

# „Wir brauchen mehr Generalisten und weniger Spezialisten“

Dr. Robert Schäfer, mehr als 33 Jahre lang Geschäftsführender Arzt der Ärztekammer Nordrhein, ist am 30. September in den Ruhestand getreten. Im *Rheinischen Ärzteblatt* zieht er eine Bilanz seiner Amtszeit und beleuchtet Zukunftsaspekte des Arztberufes.

**RhÄ:** Am 22. April 1978 haben Sie Ihr Amt als Geschäftsführender Arzt angetreten, heute ist Ihr letzter Arbeitstag. Was sagt der Kopf, was sagt der Bauch?

**Dr. Schäfer:** Ich bin frohen Mutes. Das resultiert aus der Tatsache, dass ich hier 33 Jahre arbeiten durfte, und im Rückblick meine feststellen zu dürfen, dass ich gemeinsam mit anderen einiges geschafft habe. Auch bin ich zuversichtlich, dass die Arbeit in der Kammer einen guten Fortgang nehmen wird.

**RhÄ:** Was war im Jahr 1978 die erste große Aufgabe?

**Dr. Schäfer:** Ich war damals ehrenamtliches Mitglied des Vorstandes und wurde einigermaßen dringlich gebeten, ins Hauptamt zu wechseln. Es ging darum, die Facharztprüfungen einzuführen, und zwar als erste Kammer in Deutschland. Mir kam damit eine Aufgabe zu, die seinerzeit nicht sehr beliebt war. Eine Facharztprüfung widersprach dem bis dahin geltenden Verständnis, dass ein Facharzt sein sollte, wer von seinem Chef dazu erklärt worden war. Das entsprach nicht mehr der Zeit. Deswegen habe ich es als spannende Aufgabe angesehen, die Facharztprüfung in Nordrhein zu etablieren. Wir waren hier Vorreiter, viele andere Kammern haben sich später an den bei uns eingeführten Modalitäten orientiert.

**RhÄ:** Die ärztliche Weiterbildung ist bis heute das Top-Thema der Kammer. Was ist aktuell zu tun?

**Dr. Schäfer:** Heute geht es darum, eine bedarfsgerechte Weiterbildung herstellen zu helfen. Wir müssen konstatieren, dass die Weiterbildung ohne eine solche steuernde Einflussnahme zu Ergebnissen ge-



Dr. Robert Schäfer Fotos: Jochen Rolfes

führt hat, die wir als problematisch empfinden müssen.

**RhÄ:** Nämlich?

**Dr. Schäfer:** Es gibt zu wenig Allgemeinärzte, weil das Krankenhaus in der Weiterbildung überwiegend seine eigene Tätigkeit repliziert und deswegen zu wenig Allgemeinärzte generiert. Deshalb sind wir dabei, Weiterbildungsverbund-Systeme zwischen Krankenhaus und Praxis aufzubauen. Ich bin optimistisch, dass diese Verbünde gute Ergebnisse zeigen werden.

**RhÄ:** Braucht die Kammer weitere Instrumente, um in Richtung Bedarfsgerechtigkeit wirken zu können?

**Dr. Schäfer:** Wir müssen zunächst einmal darauf achten, dass die Weiterbildungskataloge eingehalten werden. Das ist nicht trivial. So beklagen zum Beispiel die Hochschulen, die naturgemäß in Fachfragen tonangebend sind, dass in den Katalogen zu viele Leistungen gefordert werden. Ich glaube das ehrlich gesagt nicht. Die Kritik resultiert eher aus der Tatsache, dass an den Universitäten sehr viel hochspezialisierte Versorgung in den großen Fächern stattfindet. Aber man wird dort eben keine großen Zahlen von Eingriffen finden, die für die Versorgung in der Breite typisch sind. Wir werden zukünftig eine gewisse Überproduktion an Fachärzten zu bremsen haben und gleichzeitig die Qualität der Versorgung verbessern können, wenn eine größere Zahl von Allgemeinärzten auch in der Fläche verfügbar wird. Wir haben einen Bedarf an mehr Generalisten und weniger Spezialisten.

**RhÄ:** Das ist über die Gestaltung der Weiterbildung allein wohl kaum zu steuern.

**Dr. Schäfer:** Das ist richtig, wir brauchen den Diskurs aller Beteiligten. Dazu gehören die wissenschaftlichen Gesellschaften, die Krankenhausträger und die Kostenträger, aber ganz wesentlich natürlich auch die Kammern, die das Weiterbildungsgeschäft in- und auswendig kennen. Aufgabe des Staates wäre die Moderation und Organisation dieser Gespräche. Wir haben im Gesundheitswesen vielleicht den Fehler gemacht, zu stark auf das Geld zu schauen und Geldflüsse steuern zu wollen. Ich glaube, es ist sinnvoll, auch die Bildungsprozesse besser zu steuern. Zwischen der Zahl der zu Qualifizierenden und der Zahl der zu erbringenden Leistungen muss eine vernünftige Relation bestehen. Deswegen wird man um die Ermittlung eines Bedarfs an Qualifikationen nicht herumkommen. Und das nicht nur wegen des Geldes, sondern vor allem wegen der Qualität.

