

Kampf um Marktanteile gefährdet Weiterbildungsordnung

Ulrich Kanzow

Mit der Weiterbildungsordnung werden nicht nur die fachlichen Voraussetzungen für Gebiete und Teilgebiete ärztlicher Tätigkeiten inhaltlich festgelegt, sie bestimmt auch die Inhalte und Grenzen dieser unterschiedlichen Tätigkeitsfelder. Hier liegt ihre besondere berufspolitische und ordnungspolitische Bedeutung für die breite Palette ärztlichen Leistungsangebots. An dieser „Frontlinie“ prallen Gruppeninteressen aufeinander, wie es zur Zeit im Gebiet Innere Medizin deutlich wird.

Die Dauer des Medizinstudiums sowie den Inhalt und die abzulegenden Prüfungen regelt die Approbationsordnung für Ärzte. Sie ist bundeseinheitlich und stützt sich auf ein Bundesgesetz (Bundesärzteordnung). Die Aufgliederung ärztlicher Tätigkeiten in Gebiete und Teilgebiete ist in den Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern festgelegt. Diese leiten sich wie die Berufsordnungen vom jeweiligen Landesrecht ab („Gesetze über die Heilberufskammern“).

Einheitliches Weiterbildungsrecht

Die Weiterbildungsordnungen sind das Ergebnis jahrelanger Beratungen mit Fachgesellschaften und Berufsverbänden, welche von dem dafür durch die Bundesärztekammer eingesetzten Fachausschuß und der Ständigen Konferenz für Weiterbildungsfragen geführt wurden. Der „Ausschuß Weiterbildung“ ist vom Vorstand der Bundesärztekammer eingesetzt worden; die Ständige Konferenz wird von den Landesärztekammern durch ihre für Weiterbildungsfragen zuständigen Vertreter besetzt. Die von diesen erarbeiteten Regelungen über Inhalt und Umfang der jeweiligen Weiterbildungsgänge sind vom Vorstand der Bundesärztekammer dem Deutschen

Ärztetag vorgelegt und in der derzeit gültigen Fassung als Musterweiterbildungsordnung beschlossen worden (1987).

Die Landesärztekammern haben diese Ordnung für ihren Zuständigkeitsbereich übernommen. Die zuständigen Aufsichtsminister der Länder haben die erforderlichen Genehmigungen erteilt. Damit ist sichergestellt, daß das Berufsrecht, auch in Fragen der Weiterbildung zu Gebietsärzten, im gesamten Bundesgebiet einheitlich ist. Die berufliche Freizügigkeit der Gebietsärzte innerhalb der Bundesrepublik Deutschland ist auf diesem Weg gesichert.

Der einheitliche Rechtsrahmen bedurfte bereits in früheren Jahren der ergänzenden Veröffentlichung von „Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung“. Sie sind Ausführungsbestimmungen zu § 3 (2) der Weiterbildungsordnung, worin gefordert wird: „Die Weiterbildung muß gründlich und umfassend sein“. Mit den Richtlinien werden Hinweise dafür gegeben, was nach Stand der Wissenschaft und ausgerichtet auf den Versorgungsbedarf der Bevölkerung dieser Forderung gerecht wird – und von Weiterbildern und Weiterzubildenden zu berücksichtigen ist. Ähnlich der in jedem geordneten Unterrichtswesen erforderlichen Lehrstoff-Beschreibung wird eine Richtschnur gegeben, um das

mit der Weiterbildungsordnung verbindlich gesetzte Ziel zu erreichen.

Auch diese „Richtlinien“ wurden vom Ausschuß und der Ständigen Konferenz bei der Bundesärztekammer nach mehrjährigen Vorarbeiten neu formuliert, wobei Berufsverbänden und Fachgesellschaften wiederholt Gelegenheit zu Meinungsäußerungen und Vorschlägen gegeben worden war. Vom Vorstand der Bundesärztekammer wurden die Richtlinien allen Landesärztekammern zugeleitet und zur Anwendung empfohlen (15. April 1988). Von der Mehrzahl der Landesärztekammern sind diese Richtlinien inzwischen gebilligt und damit wirksam geworden. In einigen Kammern (Baden-Württemberg, Berlin, Hamburg, Rheinland-Pfalz und Saarland) werden die Beschlüsse vorbereitet.

