

Zusammenführung der Ärzeschaft in Deutschland am Beispiel der ärztlichen Weiterbildung

Starker Konsenswille prägte die Erarbeitung der gemeinsamen Musterweiterbildungsordnung von 1992 – Ärztliches Weiterbildungswesen vor großen Herausforderungen

von **Jörg Hoppe**

Am Schluß des 95. Deutschen Ärztetages, am 16. Mai 1992, trat der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Prof. Dr. Diettrich, ans Rednerpult und sagte unter anderem: „Die Ehe und die Berufspolitik leben von Kompromissen. Sie haben unsere Anträge im Zusammenhang mit der Weiterbildungsordnung respektiert und damit das im Osten über Jahrzehnte Erprobte und für gut Befundene angenommen. Sie werden es auch nicht bereuen, meine Damen und Herren. Wir haben den Eindruck gewonnen, daß wir Ärzte in Ost und West mit dieser Weiterbildungsordnung einige große Schritte aufeinander zugegangen sind. Das ist für mich das wesentliche Resümee dieses Ärztetages in Köln.“

Überzeugender Konsens

Diese Bewertung der Arbeit aller mit der Entwicklung unserer Weiterbildungsordnung Befassten hat mich damals – und dies gilt bis heute – sehr berührt, weil damit kundgetan wird, daß in einem der wichtigsten Felder der ärztlichen Berufspolitik ein überzeugender Konsens gefunden werden konnte. Denn neben der Berufsordnung der deutschen Ärzteschaft ist die Weiterbildungsordnung (früher Facharztordnung genannt) das für Ärz-

tinnen und Ärzte, aber auch für die gesamte Bevölkerung bedeutendste Instrument der ärztlichen Selbstverwaltung.

Verantwortung gegenüber Patienten

Die Weiterbildungsordnung regelt die Spezialisierung im ärztlichen Beruf und den Erwerb einer entsprechenden Anerkennung einer derartigen erfolgreich absolvierten Spezialisierung durch die Ärztekammern. Die Facharzt-Urkunden bescheinigen Inhaberinnen und Inhabern Fachkompetenz. Die Ärztekammern übernehmen damit gegenüber den Patienten die Verantwortung, daß sie auf entsprechend qualifizierte Ärztinnen und Ärzte treffen, daß deren Kompetenz auch der Ankündigung auf dem Praxisschild, auf Briefbögen, bald auch im Internet und wo auch immer sonst, entspricht.

Pflichtweiterbildung in der DDR

In der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik war die Weiterbildung zentral staatlich geregelt. Es gab eine Pflichtweiterbildung für alle Ärztinnen und Ärzte, so daß nach Abschluß des Medizinstudiums lediglich eine Art Teilapprobation erteilt wurde, welche eine ärztliche Tätigkeit im Rahmen eines Ausbildungsvertrages mög-

lich machte, eben um die erforderliche Spezialisierung zu absolvieren.

Eine solche Spezialisierung war auch für das Fach Allgemeinmedizin ein verpflichtender Weiterbildungsgang. Dementsprechend war die Durchführung einer Weiterbildung, welche im Prinzip gleichfalls durch Lernen im Rahmen einer ärztlichen Tätigkeit erfolgte, auch für den einzelnen eine geregelte Angelegenheit. Die Möglichkeit, während der späteren ärztlichen Berufsausübung auf die Führung eines Facharztstitels zu verzichten und nur unter der Berufsbezeichnung Arzt im Versorgungssystem tätig zu sein, konnte unter diesen Bedingungen verständlicherweise nicht bestehen.

Berufszulassung durch Approbation

In der sog. alten Bundesrepublik Deutschland war dies anders. Die Zulassung zur umfassenden Ausübung der Heilkunde am Menschen wurde (und das gilt de jure auch heute noch) durch die ärztliche Approbation erreicht. Anschließend war und ist es Pflicht jeder Ärztin und jedes Arztes, sich fortzubilden, d.h. das ärztliche Wissen und Können ständig zu aktualisieren. Die Weiterbildung dagegen war völlig freiwillig und auch kein irgendwie geregelter beruflicher Lebensabschnitt. Weiterbil-



Dieser Beitrag geht zurück auf einen Vortrag, den Prof. Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe aus Anlaß des 50. Geburtstages der Bundesärztekammer im Kölner Gürzenich gehalten hat. Hoppe ist

Präsident der Ärztekammer Nordrhein, Vizepräsident der Bundesärztekammer (BÄK) und Vorsitzender der BÄK-Weiterbildungsgremien.

