

Opleiding en onderzoek in de Bondsrepubliek

G.J. BREMER
R.H. OUDKERK

Het begrip 'huisarts' is in Duitsland niet eenduidig te omschrijven: iedere arts die anderhalf jaar ervaring met patiënten heeft opgedaan, kan zich als huisarts vestigen. Van de ongeveer 28.000 'huisartsen' in Duitsland heeft dan ook slechts ongeveer de helft een specifieke (vierjarige) beroepsopleiding achter de rug. Eerste en tweede lijn zijn niet duidelijk gescheiden en patiënten hebben geen verwijskaart nodig voor een bezoek aan de specialist. Aan de universiteiten is de positie van de huisartsgeneeskunde weinig gunstig; er zijn 20 'honorar' Professoren – voor enkele uren per week – en nog eens 60 andere Lehrbeauftragten Allgemeinmedizin. Deze zijn echter niet betrokken bij de beroepsopleiding en het onderzoek in de huisartsgeneeskunde komt nog nauwelijks van de grond. Van samenwerking tussen universiteiten en huisartsen is nauwelijks sprake.

Bremer GJ, Oudkerk RH. Opleiding en onderzoek in de Bondsrepubliek. Huisarts Wet 1989; 32(5): 165-7.

Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Groningen, Antonius Deusingalaan 4, 9713 AW Groningen.

Prof. dr. G.J. Bremer, hoogleraar huisartsgeneeskunde; R.H. Oudkerk, huisarts. Correspondentie: Prof. dr. G.J. Bremer.

Inleiding

Duitsland is een dichtbevolkt land met een oppervlakte van 248.000 vierkante kilometer. Het inwonertal is de laatste tijd iets aan het afnemen en bedraagt nu ruim 61 miljoen. Ruim 15 procent van de bevolking is ouder dan 65 jaar. In Duitsland werken bijna 150.000 geneeskundigen. Na Rusland, Italië, Griekenland en Oostenrijk heeft Duitsland de grootste artsendichtheid van Europa.*

Er wordt in Duitsland, evenals bij ons, veel geld aan de gezondheidszorg besteed. Er zijn iets meer ziekenhuisbedden dan in Nederland (Duitsland 10,0 per 1000 inwoners, Nederland 9,7). Van het bruto nationaal produkt wordt 8,7 procent besteed aan de gezondheidszorg; in Nederland is dat 8,6 procent (1984). Dit percentage is in beide landen dus vrijwel gelijk, ondanks grote verschillen in de structuur van de gezondheidszorg.¹ Van de bevolking zit 95 procent verplicht in de volksverzekering, waarbij de arts per verrichting wordt betaald. Iedereen kan rechtstreeks naar de specialist, zonder verwijskaart van de huisarts. Sommige Duitsers hebben zo een reeks vaste specialisten om zich heen. Dit maakt de zorg gefragmenteerd en onoverzichtelijk. Inschrijving op naam bestaat niet officieel, hetgeen ook de research belemmert.

De regering is momenteel in een verbitterde strijd gewikkeld met de medische wereld – artsen, apothekers, farmaceutische industrie en tandartsen – om door middel van de 'Gesundheitsreformgesetz' de gezondheidszorg goedkoper te krijgen.

De Duitse huisarts

Het begrip 'huisarts' is in Duitsland niet eenduidig te omschrijven, omdat het vak er niet zodanig beschermd is dat alleen een specifieke opleiding het recht geeft zich als huisarts te vestigen. Er bestaan:

- Ärzte für Allgemeinmedizin met een vierjarige beroepsopleiding die voornamelijk in het ziekenhuis plaatsvindt: anderhalf jaar interne geneeskunde, een jaar chirurgie, een jaar keuzeprogramma's en een half jaar in de algemene praktijk. Het jaar keuzeprogramma's mag naar eigen wens worden ingevuld, maar het moet plaatsvinden

bij een erkend specialisme en de periodes moeten ten minste zes weken duren.

De jonge arts moet zelf zijn opleidingsplaatsen zien te bemachtigen. De leermeester dient bij de artsenkamer een erkenning aan te vragen om op te mogen leiden, maar dit is een formele zaak; een erkenning wordt altijd verleend.