Nicht genug kann betont werden, wie bedeutungsvoll es für die qualitativ hochwertige und gleichmäßige ärztliche Versorgung der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland ist, daß das gesamte Weiterbildungswesen bis in die Festlegung der Inhalte einheitlich ist. Im öffentlichen Interesse ist dies zwingend erforderlich, weil anders auch die Sicherung eines bundeseinheitlichen Sozialrechts in bezug auf die kassenärztliche Versorgung nicht gewährleistet werden könnte. Die noch zögernden Kammern sind daher aufgerufen, aus dieser Einheitlichkeit nicht auszuschwenken, zumal ihre Vertreter in der Ständigen Konferenz für Weiterbildung den Vorlagen über die „Richtlinien“ zugestimmt haben und diese inzwischen für gut zwei Drittel der Ärzte der Bundesrepublik Gültigkeit besitzen.

Historisch gewachsene Grenzen

Wie nicht anders zu erwarten war, haben sich bei der Vorbereitung der jetzt gültigen Weiterbildungsordnung und bei der Formulierung der Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung zum Teil erhebliche Meinungsverschiedenheiten ergeben. Wer seit über 20 Jahren an diesen Arbeiten ständig beteiligt war, weiß um die dabei ins Spiel gebrachten

partikularen Interessen und die immer wiederkehrenden Versuche, diese unter Mißachtung übergeordneter Ziele durchzusetzen.

Zwangsläufig beruhen die Weiterbildungsbildungsordnung und ebenso die Gebietsdefinitionen aller ärztlichen Gebiete auf *Grenzziehungen*, die ursprünglich historisch gewachsen, dann aber an den übergeordneten Versorgungsinteressen der Bevölkerung ausgerichtet werden mußten. Mit zunehmender Härte sind hier Anstrengungen unternommen worden, diese Grenzen zu überschreiten. Im Laufe der Jahre haben sich hierbei Gruppeninteressen herausgeschält, die das gesamte ärztliche, auf vernünftiger Gliederung beruhende Versorgungssystem aus den Angeln zu heben drohten. Waren diese Interessenkonflikte anfangs fast ausschließlich an den Gebietsgrenzen auszumachen, so dehnten sie sich in den vergangenen Jahren mehr und mehr auch innerhalb der Gebiete auf die Grenzziehungen zwischen den Teilgebieten des jeweiligen Mutterfaches aus. So nagten Vertreter der Teilgebiete innerhalb der Chirurgie und der Inneren Medizin nicht nur an den als lästig empfundenen Beschränkungen zwischen den Teilgebieten, sondern – was viel folgenschwerer zu werden droht – an dem jeweiligen Versorgungsauftrag ihres Mutterfaches.

Teilgebiete rücken in den Vordergrund

Es gibt bereits Stimmen, die der „allgemeinen“ Chirurgie und der „allgemeinen“ Inneren Medizin für die Krankenversorgung keine für die Zukunft relevante Bedeutung mehr beimessen. Im medizinischen Weltbild prävalieren hier die großteils durch technische Hilfen vorgegebenen Aufteilungen in sehr spezialisierte, weitgehend handwerklich geprägte schmale und dann immer kleiner werdende Berufsfelder des Arztes, wobei infolge einer sehr egozentrischen Fehlinterpretation nicht wenige Anhänger dieser Zukunftsvision davon ausgehen, daß ihnen bei aller hochdifferenzierten Subspezialisierung die Fähigkeit und damit das

