symposion der Vereinigung der Hochschullehrer und Lehrbeauftragten für Allgemeinmedizin, das nun schon zum 13. Male in München stattfand, dient eigentlich nicht der gesundheitspolitischen Diskussion, sondern es soll bei den Vertretern der medizinischen Fakultäten für das Fach Allgemeinmedizin werben. Es geht darum, der Allgemeinmedizin auch in Lehre und Forschung den ihrer Bedeutung entsprechenden Raum zukommen zu lassen. Diesmal allerdings wurde viel – für manche: zuviel – „Politik“ geboten. So referierte Professor Dr. Michael Arnold, Tübingen, Mitglied des Sachverständigenrates der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen, über dessen Empfehlungen, und Ministerialrat Horst Dieter Schirmer vom Bundesarbeitsministerium erläuterte die umstrittenen Bonner Vorstellungen über die künftige Qualifikation für die Allgemein- und überhaupt für die Kassenarztpraxis. (In München war noch nicht bekannt, daß Schirmer demnächst vom Bundesarbeitsministerium in die KBV überwechselt.)

Politisches hatte aber schon der Vorsitzende der Vereinigung, Professor Dr. Häußler, bei der Eröffnung angesprochen: die Allgemeinmedizin kann wie kein anderes Fach den notwendigen Wandel der Medizin, ihres Menschenbildes und auch des Krankheitsbegriffes erkennen und fördern: Es gibt nicht nur biologische Logik und naturwissenschaftliche Kausalität; die Spezialisierung der Medizin droht zur „Balkanisierung“ zu werden; die Medizin muß den Menschen mehr in seiner Gesamtheit sehen, einschließlich seiner Lebensumwelt und seiner Wertvorstellungen, und ihn so auch zum Maß für sozialpolitische Reformen machen – und die Allgemeinmedizin kann diese „Wirklichkeit der Praxis“ in die ärztliche Ausbildung und die medizinische Forschung einbringen.

An mehreren Beispielen wurde dies wieder eindrucksvoll deutlich.

So demonstrierten die Düsseldorfer Professoren Dr. Peter Helmich und Professor Dr. Hans-Joachim Freund eine interdisziplinäre Vorlesung von Allgemeinmediziner und Neurologen zu dem „banalen Thema“ Kopfschmerz. Wenn so etwas gelingt, dann nimmt der Student gleich mehrere Lernerfolge auf einmal mit: den Unterschied zwischen dem Längsschnittwissen des Hausarztes über den Patienten und dem Ausschnittwissen des Klinikers; die gerade beim Kopfschmerz große Bedeutung der Anamnese; das Erkennen der Grenzen eigener Möglichkeiten (der Hausarzt muß wissen, wann der Spezialist einzuschalten ist); die Notwendigkeit der Kooperation zwischen den Ärzten.

Ein ähnliches Zusammenwirken führten zwei Aachener vor, Professor Dr. Waltraut Kruse und der Pädiater Professor Dr. Gerhard Heimann. Am Beispiel einer Fünfjährigen stellte Frau Kruse die Bedeutung der Familienanamnese und des sozialen Umfeldes heraus, während Heimann das in der Kinderheilkunde besonders krasse Mißverhältnis zwischen Studenten und für die Ausbildung geeigneten Kindern in der Klinik unterstrich. Dies führte zu längerer, aber letztendlich ergebnisloser Diskussion der Frage, ob man nicht Ausbildungsabschnitte aus der Universität heraus in die Praxis verlagern könnte.

## Zum Nutzen aller

Der Forschung in der Allgemeinmedizin widmeten sich Professor Dr. Klaus Jork und Dr. Gisela Fischer, beide Frankfurt. Jork stellte ein wissenschaftstheoretisches Modell primärärztlicher Tätigkeit vor, welches die Tatsache berücksichtigt, daß Allgemeinmedizin sich nicht nur wissenschaftlicher Erkenntnisse und Methoden, sondern wesentlich auch der Empirie bedient. Man war sich