**RhÄ:** Was wird sich in Deutschland in den kommenden zehn Jahren in der Weiterbildung verändern?

**Dr. Schäfer:** Ich erwarte, dass wir die Weiterbildungsordnung wegen des medizinisch-technischen Fortschritts auch künftig ungefähr alle zehn Jahre überarbeiten müssen. Abweichend von dem bisherigen Schema wird dann wohl stärker die Qualifikation als die Fachzugehörigkeit in den Blick rücken. Das würde konkret bedeuten, dass man zum Beispiel endoskopische Leistungen als Internist beim Chirurgen lernen können muss, wenn dieser gut endoskopierte – oder umgekehrt der Chirurg beim Gastroenterologen das Endoskopieren lernen können muss, wenn der es an der jeweiligen Klinik am besten kann. Die klassischen Zugehörigkeiten – dieses ist operativ, jenes ist konservativ, dieses ist Innere Medizin, jenes Chirurgie – werden sich auf Dauer vermutlich nicht mehr durchhalten lassen und einer gewissen Auflösung der schematischen Starre von Fachzugehörigkeiten weichen. Das Stichwort, das in Fachkreisen diskutiert wird, ist das sogenannte Modul. Ob dies tatsächlich ein Ansatz ist, der erfolgreich in die Weiter-

bildungspraxis umgesetzt werden kann, muss weiter gründlich diskutiert werden.

**RhÄ:** Von Beginn ihrer Kammertätigkeit an war auch die ärztliche Fortbildung ein wesentliches Thema. Ist darunter heute etwas völlig anderes zu verstehen als vor 30 Jahren oder ist es im Prinzip das Gleiche?

**Dr. Schäfer:** Es hat sich ganz wesentlich geändert. Schon zu Beginn meiner Amtszeit, im Jahr 1979, haben Ärztekammer und Kasernenärztliche Vereinigung den wegweisenden Schritt getan, bei der Fortbildung in der Nordrheinischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung zusammenzuarbeiten. Ich kann heute nur sagen: Es ist gut, dass wir diese Einrichtung haben. Insgesamt hat sich die ärztliche Fortbildung in den vergangenen drei Jahrzehnten emanzipiert. Früher war das Thema stark von Herstellern geprägt, heute haben wir eine autonome Form. Mustergültig ist zum Beispiel die Reihe „Aus Fehlern lernen“ unserer Gutachterkommission in Zusammenarbeit mit dem Institut für Qualität, die der Vorbeugung von Behandlungsfehlern dient. Denn Fortbildung an sich hat meines Erachtens nur bedingt einen Wert. Sie nützt nur dann wirklich, wenn sie dem Patienten nützt. Und wenn der Patient profitiert, weil weniger Fehler entstehen, dann war Fortbildung gut. Ansonsten ist es ein nettes Get-together.

**RhÄ:** In den 70er Jahren haben auch die Aktivitäten der Kammer zum Thema Qualitätssicherung im Krankenbau eingesetzt. Das war zunächst eine Erfolgsgeschichte.

**Dr. Schäfer:** Zu dem Thema würde ich heute so bilanzieren: Wer zu spät kommt, den bestraft das Leben, heißt es – aber wer zu früh kommt, der hat's auch nicht leicht. Tatsächlich hatten wir in der Umsetzung von Qualitätssicherungsprogrammen, die sich als wirksam und nützlich erwiesen, viel Erfolg. Das Thema ist allerdings von anderen sehr viel schneller als bedeutsam erkannt worden als von den Ärzten selbst. So dominieren heute Kostenträger und Krankenhausträger auf diesem Feld. Die Mitsprachemöglichkeiten der verfassten Ärzteschaft sind nur noch minimal gegenüber dem damaligen Zeitpunkt – und viel zu gering gemessen an der Verantwortlichkeit, die den Ärztinnen und Ärzten zukommt, auch in zivilrechtlicher und strafrechtlicher Hinsicht. Wenn etwas schief geht, werden in aller Regel nicht der Verwaltungsleiter oder die Krankenkasse angeklagt, da werden Ärztinnen und Ärzte

angeklagt. Es bleibt Aufgabe der Kammer, eine angemessene Mitwirkung am Thema Qualitätssicherung zu fordern. Das heißt für mich: Drittelparität von Ärzten, Kostenträgern und Krankenhausträgern.

**RhÄ:** Handelt es sich hier auch um eine Machtfrage nach dem Motto: Wer viele Daten hat, verfügt über mehr Einfluss im Gesundheitswesen?