Recht erhalten bleiben würde, weiterhin *die* Chirurgie oder *die* Innere Medizin in ihrer tradierten Bedeutung und ganzen Versorgungsbreite zu praktizieren. In diesem Zusammenhang müssen die bemerkenswerten und ebenso bedenklichen Entwicklungen in den Krankenhäusern zu kritischem Nachdenken anregen, seitdem in diesem wichtigen Versorgungsbereich mehr und mehr die Vertreter von Teilgebieten das Sagen haben. Es ist sicherlich nicht übertrieben, wenn hier auf Gefahren hingewiesen wird, die der allgemeinen Versorgung der Bevölkerung drohen, wenn sich die Innere Medi-

Tabelle 1: Oesophago-Gastro-Duodenoskopie (N = 50)

keine	6
„ohne Zahlenangabe“ u. < 50	9
51 – 100	4
101 – 150	8
151 – 200	5
> 201	18

zin und die Chirurgie in Teilgebiete auflösen, was bald auch anderen Gebieten widerfahren kann.

Bei der Neuordnung der verbindlichen Normen für die Weiterbildung mußten der Bildungsausschuß und die Ständige Konferenz der BÄK bedenken, welche Gliederung der ärztlichen Berufstätigkeiten den Erfordernissen einer möglichst lückenlosen, breiten Versorgung der Bevölkerung unter Beachtung der Entwicklungen in den medizinischen Wissenschaften und der Medizintechnik für die überschaubare Zukunft am ehesten gerecht werden würde. Tradition, herkömmliche Verteilung von Aufgaben, ökonomische und sozialrechtliche Gegebenheiten waren dabei zu berücksichtigen. Die Weiterbildung in Gebieten und Teilgebieten sollte den ärztlichen Nachwuchs mit dem

notwendigen Rüstzeug versehen, um den Anforderungen der Zukunft gerecht werden zu können, womit zwangsläufig ein Mehr gegenüber der jüngeren Vergangenheit zu fordern ist. Das Verlangen nach Bestandswahrungen oder -ausweitung widerstreitender Gruppen hat sich in angemessenem Umfang dieser Maxime ebenso zu beugen, wie die in die Weiterbildung eintretenden Ärztinnen und Ärzte sich den durch die Weiterbildungsordnung auferlegten Pflichten zu unterwerfen haben. Hier geht es nicht nach persönlichen Wünschen des einzelnen oder auch einzelner Gruppen, sofern damit die allgemeinen Interessen einer möglichst guten ärztlichen Versorgung in den kommenden Jahrzehnten beeinträchtigt werden. Die Weiterbildungsordnung legt Pflichten und Rechte gleichermaßen für Weiterbilder und Weiterzubildende fest.

Dieser Vorbehalt muß mit allem Nachdruck auch geltend gemacht werden, wenn hier und da einzelne Anforderungen der Weiterbildung wegen fehlender entsprechender Voraussetzungen in Weiterbildungsstätten (Kliniken, Krankenhäusern) oder bei Weiterbildern als überzogen, nicht durchführbar (darum dann auch unnötig) oder gar als „unärztlich“ bezeichnet werden. Die Zielsetzung der Weiterbildung kann und darf nicht davon abhängig gemacht werden, ob an einer jeden Weiterbildungsstätte alle geforderten Inhalte der jeweiligen Weiterbildung vermittelt werden können. Bestimmte Weiterbildungsinhalte für das Gebiet Innere Medizin sind in den vergangenen Monaten mit solchen und ähnlichen Vorwürfen bedacht worden. Es handelt sich dabei um die Verpflichtung zum Nachweis endoskopischer Untersuchungen (Gastroskopie, Sigmoido- und Koloskopie), wofür in den Richtlinien Zahlen genannt sind, wie das in entsprechender Weise schon seit langem bei den Operationskatalogen in allen operativen Fächern verlangt wird und sich als sinnvoll erwiesen hat.