Foto: ÄKNo

dung geschah durch die ärztliche Berufsausübung unter fachlicher Anleitung zur Weiterbildung ermächtigter Ärztinnen und Ärzte, wobei Mindestzeiten und das Erlernen von definierten Inhalten maßgebend waren für die Anerkennung zur Führung einer entsprechenden Gebietsbezeichnung durch die Ärztekammern – früher ohne Prüfung, seit der zweiten Hälfte der siebziger Jahre mit einer entsprechenden Facharztprüfung.

Das Führen einer Gebietsbezeichnung bedeutete allerdings eine – eben freiwillige – Beschränkung der ärztlichen Tätigkeit auf die Inhalte dieses Gebietes. Jederzeit war es aber möglich, auf die Führung dieser Gebietsbezeichnung zu verzichten und von dem Recht Gebrauch zu machen, sich umfassend als Ärztin bzw. Arzt zu betätigen, wie es die ärztliche Approbation zuließ, also als praktischer Arzt. Diese Philosophie von Weiterbildung galt übrigens 1975 – in dem Jahr, in welchem die Richtlinien über die gegenseitige Anerkennung von Diplomen erlassen wurden – in allen damaligen Mitgliedsländern der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft.

Trotz der unterschiedlichen prinzipiellen Grundlagen bezüglich der ärztlichen Weiterbildung in der früheren Deutschen Demokratischen Republik und in der alten Bundesrepublik Deutschland unterschieden sich im großen und ganzen die anerkannten Gebiete inhaltlich nicht oder zumindest nicht

wesentlich voneinander, soweit es die medizinische Wissenschaft betraf. Folglich wurden die jeweils erworbenen Facharzturkunden zu meist anerkannt.

Starke Bereitschaft zur Verständigung

Deshalb ging eine Arbeitsgruppe von Kolleginnen und Kollegen schon in der Phase der Wiedergründung der Länder Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Sachsen-Anhalt, Thüringen und Sachsen – einbezogen war auch Berlin – anfangs noch unter Beteiligung des noch bestehenden DDR-Gesundheitsministeriums an die Erarbeitung einer Übergangsbildung für diese zukünftigen Bundesländer, um sich vorzubereiten auf die Verhältnisse, welche nach dem vollzogenen Beitritt dieser Länder in den Geltungsbereich des Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland sich ergeben würden. Dies geschah unter Mithilfe von Experten aus den alten Bundesländern unter Leitung des damaligen langjährigen Vorsitzenden der Weiterbildungsgremien der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Dr. Sewering, assistiert durch den Dezernenten der Bundesärztekammer, Herrn Dr. Knuth.

Natürlich war diese Arbeit kein Kinderspiel; es ist aber bemerkenswert, mit wieviel konstruktivem Denken, Verständnisbereitschaft und Konsenswillen die Beteiligten zusammenarbeiteten und in Sachen Weiterbildung sozusagen einen Runden Tisch bildeten. Ohne diese Phase des Gedankenaustausches und des gegenseitigen Verstehens wäre die dann in den Jahren 1991 und abschließend 1992 erfolgte große Novelle der nunmehr gemeinsamen Weiterbildungsordnung niemals gelungen. Dafür kann allen Beteiligten nicht genug gedankt werden.

Steigende Bedeutung der Weiterbildung

Neben diesem Anstoß durch das Zusammenkommen der beiden Tei-

le Deutschlands waren es die wissenschaftliche Entwicklung der Medizin und die Versorgungsbedürfnisse der Bevölkerung, welche die 1992iger Novelle erforderlich machten. Zudem kam schon in den ausgehenden achtziger Jahren auch in den alten Bundesländern der Weiterbildung ganz allgemein eine im Hinblick auf die gesamte Arztbildung immer größere Bedeutung zu, weil die ärztliche Ausbildung an den medizinischen Fakultäten der Universitäten und in den medizinischen Hochschulen besonders wegen hoher Studentenzahlen, aber auch wegen des Verlustes der Bedeutung der Lehre, nicht zuletzt hervorgerufen insbesondere durch das neue Prüfungssystem in der seit 1970 geltenden Approbationsordnung, an Qualität verloren hatte. Auch an diesem Problem wurde – und wird – parallel zur Weiterbildungsdebatte gearbeitet.