Na afloop van deze 'Weiterbildung' vindt een examen plaats. Dit wordt afgenomen door examinatoren, die worden aangewezen door de artsenkamer. Meestal zijn dit Lehrbeauftragten Allgemeinmedizin.

De opleiding is vrijwillig en de animo ervoor neemt de laatste tijd sterk af, doordat goede opleidingsplaatsen moeilijk te krijgen zijn door het teveel aan artsen.

- Iedere arts die anderhalf jaar ervaring met patiënten heeft opgedaan, kan zich als huisarts vestigen. Deze ervaring wordt vereist door de 'ziekenfondsen' (Krankenkassen), maar is niet nauwkeurig omschreven en kan ook geheel in een ziekenhuis worden opgedaan.

- Specialisten die zich om welke reden dan ook van hun specialisme afkeren, kunnen zich als 'huisarts' vrij vestigen.

Er werken in Duitsland ongeveer 28.000 'huisartsen' in de eerste lijn, van wie ongeveer de helft is opgeleid tot Arzt für Allgemeinmedizin. Daarnaast werken er 35.000 vrij gevestigde specialisten en ongeveer 60.000 ziekenhuisartsen. Het aantal inwoners per huisarts is daardoor ongeveer 2.200 en per specialist 1.700.

Duitse huisartsgeneeskunde

Evenals in Nederland zijn er heel wat instanties die zich met de structuur van de gezondheidszorg en de verhouding tussen universiteit en arts bemoeien. Doordat er in Duitsland geen beschermd, specifieke huisarts bestaat, is de belangenstrijd ondoorzichtig. Het komt er globaal op neer dat de 'echte' huisartsen al meer dan 25 jaar min of meer vergeefs pogen hun vak wette-

* Eerdere berichten over de situatie in Duitsland – van de hand van G.J. Bremer – verschenen in Huisarts en Wetenschap 1973;16:238-9, 1974;17:190-1, 1977;20:279-80, 1978;21:296-7, 1970;22:248-50, 1980;23:366-8, 1983;26:272-3 en 1986;29:213-4.

lijk erkend te krijgen. Zij krijgen daarbij steun van de Krankenkassen – waarbij vooral de Kassenärztliche Vereinigungen geld ter beschikking stellen – omdat deze instellingen gebaat zijn bij goede huisartsen. De tegenkrachten zijn echter zo sterk dat er momenteel weinig kansen bestaan voor een goede ontwikkeling van een specifieke huisartsgeneeskunde.

De verschillende ‘partijen’ houden elkaar zo’n beetje in evenwicht, zodat er niet veel verandert. De overheid houdt zich vooralsnog op een afstand, de medische faculteiten zijn weinig geïnteresseerd in een eenvoudige eerstelijns geneeskunde, maar aanbidden de nieuwste (kostbare) medische technologieën, de artsorganisaties willen – zoals gezegd – de deur voor iedereen naar de eerstelijns geneeskunde openhouden, en de studenten voelen er weinig voor dat het al overladen studieprogramma nog verder wordt uitgebreid met een vak waarvoor zij in de toekomst toch al een zekere bevoegdheid bezitten.

Dat de overheid zich niet duidelijk uitsprekt op dit punt, wordt mede veroorzaakt door het feit dat het begrip ‘eerstelijns gezondheidszorg’ in Duitsland veel minder duidelijk gestructureerd is dan in Nederland. Een uitgesproken scheiding tussen de eerste en tweede lijn bestaat niet, huisartsen werken ook in de ziekenhuizen, specialisten komen bij de patiënt thuis en een verwijzingskaart is niet nodig. Het formuleren en invoeren van een ‘Basistakenpakket’ voor de huisarts zou dan ook op zeer veel weerstanden stuiten.

Het zijn vooral de docenten in de Allgemeinmedizin die zich al jarenlang – tot nu toe met weinig succes – inzetten voor de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde in Duitsland. Hun macht is uiterst beperkt en de professionalisering van de huisarts is de laatste jaren dan ook nauwelijks voortgeschreden. Universitaire huisartseninstituten zoals wij deze kennen – als duidelijke afdelingen van een faculteit – bestaan niet en het begrip universitaire huisartspraktijk is vrijwel onbekend.