Ein wesentliches Argument gegen den Nachweis von Mindestzahlen für endoskopische Untersuchungen ist die Behauptung, diese Forde-

rung sei unreal, weil entsprechende Untersuchungszahlen in den zur Weiterbildung berechtigten Inneren Abteilungen nicht erreichbar seien. Sie verführten auch zu überflüssigen Untersuchungen, um den Weiterbildungskatalog zu erfüllen, und würden zum Ausstellen falscher Zeugnisse verleiten. Im günstigsten Fall würde die Weiterbildungszeit von sechs Jahren hinaus verlängert. Es wird also im Augenblick „schweres Geschütz“ eingesetzt, um die Ablehnung zu begründen.

Vor vielen Jahren gab es schon einmal ähnlichen „Kanonendonner“ bei der Einführung der Operationszahlen in den chirurgischen Fächern. Inzwischen ist der „verbale Pulverqualm“ verflogen. Allgemein wird akzeptiert, daß in der Chirurgie, in der Geburtshilfe und in zahlreichen anderen Gebieten, welche eine strukturierte Weiterbildung voraussetzen, durch Zahlen belegte Lerninhalte nachzuweisen sind. Dies hat sich bewährt und die Qualität der Weiterbildung verbessert. Wo die geforderten Inhalte nicht vermittelt werden können, wird insoweit auch die Berechtigung zur Weiterbildung an dieser Abteilung eingeschränkt. Eine andere Regelung ist nicht akzeptabel.

Problembereich Innere Medizin

Als die jetzt gültige Weiterbildungsordnung in mehrjährigen Diskussionen mit allen Gruppen erörtert wurde, spielte in der Inneren Medizin der Verzicht auf die pflichtmäßige Weiterbildung in der Röntgendiagnostik eine große Rolle. Nach langen Auseinandersetzungen darüber wurde schließlich darauf verzichtet. Dabei war entscheidend, daß inzwischen die endoskopische Diagnostik erheblich an Bedeutung gewonnen hatte und im Aufgabenbereich des Internisten die röntgenologischen Untersuchungsverfahren (MDP, Kolon-Kontrasteinlauf) mehr und mehr verdrängte.

Diese Überlegungen wurden in der Weiterbildungsordnung aller Ärztekammern gleichlautend be-

rücksichtigt. Bei der Definition des Gebietes Innere Medizin ist die Erkennung und konservative Behandlung unter anderem der Erkrankungen der Verdauungsorgane aufgezählt; als „Inhalt und Ziel der Weiterbildung“ wird Vermittlung, Erwerb und Nachweis eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in der Endoskopie verlangt. Die „Richtlinien“ halten sich genau an diese verbindlichen Normen und dienen ihrer praktischen Umsetzung.

Daß sie erfüllbar sind, zeigt die Analyse der Prüfungsunterlagen von zehn Kandidatinnen und 40 Kandidaten, die von November 1987 bis

**Tabelle 2: Koloskopie
(N = 50)**

keine	22
„ohne Zahlenangabe“ u. 1-30	10
31-50	6
51-100	5
101-150	3
> 150	4

Dezember 1988 vor der Prüfungskommission unter Vorsitz des Verfassers erschienen und die Anerkennung als Internist/in erhielten. Bis zum Prüfungstermin wiesen 9 von 50 die Mindestweiterbildungszeit von 72 Monaten, weitere 18 Kandidaten 73 bis 79 Monate nach. Somit lag bei 27 (= 54 Prozent) die Weiterbildungszeit unter 80 Monaten. Bei 15 Prüflingen wurden Vorbereitungszeiten zwischen 80 und 89 Monaten und bei den restlichen acht in weiter Streuung bis 115 Monate angegeben. Je länger diese Zeiten waren, um so häufiger wurden langfristige Tätigkeiten in wissenschaftliche Institutionen – auch im Ausland – ohne direkten Bezug zum Curriculum der Weiterbildung im Gebiet erwähnt.

Mehrheitlich war die Weiterbildung nach dem früheren Reglement oder den Übergangsbestimmungen

gestaltet worden, weshalb 26 eine einjährige ganztägige Weiterbildung in der radiologischen Diagnostik unter Anleitung eines Radiologen belegen konnten. Weitere 17 Prüflinge wiesen eine entsprechende Weiterbildung über sechs Monate nach. Nur sieben Kandidaten führten keinen Nachweis über spezielle Weiterbildung in einer radiologischen Abteilung.