Die Weiterbildungsordnung von 1992 ist in ihrer Struktur ein Ergebnis der aktuellen politischen Entwicklung und eines weitreichenden und großen Nachholbedarfs aus vielen davorliegenden Jahren, hatte sich doch in den alten Bundesländern vom Instrumentarium der Weiterbildungsordnung her seit den sechziger Jahren nichts mehr geändert. Der bedeutende Facharztbeschluß des Bundesverfassungsgerichtes aus dem Jahre 1972 hatte zur Folge, daß gesetzliche Vorgaben durch die Länder verabschiedet werden mußten, welche allerdings in der ärztlichen Selbstverwaltung schon vorgedacht waren, auf deren Boden dann Regelungen wie der Wechsel der Weiterbildungsstätte, die grundsätzliche Beschränkung der ärztlichen Berufsausübung auf das gewählte Gebiet, die gemeinsame Führung von mehreren Gebietsbezeichnungen und die verpflichtende Vorschrift der Durchführung von Facharztprüfungen eingeführt wurden.

Außerdem muß man sich ins Gedächtnis zurückrufen, daß im Mai 1992 das Weiterbildungswesen prinzipiell auf denselben Grundpfeilern

aufgebaut war, wie sie seit Jahrzehnten in den alten Bundesländern galten. Daran haben auch die Einführung der Phase Arzt im Praktikum als Ergänzung der ärztlichen Ausbildung, das Gesetz über die Zulässigkeit befristeter Arbeitsverträge in Krankenhäusern aus Gründen der ärztlichen Weiterbildung und die bis dahin erfolgte höchstgerichtliche Rechtsprechung zum sog. Facharztstandard bei der Erbringung ärztlicher Leistungen gegenüber Patientinnen und Patienten nichts Grundsätzliches geändert. Rein rechtlich gesehen ist dies sogar bis heute so.

Tiefe Zäsur durch GSG

De facto hat sich aber durch die Verabschiedung des Gesundheitsstrukturgesetzes Ende des Jahres 1992 die Welt für Ärztinnen und Ärzte in der Bundesrepublik Deutschland grundlegend gewandelt. Ich bin sicher, daß Historiker dieses Datum später einmal als eine tiefe Zäsur in der Entwicklung des Arztberufes klassifizieren werden. Durch die Einführung der Pflichtweiterbildung als Voraussetzung für die Niederlassung als Vertragsärztin oder Vertragsarzt, die im Gesetz festgelegte Bedarfsplanung für die ambulante vertragsärztliche Versorgung, durch die altersbezogene Beschränkung der Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit und durch diverse Änderungen im Krankenhausbereich haben nur noch Fachärztinnen und Fachärzte die Option, für die Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung ärztlich tätig zu werden.

Weiterbildung ist damit de facto integraler Bestandteil der Bildung im Arztberuf mit allen Konsequenzen, die sich hieraus für das Berufsbild schon ergeben haben und mit Sicherheit noch ergeben werden.

Zumindest einstweilen ist dieser Vorgang noch von besonderer Bedeutung, weil Weiterbildung zwar gefordert, aber nicht gewährleistet wird; denn nach wie vor ist die Durchführung einer Weiterbildung

für jede einzelne Ärztin und jeden einzelnen Arzt eine freiwillige Angelegenheit. Daran kann auch das neugestaltete Gesetz zur Befristung von Arbeitsverträgen wegen ärztlicher Weiterbildung in unseren Krankenhäusern nichts ändern, zumal die Krankenhäuser durchaus in der Lage sind, das Gesetz im Einzelfall nicht anzuwenden, um der Verpflichtung, Weiterbildung zu vermitteln, nicht nachkommen zu müssen.

Junge Generation vor auswegloser Situation?

Die Ärzteschaft, insbesondere unsere Kolleginnen und Kollegen der nachwachsenden Ärztegeneration, befinden sich somit heute in einer ausweglos erscheinenden Situation. Als ärztliche Selbstverwaltung sind wir gemeinsam mit den ärztlichen Organisationen mit freiwilliger Mitgliedschaft verpflichtet, auf eine Lösung dieser Probleme hinzuwirken. Das Weiterbildungswesen sich selbst zu überlassen, geht nicht mehr, weil die Gefahr besteht, daß sich eine Zusammensetzung der Ärzteschaft entwickelt, die einmal zu hoher Arbeitslosigkeit, zum anderen zu einer Zusammensetzung der den Beruf ausübenden Ärzteschaft führt, die den Versorgungsbedürfnissen der Bevölkerung nicht mehr gerecht werden könnte. Wir werden deshalb wohl oder übel – und das ist neu in unserer ärztlichen Welt – das Weiterbildungswesen, nicht nur die Weiterbildungsordnung selbst, regelrecht gestalten müssen. Dabei ist eine Verständigung zumindest über folgende gemeinsame Grundsätze unumgänglich:

1. Die Einheit des Arztbildes, auch eines Arztbildes in Vielfalt, ist möglichst zu erhalten (dieses Ziel haben wir übrigens mit unseren Kolleginnen und Kollegen in allen übrigen Ländern der Europäischen Union gemeinsam).
2. Der Wertverlust der ärztlichen Approbation muß durch eine effektive, auf wissenschaftlicher Grundlage gestaltete Ausbildung an Medizinischen Fakultäten und

Hochschulen minimiert werden. Die Idee, ärztliche Ausbildung für die Basisversorgung der Bevölkerung an Gesundheitsfachschulen zu vermitteln, lehnen wir strikt ab.

3. Medizinische Wissenschaft und medizinische Technik entwickeln sich immer rasanter. Einen wesentlichen Anteil am Fortschritt hat die Spezialisierung. Deshalb müssen wir unsere Weiterbildungsordnung entsprechend diesem wissenschaftlichen Fortschritt und den sich daraus ergebenden Versorgungsbedürfnissen der Bevölkerung fortentwickeln und dabei berücksichtigen, daß mittlerweile im Sozialrecht der Vorrang des ärztlichen Weiterbildungsrechtes auch gesetzlichen Niederschlag gefunden hat.
4. Wir müssen zusätzliche Ressourcen für die Absolvierung ärztlicher Weiterbildung erschließen, also über das sog. learning by doing beziehungsweise die Ableistung von Weiterbildung durch ärztliche Arbeit in einer hauptberuflichen Tätigkeit hinaus. Unter anderem könnten hierfür Fortbildungsmaßnahmen und Simulationstraining herangezogen werden. Wichtig ist, daß unseren weiterbildungswilligen Kolleginnen und Kollegen keine unzumutbaren finanziellen Belastungen drohen.
5. Wir müssen darauf hinwirken, daß die Ankündigungs- und Informationsmöglichkeiten außerhalb der Ankündigungsrechte aus dem Weiterbildungsrecht wenigstens in den wesentlichen Teilen auch durch die Kammern geordnet werden und am Berufsrecht ausgerichtet bleiben.

Stärkere Verankerung im Sozialrecht

Besonders durch die immer stärkere Verankerung des ärztlichen Weiterbildungsrechtes im Sozialrecht (Sozialgesetzbuch V) kommt dem ärztlichen Weiterbildungswesen (und damit natürlich auch der Weiterbildungsordnung) eine ge-

staltende Funktion bei der Strukturierung der ärztlichen Versorgung in der Zukunft zu.

Der Gesetzauftrag, die ambulante ärztliche Versorgung in eine hausärztliche und in eine fachärztliche zu gliedern, die gesetzliche Festlegung, daß nur Fachärzte zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen werden können, und daß dies nach bestimmtem Bedarf zu geschehen hat, aber auch die neueste gesetzliche Bestimmung, daß die ärztliche Weiterbildung eine bestimmende Funktion in der Qualitätssicherung ärztlicher Leistungen besitzt, sind eindeutige Indikatoren für diesen Vorgang.

Wir haben damit neue Aufgaben zu erfüllen. Daß wir hierzu bereit und in der Lage sind, haben wir auf dem 100. Deutschen Ärztetag in Eisenach bewiesen. Präzise im Hinblick auf die mittel- und langfristige Erfüllung des Gliederungsauftrages des Sozialgesetzbuches haben wir das Fach Allgemeinmedizin auf diese Aufgabe hin strukturiert und damit den Boden bereitet, daß Politik, Krankenkassen, Krankenhäuser und wir als Ärzteschaft selbst an die Realisierung des Neuaufbaus der allgemeinmedizinischen Weiterbildung herangehen. Wir erfüllen damit nichts anderes als unsere eigene Forderung seit 1980 und sind mit dieser Forderung konkordant mit der Gesetzlichen Krankenversicherung und mit der Politik, insbesondere auch der der Bundesländer.