Er zijn momenteel wel twee goede geneeskundige tijdschriften speciaal voor huisartsen:

– *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, een blad vooral gericht op specialistisch in-

houdelijke nascholing; het blad ‘Internationale Allgemeinmedizin und Hochschule’ – een uitgave van de docentenvereniging in de huisartsgeneeskunde – wordt als bijlage van dit tijdschrift uitgegeven;

– *Allgemeinmedizin*, de opvolger van het blad van de SIMG (Societas Internationalis Medicinæ Generalis) een huisartsgeneeskundig interessant blad waaraan, behalve de Duitse wetenschappelijke huisartsenvereniging (DEGAM), ook de wetenschappelijke huisartsenverenigingen uit Zwitserland, Oostenrijk en België deelnemen; hierin worden ook Engelstalige bijdragen opgenomen.

Opleiding en onderzoek

De basisopleiding duurt zes jaar en staat onder verantwoordelijkheid van 27 medische faculteiten. Bij 26 van deze faculteiten doet de huisartsgeneeskunde in zeer wisselende mate mee met het onderwijs in het basiscurriculum.

Aan 15 faculteiten zijn in totaal 20 (‘honorar’) Professoren benoemd. Inclusief deze docenten zijn er momenteel ongeveer 80 Lehrbeauftragten werkzaam aan de universiteiten om de huisartsgeneeskunde te doceren. Veel moet men zich daar niet bij voorstellen; van enige institutionalisering is nauwelijks sprake. Wel zijn deze docenten min of meer gehouden een cursus te organiseren (Kursus zur Einführung in Fragen der allgemeinmedizinischen Praxis) die voor de studenten verplicht is en die ook geëxamineerd wordt.

Met perifere huisartsen wordt op enkele plaatsen enigszins samengewerkt. Duidelijke schriftelijke afspraken, laat staan contracten, zijn er echter niet. Deze huisartsen ontvangen studenten en treden soms op als docent; van een honorering is nauwelijks sprake.

In Göttingen is de institutionalisering het verst ontwikkeld: negen medewerkers, van wie twee full-time, een half-time secretaresse en zeven kamers. De hoogleraar Sturm heeft daarmee de best ontwikkelde afdeling van geheel Duitsland, waarbij men wel rekening moet houden met het feit dat de kosten van deze afdeling voor het grootste deel worden betaald door de Kassen-

ärztliche Vereinigung; in onze termen gaat het dus eigenlijk om ‘derde geldstroom’-personeel. De afdeling werkt samen met acht perifere huisartsen. Ook in Frankfurt is sprake van een ontwikkeling die enigszins lijkt op een Nederlands huisartseninstituut. De eens bloeiende afdeling in Hannover is – na het overlijden van Haehn – zachtjes in de versukkeling geraakt. Gelukkig is er onlangs een vrouwelijke huisarts als hoogleraar benoemd: Gisela Fischer uit Frankfurt.

De titel Professor stelt bitter weinig voor; het gaat om een ‘honorar’ Professor. Een dergelijke hoogleraar heeft geen enkele inbreng binnen een faculteit, heeft een zeer kleine aanstelling – enkele uren per week – en wordt dan ook nauwelijks betaald. Wel heeft hij het jus promovendi. Men blijft echter hopen – al meer dan twintig jaar – dat er overal een ‘ordinarius’ benoemd zal worden. Van de medische faculteiten wordt echter nauwelijks ondersteuning ontvangen.

Er bestaat in Duitsland een vier weken durend vrijwillig co-assistentschap in de huisartsgeneeskunde dat door de Kassenärztliche Vereinigung – aan de opleiders – wordt betaald.

Met de vierjarige vrijwillege beroepsopleiding hebben de universitaire afdelingen niets te maken. Deze valt onder de verantwoordelijkheid van de Landes Ärztekammern, die ook de organisatie ervan op zich nemen.