Anpassung an den Fortschritt

Nur sechs Kandidaten hatten während der gesamten Weiterbildungszeit niemals selbständig Oesophago-Gastro-Duodenoskopien vorgenommen. In den Zeugnissen von neun Prüflingen war vermerkt, daß sie Kenntnisse und Erfahrungen in diesem Untersuchungsverfahren gesammelt und es selbständig durchgeführt hatten. Sie sind in *Tabelle 1* mit „ohne Zahlenangaben“ in der Rubrik „1 – 50 Untersuchungen“ eingestuft worden. Alle anderen haben laut Zeugnissen und eigenen Angaben nach Schluß der Prüfung und Aushändigung des Diploms mehr als 51 Gastroskopien selbständig durchgeführt. Die in den Zeugnissen bescheinigten Zahlen über 200 lagen achtmal über 300 Untersuchungen, maximal bis zu 700 und 1200.

Von den 50 Prüflingen hatten 22 während der Weiterbildung niemals selbständig eine Koloskopie durchgeführt. In den Zeugnissen von zehn waren Kenntnisse und Fertigkeiten in der selbständigen Durchführung bescheinigt worden. Die übrigen 18 Kandidaten führten den Nachweis, mehr als 31 Koloskopien selbständig durchgeführt zu haben (Einzelheiten in *Tabelle 2*). Von den vier Prüflingen mit mehr als 150 Koloskopien waren laut Zeugnis zwei mit 300 und einer mit 600 derartiger Untersuchungen festzustellen.

Die Zeugnisse der 1988 bei der Bayerischen Landesärztekammer nach altem Recht geprüften 130 Internistinnen und Internisten bestätigten bei 76 (= 61 Prozent) die selbständige Durchführung von Koloskopien (z. T. ohne Zahlenangaben). Bei 20 Prüfungskandidaten wurden

Krankenhausfinanzierung: Private stellen sich dem Wettbewerb

mehr als 45 Koloskopien (Mittelwert 195!) bescheinigt. Sie hatten die Weiterbildung an städtischen oder Kreiskrankenhäusern, einmal auch an einer Universitätsklinik durchlaufen. Oesophago-Gastro-Duodenoskopien wurden in erheblichem Umfang (Mittelwert der Untersuchungen 388) von 40 Prozent durch Zeugnisse nachgewiesen. Gleichartig verhielt es sich bei Prokto-, Rekto- und Sigmoidoskopien (Mittelwert 195 bei 40 Prozent der Kandidaten).

► Die Analyse dieser Prüfungsunterlagen läßt den Schluß zu, daß die jetzt vorgebrachten Einwendungen gegen die Weiterbildungs-Richtlinien nicht stichhaltig sind. Sie sind es um so weniger, wenn bedacht wird, daß die 180 Prüfungskandidaten wegen der für sie geltenden früheren Bestimmungen einen quantifizierten Nachweis von Gastroskopien und Koloskopien gar nicht zu erbringen gezwungen waren. In der für sie geltenden Weiterbildungsordnung hatten endoskopische Untersuchungen noch gar keinen Eingang gefunden. Dafür hatten sie noch die Pflichtzeit in der radiologischen Diagnostik absolviert. Inzwischen hatte sich aber die Endoskopie zunehmend als wichtiger Bestandteil internistischer Tätigkeit erwiesen und war vielerorts zum Lehr- und Lerngegenstand geworden.

Diese Entwicklung hat die überarbeitete Weiterbildungsordnung berücksichtigt und in die notwendige Verbindlichkeit gebracht. Die Fortschritte in der medizinischen Wissenschaft und der Medizin-Technik werden auch in Zukunft immer wieder Anpassungen der Weiterbildungsordnung notwendig werden lassen, ganz besonders aber der „Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung“. Ihre Bearbeitung ist durch den in den letzten Monaten wiederholt angegriffenen Ausschuß der Bundesärztekammer unter Wahrung allgemeiner und übergeordneter Versorgungsziele vorgenommen worden.