einig, daß derartige Modelle nicht nur den Anspruch der Allgemeinmedizin auf „Wissenschaftlichkeit“ untermauern können, sondern auch zur Qualitätssicherung primärärztlicher Tätigkeit beitragen: der Hausarzt muß ja in möglichst rationeller Weise (Beispiel: Ausschlußdiagnostik) aus den vielen vom Patienten „angebotenen“ Anliegen und Beschwerden das Wichtige herausfinden. Frau Fischer schließlich wies darauf hin, daß die Zahlen der Arztkontakte oder der Diagnosen generell ab dem fünften Lebensjahrzehnt zunehmen. Ferner: ein Drittel der Diagnosen bei alten Menschen sind gar nicht altersspezifisch – diese beiden Phänomene weisen schon auf den Beitrag hin, den die Allgemeinmedizin für geriatrische Forschungen leisten könnte . . .

. . . könnte, wenn endlich – und dies ist und bleibt das ceterum censeo derjenigen, die mit viel Idealismus an den Universitäten Allgemeinmedizin lehren, und ihres unermüdlichen Vorkämpfers Häußler –, wenn endlich die Allgemeinmedizin an der Universität institutionalisiert wird nicht als Selbstzweck, sondern zum Nutzen aller künftigen Ärzte und ihrer Patienten. gb

## AIDS – Aufgaben der kassenärztlichen Versorgung

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung sieht bei der Bekämpfung der Immunschwäche AIDS eine besondere Rolle für die niedergelassenen Ärzte. Besonders die Prävention (Information und Gesundheitserziehung) sei – so Dr. med. Günter Flatten vom Zentralinstitut auf der letzten Sitzung des Nationalen AIDS-Beirates – eine ganz wesentliche Aufgabe der Kassenärzte.

Auch die fachübergreifende Betreuung der AIDS-Patienten sei durch die niedergelassenen Ärzte dank der Überweisungspraxis gewährleistet. Das treffe auch für die

psychotherapeutische, psychologische und soziale Betreuung zu.

Eine weitere Möglichkeit, AIDS-Patienten umfassend zu betreuen, sieht Flatten in der Einrichtung von schwerpunktmäßigen Einzel- oder Gruppenpraxen, besonders in den Großstädten.

Ohne zusätzliche finanzielle Hilfe sei die kurz- bis mittelfristige Sicherstellung der fachübergreifenden Betreuung von AIDS-Kranken freilich nicht im wünschenswerten Umfang möglich, erklärte Dr. Flatten bei der Zusammenkunft im Bundesgesundheitsministerium (dort resortiert der AIDS-Beirat). Kurzfristig würden Mittel benötigt für:

- die notwendige Information und Fortbildung der Ärzte,
- den Ausbau spezieller Versorgungsstrukturen in Analogie zur Behandlung von Krebskranken,
- das flächendeckende Angebot der anonymen AIDS-Diagnostik,
- die intensivierten Interventionsmaßnahmen durch Gesundheitsaufklärung und -erziehung sowie Beratung zur Motivation einer AIDS-verhindernden Lebensweise,
- den Aufbau und die Unterstützung von Kooperationen mit nicht ärztlichen Fachgruppen.

Kurz- bis mittelfristig sei daneben die Honorierung aller im Bereich der Diagnostik, Therapie und der psychosozialen Betreuung anfallenden Leistungen zu sichern.

Zur Information der niedergelassenen Ärzte hat das Zentralinstitut eine Koordinierungs- und Informationsstelle für AIDS eingerichtet. Außerdem ist eine Informationsbroschüre „AIDS als Problem der kassenärztlichen Versorgung“ an alle Kassenärzte verteilt worden. Weiter führt das Zentralinstitut zur Zeit Literatur-Studien, eine statistische Erhebung in Hessen, eine Bestandaufnahme der therapeutischen Strategien sowie eine AIDS-Kostenerhebung durch. In Bayern wird in Kürze eine der von Flatten vor dem Beirat aufgelisteten Forderungen erfüllt: Ab 1. Januar 1988 zahlt die Staatsregierung den HIV-Test beim niedergelassenen Arzt. Die Honorarabwicklung erfolgt dabei über die Kassenärztliche Vereinigung. EB