Een verplichte opleiding wordt nog steeds, en al jaren lang, afgewezen in het bijzonder door het zogenaamde ‘artsenparlement’. Hierin hebben vooral aankomende en jonge specialisten de meerderheid en zij willen de deur naar de extramurale gezondheidszorg liever openhouden in verband met de werkloosheid die ook onder artsen in Duitsland bestaat. De DEGAM heeft al jaren geleden duidelijke eisen geformuleerd waaraan de opleiding tot huisarts en zijn nascholing moet voldoen. Bovendien bestaan er duidelijke onderwijsdoelstellingen op het gebied van de Allgemeinmedizin wat betreft het basiscurriculum en dit vak wordt op de universiteit ook globaal onderwezen en geëxamineerd. Wat de beroepsopleiding betreft zijn er dus dui-

delijke doelstellingen, maar van een echte operationalising ervan is nog geen sprake. Overigens is dat in Nederland ook (nog) niet het geval.

Het onderzoek in de huisartsgeneeskunde komt nog nauwelijks van de grond. Gebrek aan geld, tijd en methodologische deskundigheid zijn hier voornamelijk debet aan.

Uit het bovenstaande moge duidelijk zijn dat er van samenwerking tussen universiteit en huisartsen nauwelijks sprake is. Zoals gezegd bestaat er in Duitsland niet zo'n duidelijke eerstelijns gezondheidszorg als bij ons in Nederland, waardoor voor een

buitenstaander de situatie moeilijk te overzien is.² Hoe verwarrend de toestand is, moge blijken uit het feit dat de Duitse (huis)artsen heftig protesteren tegen een Europese twee- of driejarige opleiding tot huisarts, omdat zij in Duitsland immers een vierjarige opleiding hebben. Dat deze opleiding vrijwillig is, nauwelijks gestructureerd en door weinigen wordt gevolgd, doet blijkbaar niet ter zake.

Dankbetuiging

De gegevens nodig voor het schrijven van deze bijdrage zijn verkregen door interviews met prof. dr. E. Sturm, huisarts te Thedinghausen en

hoogleraar in Göttingen, dr. E. Hesse, huisarts te Stuhr en docent in Münster, dr. J. Dreibold, huisarts in Walsrode, en prof. dr. P. Helmich, huisarts in Brügggen en hoogleraar in Düsseldorf. Dreibold was zo vriendelijk de uiteindelijke tekst nog eens te controleren. Al deze collegae worden voor hun medewerking ten zeerste bedankt.

Literatuur

- 1 Jansen RTJD. Honorering van huisartsen. Instituut voor Onderzoek van Overheidsuitgaven. Memorandum. Den Haag, 1988.
- 2 Beske F, Boschke WL Standortbestimmung und Konzept Allgemeinmedizin. Deutscher Ärzte Verlag, Keulen, 1982. ■

Thuisbehandeling na een acuut hartinfarct

Vervolg van pag. 164

Literatuur

- ¹ Anoniem. Hart- en vaatziekten. Een statistische verkenning voor de Nederlandse Hartstichting. Voorburg: Centraal Bureau voor de Statistiek, 1983.
- ² Oliemans AP. Morbiditeit in de huisartspraktijk. Leiden: Stenfert Kroese, 1969.
- ³ Anoniem. Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland 1985. Utrecht: NIVEL, 1986.
- ⁴ Pozen MW, D'Agostino RB, Selker HP, et al. A predictive instrument to improve coronary-care-unit admission practices in acute ischemic heart disease. *N Engl J Med* 1984; 310: 1273-8. ■

Abstract

Fracheboud J, Berkel J, Bongers FH, Collette HJA. Home care after a myocardial infarction: how often and which patients? *Huisarts Wet* 1989; 32(5): 162-4, 167.

Examination of statistics gathered by the Continuous Morbidity Registration Sentinel Stations in the Netherlands led to the calculation that in 1978 there was still one in five patients with a possible myocardial infarction who was not admitted to hospital. Figures from the period 1983-1985 showed the same picture. A more detailed investigation of 249 patients showed however that more than half of the 'non-hospitalized' patients had already died without re-

ceiving medical help. Only eight of those 137 patients with a retrospectively confirmed myocardial infarction were actually treated at home. These were mainly (very) elderly patients. An examination of statistics from 1985 showed that the provisional diagnosis of a myocardial infarction proved to be correct in 60 percent of the reported cases.

Key words Classification; Home care; Myocardial infarction.

Correspondence J. Fracheboud, Preventicon, Radboudkwartier 261-263, 3511 CK Utrecht, The Netherlands.