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. med. Ulrich Kanzow
Internist
Koblenzer Straße 91
5300 Bonn 2

Aus der Sicht der Krankenhäuser in privater Trägerschaft ist nur eine an marktwirtschaftlichen Strukturen orientierte Krankenhauspolitik in der Lage, die Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung langfristig zu stabilisieren. Die Sprecher der im Bundesverband Deutscher Privatkrankenhäuser (BDPK) organisierten 940 Privatkrankenhäuser (sie repräsentieren mit circa 94 000 Betten rund 14 Prozent des Gesamtbettenangebotes in der Bundesrepublik) lehnen weitere dirigistische Eingriffe in die Krankenhausstrukturalien ab. Autonomie, Pluralität und Wettbewerb müßten durch wettbewerbsneutrale gesetzliche Rahmenbedingungen gestärkt werden. Die Klinikträger sollten hinsichtlich ihrer Organisationsform und ihrer internen Strukturen „weitestgehend frei sein“, so das Petition des Präsidenten des Privatkrankenhäuser-Bundesverbandes, Dr. med. Karl-Heinz Drogula, selbst Träger einer orthopädischen Privatklinik in Berlin-Dahlem.

Voraussetzung: Gleiche Bedingungen für den Wettbewerb

Bei der Bedarfsplanung sollten nach Ansicht des Verbandes in erster Linie jene Krankenhausstrukturalien berücksichtigt werden, die die beste Gewähr für eine sparsame Wirtschaftsführung böten. Der Grundsatz der freien Wahl des Krankenhauses dürfe auch nicht durch eine Neuordnung des Krankenhausfinanzierungsrechtes beeinflußt werden.

Die privaten Akutkrankenhäuser und privaten Rehabilitations- und Kurkliniken fordern gleiche Wettbewerbsbedingungen. Die herkömmliche Gewährung von Zuschüssen zu den Betriebskosten bei kommunalen Krankenhausstrukturalien (zur Zeit in Höhe von rund einer Milliarde DM jährlich) müsse unter-

bunden oder zumindest bei der nächstfälligen Investitionsförderung entsprechend angerechnet werden, fordert der Verband.

Die Privatkrankenhäuser befrworten eine personale Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung vor allem durch den Ausbau und die finanzielle Förderung des Belegarztwesens und praxisklinischer Einrichtungen. Dagegen lehnt der BDPK eine generelle Ermächtigung von Gebietsärzten am Krankenhaus zur kassen- und vertragsärztlichen Tätigkeit, wie sie das jüngste Jahresgutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen empfiehlt, strikt ab, weil dies das Gesundheitswesen insgesamt verteuern würde. Dagegen werden Qualitätssicherungsmaßnahmen im Krankenhaus und Vergleichslisten über Entgelte und Leistungen der Hospitäler unterstützt (eine langjähriger Forderung des BDPK).

Auf Bedenken stößt der Vorschlag des Sachverständigenrates für die KAG, Rehabilitationsabteilungen an Akutkrankenhäuser anzugliedern. Dies widerspräche den ärztlichen Erfahrungen und auch den Bedürfnissen der Patienten, die einer Rehabilitation *außerhalb* der Akutkrankenhäuser bedürften.

Die Vorschläge des Bundesarbeitsministeriums und des Sachverständigenrates, die Pflegesätze und Entgelte im Krankenhaus weiter zu differenzieren und am medizinischen Leistungsgeschehen zu orientieren, werden von den Privatkrankenhäusern unterstützt. Insbesondere bejaht der Verband den Übergang zu Leistungsentgelten und eine Erweiterung des Kataloges für Sonderentgelte, die außerhalb des Budgets abgerechnet werden. Allerdings sei es notwendig, bundeseinheitliche Kalkulationsvorschriften und Preise auf Länder- oder Bundesebene zu vereinbaren, empfiehlt der Verband. HC