## Krankenhäuser

# Sparstrategien – und die Realitäten

Auf der Suche nach probaten Sparstrategien für die üppig ins Kraut schießenden Krankenhauskosten sind schnell Patentrezepte parat. Insbesondere die von den Krankenkassen und vom Bundesgesundheitsministerium verfochtenen Thesen gehen – bisher jedenfalls – nicht auf:

*These 1:* „Verweildauerreduzierung führt automatisch zur Kostensenkung“. Tatsache: Das Krankheitsvolumen des Jahres 1986 (Zahl der Pflgetage pro Einwohner in der stationären Versorgung) hat sich gegenüber 1955 nicht verändert, obwohl die Verweildauer in Akutkliniken im gleichen Zeitraum von 30,1 Tagen auf 17,7 Tagen (also um rund die Hälfte) sank. Die Folge: Das durch die Verweildauersenkung verringerte Krankheitsvolumen ist gleichzeitig durch nachfragesteigernde zusätzliche Leistungen und vermehrtes Bettenangebot mehr als kompensiert worden – und dies bei insgesamt deutlich verbesserter Qualität.

*These 2:* „Der nur zögerliche Bettenabbau durch die Länder verhindert die Kostendämpfung“. Tatsache: Die Länder haben seit 1973 rund 36 000 Planbetten bundesweit zusammengestrichen. Dennoch ist das Leistungsvolumen gewachsen, die Personalbeanspruchung ist größer und die Kapazitäten sind weiter ausgelastet worden. Das Leistungsplus konnte nur durch Rationalisierung und Personalerweiterung einigermaßen kompensiert werden. Aber: In dem Maße, wie planungspflichtige Betten im Akutbereich „abgewrackt“ wurden, sind auf vertraglicher Basis und auf Initiative der Krankenkassen (Wettbewerb!) 28 000 zusätzliche Betten (mit zusätzlichen Leistungen und Ausgabensteigerungen) vor allem bei den Kur- und Spezialkrankenhäusern aufgetürmt worden.

*These 3:* „Aufhebung des Kontrahierungszwanges gemäß § 371 RVO reduziert die Bettenkapazität“. Antithese: Die Summe der gesetzlich verbrieften Rechte der Versicherten (§ 184 RVO) determiniert den Gesamtbedarf an vorzuhaltenden Kapazitäten, die öffentlich zu finanzieren und von den Krankenkassen zu bezahlen sind. Demnach kann ein schematischer globaler Bettenabbau weder die Patientennachfrage drosseln noch Leistungen limitieren. Personalabbau würde zudem zur Leistungssenkung führen.

*These 4:* „Die Krankenkassen müssen im Interesse der Kostendämpfung rigorose Mitbestimmungsrechte auch bei der Personalstruktur und der Gestaltung des Angebotes erhalten.“ Tatsache: Die bereits gesetzlich seit dem 1985 installierten RVO- und KHG-Paragrafen sind noch nicht zielgerecht ausgeschöpft worden, um Art, Umfang und Ort der stationären Leistungserbringung festzulegen. Der Personal- und Sachkostenbedarf kann nicht einfach nach der nivellierenden „Meßlatte Bett“ orientiert werden.

*These 5:* „Schiedsstellen-Sprüche führen zur Kostendämpfung.“ Tatsache: Schiedsstellen sind grundsätzlich an dieselben Vorschriften gebunden wie früher die Genehmigungsbehörden der Länder. Die Krankenkassen, die die Schiedsstellen seit 1973 vehement forderten, sehen jetzt in den Schiedsstellensprüchen einen Bumerang („Sechs Prozent durch Verhandlung sind besser als neun Prozent via Schiedsstelle“).

*These 6:* „Addition statt Substitution“. Landauf landab wird die Einrichtung „krankenhausentlastender“ Maßnahmen und Einrichtungen empfohlen (Sozialstationen, Pflege- und Altenheime, Tageskliniken, vor- und nachstationäre Versorgung). Tatsache: Vorhandene Strukturen und Kapazitäten werden nicht in dem Maße verändert, wie ergänzende und alternative kostensparende Einrichtungen aufgebaut werden. Auch hier ist die Beharrungs- und Verselbständigungstendenz die Haupttriebfeder für die vielbeklagte Kostenexpansion!

Dr. B/HC