**Dr. Schäfer:** Die Machtfrage ist in Fragen der professionellen Kompetenz eher störend als nützlich. Das zeigt sich sowohl in hierarchischen Systemen innerhalb der Ärzteschaft wie bei dem Versuch, den ärztlichen Sachverstand beispielsweise ökonomischen Aspekten unterzuordnen. Man muss der Ärzteschaft die Möglichkeit geben, rein fachlich über die Schwierigkeiten reden zu dürfen, die mit der Erstellung von Qualität verbunden sind, ohne dass sachfremde Aspekte dieses Kernthema überlagern. Denken Sie nur einmal an die heikle Frage, ob durch die modernen Finanzierungssysteme ungesunde Anreize gesetzt werden, die dazu führen, dass es zu unnötigen, aber eben lukrativen Eingriffen kommt. Letztlich kann nur ein Arzt oder eine Ärztin im Dialog mit dem Patienten entscheiden, ob jemand so krank ist, dass die Belastung eines größeren Eingriffes zu rechtfertigen ist. Da darf die betriebswirtschaftliche Kalkulation des Krankenhauses keine Rolle spielen.

**RhÄ:** Zu ihren Aufgaben bei der Kammer gehörte es, die Arbeit der Ethikkommissionen zur Prüfung klinischer Studien zu begleiten. Auch hier hat sich im Laufe der Jahre einiges geändert.

**Dr. Schäfer:** Ja, aufgrund europäischer Entwicklungen ist heute der Antragsteller der Sponsor, also die Pharmafirma oder derjenige, der das Vorhaben finanziert. Wir waren der Meinung, dass die angemessen qualifizierte Person – in der Regel also ein Arzt oder eine Ärztin – Antragsteller sein sollte. So war es früher, und so konnten wir auch den Ansatz verfolgen, mit der Bewertung der Studie dem Verantwortlichen quasi eine präventive berufsrechtliche Beratung zu liefern. Im Kern geht es heute wie früher darum, ob es einem Patienten zuzumuten ist, eine Versuchsanordnung zu durchlaufen, die notwendigerweise nicht immer Erfolge zeitigen kann.

**RhÄ:** Was werden Sie nun ohne das Amt des Geschäftsführenden Arztes anfangen?

**Dr. Schäfer:** Ich werde die Zeit mit meiner Frau und meiner kleinen Tochter genießen. Gut möglich, dass ich darüber hinaus in der einen oder anderen Angelegenheit meine beruflichen Erfahrungen einbringen werde.

**RhÄ:** Vielen Dank für das Gespräch.

Interview: Horst Schumacher

## Zur Person

**Dr. Robert D. Schäfer**, seit dem 22. April 1978 Geschäftsführender Arzt der Ärztekammer Nordrhein (ÄkNo), ist am 30. September 2011 in den Ruhestand getreten. In der Geschäftsführung der Ärztekammer Nordrhein war Schäfer unter anderem für die Themen Weiterbildung, Qualitätssicherung, Ethikkommissionen und Fortbildung verantwortlich. Der Aufbau des Facharzt-Prüfungswesens und die Mitarbeit an der Entwicklung jeweils modernisierter Weiterbildungsordnungen sowie deren Umsetzung waren Schwerpunkte seiner Arbeit. Pionierarbeit leistete er auch bei der Gründung der Nordrheinischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung und dem Aufbau zahlreicher Qualitätssicherungs-Aktivitäten der ÄkNo, die bundesweite Pilotfunktion hatten. Dem *Rheinischen Ärzteblatt* stand Robert Schäfer über viele Jahre als medizinisch-wissenschaftlicher Berater zur Seite. International knüpfte er Kontakte für die ärztliche Selbstverwaltung in arabischen Staaten wie Syrien, Ägypten, Libyen und Kuwait sowie in osteuropäische Länder, etwa die ehemaligen GUS-Staaten einschließlich Russlands. Den Aufbau der ärztlichen Selbstverwaltung in den

neuen Bundesländern Anfang der 90er Jahre hat Schäfer nach Kräften unterstützt und die damalige Entwicklung als „enorm reizvoll“ erlebt. Seine ehrenamtlichen Tätigkeiten wird er fortführen, unter anderem ist er Vorsitzender des Normenausschusses Medizin im Deutschen Institut für Normung e. V. (DIN), Alternierender Vorsitzender der Vertreterversammlung der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) und Chairman des Unterkomitees SC 62D (Elektromedizinische Geräte) der Internationalen Elektrotechnischen Kommission (IEC). Robert Schäfer wurde am 28. Juni 1944 in Breslau geboren. Grundschule und Gymnasium besuchte er ab 1950 in Bonn, danach studierte er von 1963 bis 1970 in Bonn und Kiel Medizin. Die Medizinalassistentenzeit führte ihn nach Hattlingen, Bonn und Engelskirchen. Seine Weiterbildung zum Facharzt für Anästhesie (1972 bis 1976) absolvierte er am Ev. Krankenhaus Bonn-Bad-Godesberg und am Institut für Anästhesiologie der Universität Bonn. Seine Schwerpunkte waren Notfallmedizin und Rettungswesen; mit einem Thema aus diesem Bereich wurde er auch promoviert. uma