
Dr. med. Hans Brock
Nervenarzt i.R.
Buchers Garten 1
04860 Torgau

Sächsische Landesärztekammer
Leserbriefaktion
PF 100465
01074 Dresden

Ärztmangel

im Licht der Arbeit von A. Bergmann und
F. Einsle in ÄBS 2/2003
Neue Wege in der Ausbildung im Fach Allgemeinmedizin

Verehrte Kolleginnen und Kollegen!

„Macht mir den Hausarztflügel stark!“ So könnte die strategische Losung für das ambulante Gesundheitswesen lauten. Schon zu DDR-Zeiten war mir klar, ohne enge Zusammenarbeit mit den Hausärzten wären auch meine Leistungen als Nervenarzt wirkungslos verpufft. Daran dürfte sich nichts geändert haben. So verfolge ich mit großem Interesse alle Bemühungen zur Förderung der Allgemeinmediziner Ausbildung.

Ein Praktikum Allgemeinmedizin in Lehrpraxen für Studenten höherer Semester erschien mir auf den ersten Blick geeignet, frühzeitig das Interesse an einer solchen Perspektive zu wecken. Aber dann stutzte ich. Ich versuchte mich in unsere Nachwuchsmediziner hineinzuversetzen: Könnten mich solche Erfahrungen dazu verführen, die Ausbildung zum Allgemeinmediziner anzustreben?

In der Arbeit „Neue Wege...“ ist die medizintechnische Ausstattung der Lehrpraxen aufgelistet. Ich muss gestehen, an der Stelle eines Studenten würde mir bei einem Fünftel bis zu einem Drittel der Praxen der Schreck

in die Glieder fahren. Dieser umfangreiche Gerätepark kostet Geld, und sich darauf einzulassen, bedeutet, sich zu verschulden.

Ich sehe ein, dass auch allgemeinmedizinische Praxen heutzutage über ein EKG verfügen sollten (bei 100 % der Praxen tatsächlich der Fall). Die Geräte liefern auch dem nicht speziell kardiologisch geschulten Arzt eine brauchbare Grobdiagnose. Sie lassen sich vermutlich befriedigend auslasten und ermöglichen eine Vorauswahl vor der Überweisung zum Internisten. Ähnlich sehe ich es im Falle des Spirotests (in mehr als 50 % vorhanden). Aber ich bezweifele, dass sich Langzeit-Blutdruck-Messgerät, Belastungs-EKG, Sonographie, Ultraschall-Doppler und 24-h-EKG in einer allgemeinmedizinischen Praxis auslasten lassen, sie können sich gar nicht „rechnen“ (es sei denn, man setzte sie zu Lasten des Punktwerts für alle anderen niedergelassenen Ärzte ohne klare Indikation, also missbräuchlich, übermäßig oft ein). Meines Erachtens sollten die allgemeinmedizinischen Fachgesellschaften klar herausarbeiten und auch den interessierten Studenten zur Kenntnis geben, welche apparative Ausstattung in einer Hausarztpraxis unverzichtbar ist, was andererseits nur einem kostspieligen Hobby dienen könnte.

In allen anderen Fachdisziplinen kann der ärztliche Nachwuchs die Entscheidung zwischen einer Laufbahn im Krankenhaus und einer Niederlassung in der Regel bis zum Ende der Facharztausbildung aufschieben. Der künftige Hausarzt legt sich bereits zu Beginn seiner Weiterbildung fest. Daher hat er frühzeitig, möglichst schon als Student, Anspruch auf Aufklärung über die (finanziellen) Risiken und Nebenwirkungen der Niederlassung – und auch über Antidote für den Krisenfall.

Der von Praxisberatern in der Nachwendezeit verbreitete Mythos ist längst zerstoßen, für die Einrichtung einer Praxis könnte man sich risikofrei verschulden, spätestens mit dem Erlös aus dem Verkauf der Praxis seien die Schulden restlos zu begleichen und es bliebe auch noch ein Zubrot für die Alterssicherung übrig. Je mehr Praxen in einer Region keinen Nachfolger finden, um so mehr Arbeit erwartet jeden neu niedergelassenen Arzt. Aber um so mehr wachsen auch die Befürchtungen, eines Tages selbst mit einer unveräußerlichen Praxis auf einem Schuldenberg sitzen zu

bleiben und mit dem Privatvermögen der Familie haften zu müssen. Mich jedenfalls würde eine solche Perspektive abschrecken, und ich verstehe jeden Jungmediziner, der von einer solchen Karriere Abstand nimmt. Aber es könnte anders sein. Wer irgendwo im Land aus privatem Interesse einen nicht unbedingt erforderlichen neuen Imbissstand einrichtet, der trägt selbstverständlich selbst, zusammen mit seiner Hausbank, das Schuldenrisiko. Aber der niedergelassene Arzt? Mit welchem Recht verlangt man vom ihm, sich bis zum Hals in Schulden zu stürzen, als wäre es seine Privatsache, ja ein Privileg, im öffentlichen Interesse und im Auftrag öffentlich-rechtlicher Körperschaften die medizinische Versorgung einer Region sicherzustellen? Gefragt ist der Sicherstellungsträger (also gegenwärtig die KV), er hat die Zahl der zugelassenen Ärzte nicht nur nach oben, sondern auch nach unten zu begrenzen. Er hat sicherzustellen, dass ihre Zahl eine kritische Grenze nicht unterschreitet, und zwar durch tatkräftige, auch finanzielle Hilfen, die das Niederlassungsrisiko zu minimieren vermögen. Gefragt sind meines Erachtens auch die Gebietskörperschaften. Aus meiner Sicht gehört es zur Daseinsvorsorge für ihre Bürger, in ihrem Verantwortungsbereich eine ausreichende ärztliche Besetzung sicherzustellen.

Vermutlich gestatten die gegenwärtig geltenden Vorschriften keine praktikable Lösung in diesem Sinne. Dann wären sie dringend zu schaffen. Mein Vorschlag: die KV oder die Kommunen (oder beide gemeinsam) kaufen die verwaisten Praxen samt Inventar auf und überlassen sie einem neuen Arzt zur Nutzung, im Rahmen eines Miet- oder Pachtvertrags, eines Leasingvertrags mit späterer Kaufoption, zumindest mit einem zinslosen Kredit und einer Bürgschaft, die die Inanspruchnahme des Privatvermögens des Arztes ausschließt. Und auf Wunsch sollte es sogar die Möglichkeit geben, auch als ambulant tätiger Arzt, frei vom täglichen Verwaltungsaufwand der „Unternehmensführung“, als Angestellter eines öffentlich-rechtlichen oder freigemeinnützigen Trägers zu arbeiten. Mögliche Varianten werden den Medizinalökonomern und -juristen sicher einfallen. Aber es muss etwas geschehen, um den drohenden allgemeinmedizinischen Versorgungsnotstand abzuwenden.

Mit freundlichen Grüßen
Dr. med. Hans Brock