Regulierung von außen unnötig

Hierbei handelt es sich um sehr komplexe Zusammenhänge und Lösungsansätze, bei denen auch nur kleine Störungen, größere ohnehin, destruktive Folgen auslösen können. Ich verhehle nicht, daß ich die Forderung nach einem Primärarztssystem zu den größeren Störungen zählen muß. Ich empfehle, diesen Vorgang als die Explosion einer Platzpatrone zu betrachten und zur Konsenssuche, wie sie sich in Eisenach entwickelt hat, zurückzu-

kehren. Wir müssen die künftigen Allgemeinärztinnen und -ärzte so aus- und weiterbilden, daß ihre Einstellung und ihre Qualität überzeugen, dann hat es ein wie auch immer geartetes Regulierungssystem von außen nicht nötig.

Hoffnungen geweckt

Mit unseren Beschlüssen von Eisenach – die nach meiner Meinung ohne die Einigung Deutschlands nicht oder zumindest nicht so schnell zustande gekommen wären – haben wir also Hoffnungen geweckt. Man schaut auf uns nicht nur mit Wohlwollen, sondern auch mit einem gewissen Respekt, weil wir offensichtlich an der Spitze der Bewegung auf dem Weg zu einer zukunftsweisenden hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung und Zusammenarbeit stehen. Wie zahlreiche Experimente zeigen, sind unsere Partner im Gesundheitswesen, besonders bei den Krankenversicherungen, bereit, unterstützend mit unseren ärztlichen Organisationen zusammenzuarbeiten.

Neuorientierung in der Ausbildung

Es handelt sich aber nicht nur um ein Problem der ärztlichen Weiterbildung. Seit Jahren fordern wir, daß auch in der ärztlichen Ausbildung Verbesserungen stattfinden müssen, welche die Studentinnen und Studenten der Medizin damit vertraut machen, daß es bei der ärztlichen Versorgung unserer Bevölkerung nicht nur Spezialisten und Subspezialisten, sondern auch Generalisten geben muß, und zwar mehr als zur Zeit.

Dieses Gedankengut transportieren unsere medizinischen Fakultäten und Hochschulen heutzutage noch zu wenig oder nicht. Deshalb hat der 99. Deutsche Ärztetag 1996 ein Papier mit Vorschlägen über die Neuorientierung der Medizinischen Fakultäten und Hochschulen besonders im Hinblick auf die Lehre hin verabschiedet mit dem Ziel, diese gewünschten Veränderungen in der Lehre auch sicherzustellen durch

die Hineinnahme von außeruniversitären Einrichtungen der ambulanten und stationären Krankenversorgung.

Leider haben nicht wenige Hochschullehrer und wohl auch Teile des Medizinischen Fakultätentages diese Botschaft gründlich mißverstanden und aus diesem Mißverständnis sogar die Konsequenz gezogen, daß sie zur Zeit verstärkt darauf hinwirken, daß Studentinnen und Studenten auch im Praktischen Jahr immer weniger an derartigen außeruniversitären Lehrkrankenhäusern und immer mehr in den Klinischen Einrichtungen der Universitäten ausgebildet werden. Dabei kann bekanntlich nicht jede Universität bzw. Hochschule eine Garantie für das Kennenlernen eines breiten Spektrums ärztlicher Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten abgeben.

Kammern als Qualitätsgaranten

Als Ärztekammern in den Ländern und als deren Arbeitsgemeinschaft Bundesärztekammer begleiten wir fast alle Ärztinnen und Ärzte zumindest ihr Berufsleben lang. Wir sind für eine hohe Qualität dieser Ärztinnen und Ärzte verantwortlich und deshalb aufs höchste daran interessiert, daß ihre universitäre Ausbildung sie so gut wie möglich auf die Berufsausübung vorbereitet. Deshalb werden wir nicht nachlassen, mit unseren Kolleginnen und Kollegen in den Hochschulen auch in diesen Fragen im Dialog zu bleiben. Mit ihnen gemeinsam haben wir ja das Problem – und das wird und kann sich nie ändern –, daß Bildungspolitik ein besonders spannungsgeladenes Feld ist. Dies gilt ganz besonders in Feldern, die durch raschen Fortschritt hohe Spezialisierung und Subspezialisierung aufweisen. Bildung läuft dieser Entwicklung notgedrungen immer hinterher, so daß der Bildungsgestaltung der Eindruck des Unvollkommenen und Unfertigen immanent ist. Das müssen wir reflektieren und damit leben.