

fachübergreifenden Bereitschaftsdienst veränderten Rufbereitschaft an. Die Geschäftsführer vieler Krankenhäuser seien nicht bereit, für diese Rufbereitschaft mehr zu bezahlen. Ungeklärt sei die Frage, wann ein Rufbereitschaftsdienst tatsächlich vor Ort sein müsse. Innerhalb von 10 Minuten? In 20 Minuten? Oder genüge es gar, wenn er aus 100 km Entfernung per Telefon Anweisungen gebe? Ärzte müssten vor dieser neuen Form der Ausbeutung geschützt werden.

Wie weiter in der Weiterbildung?

Veränderte Formen der Arbeitsorganisation beeinträchtigen die Weiterbildung. Wie soll diese künftig bei Schichtdienst gewährleistet werden? fragte Dr. Wolter. Die Kammer sei zwar für die Weiterbildung zuständig, stoße aber zunehmend auf Schwierigkeiten. Er stellte die Fragen in den Raum, ob der Weiterbildungsmodus verändert werden müsse, vielleicht so wie in Frankreich? Und: Müssen wir die Weiterbildungsbefugnisse von Chefärzten an Oberärzte weitergeben? Dr. Borchmann, der den Standpunkt einiger Krankenhäuser gerügt hatte, Weiterbildung sei nicht ihr „Job“, was dazu führen könne, dass es irgendwann bestimmte Fachärzte nicht mehr gebe, verwies in diesem Zu-



Für den Vorstand der Landesärztekammer mit dabei: Dr. Renate Schuster, Dr. Stephan Alder, Dipl.-Med. Hubertus Kruse, Vizepräsidentin Elke Köhler, Dr. Volkmar Skerra.

sammenhang auf den negativen Einfluss von Mindestfallzahl-Regelungen auf die Weiterbildung: „Etliche Krankenhäuser in Brandenburg werden keine Totalendoprothesen der Knie und der Hüften mehr machen können.“ Oder: In der Neonatologie-Intensivmedizin werde es bald gar keine Einrichtung in Brandenburg mehr geben, obwohl einige die teuren Ausrüstungen dafür besäßen, ganz einfach deshalb, weil sie die vorgeschriebenen Fallzahlen nicht erreichten. Dr. Borchmann verwies auf die unruhliche Rolle des Gemeinsamen Bundesausschusses in dieser Frage und forderte die Ärzte auf, über ihre Fachgesellschaften immer wieder darauf hinzuweisen, dass es zwischen Mengen und

Qualität bestimmter Leistungen keinen linearen Zusammenhang gebe.

Weg mit der Misstrauensbürokratie!

Einheitlich sprachen sich LÄKB und LKG gegen die aus ihrer Sicht völlig unverständliche und unakzeptable Misstrauensbürokratie aus. Die Dokumentationspflichten wucherten ins Unermessliche, hielten die Ärzte mehr und mehr von ihren eigentlichen Aufgaben ab. In der Onkologie beispielsweise gebe es inzwischen schon sechs

verschiedene Dokumentationsanforderungen. Weniger Zeit für die Bürokratie bedeute mehr Zeit für die Betreuung der Patienten und mehr Freude am Beruf.

Regelmäßig gemeinsam beraten

Präsident Dr. Wolter regte an, sich regelmäßig mit Vertretern der Landeskrankengesellschaft zusammensetzen, um Meinungen auszutauschen und ein gemeinsames, ein einheitliches Auftreten gegenüber der Politik zu ermöglichen. Zum beiderseitigen Vorteil, vor allem aber zum Nutzen für die Patienten!

Hans-Albrecht Kühne

Hausärztliche Versorgung

Wann schafft die Politik die notwendigen Rahmenbedingungen?

Eine Projektgruppe der Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden unter Mitwirkung von Vertretern der Kultusministerkonferenz, des BMGS, der Spitzenverbände der Krankenkassen, der DKG, der Bundesärztekammer, der KBV, des Deutschen Hausärzterverbandes sowie Vertretern der Wissenschaft legte mit Stand vom Mai dieses Jahres der 78. Gesundheitsministerkonferenz einen umfangreichen Bericht vor. Im Folgenden daraus einige Sätze:

1. Einschätzung der gegenwärtigen Situation der allgemeinmedizinischen Versorgung in Deutschland

Die Haupteinschätzung lautet:

- Es gibt keinen generellen Ärztemangel in der ambulanten Versorgung, allerdings ein nicht bedarfsgerechtes Verhältnis zwischen den fachärztlichen Disziplinen zu Lasten der allgemeinmedizinischen Versorgung.

Die Berufs- und Arbeitszufriedenheit sinkt. So streben Hausärzte vermehrt eine frühere Praxisaufgabe im Alter an.

Durch den sich erhöhenden Anteil von Ärztinnen und die damit zusätzliche Bela-

stung durch die immer noch überwiegend von Frauen wahrgenommene Erziehungsarbeit verschärft sich die Arbeitsbelastung der Hausärzteschaft.

Die Situation der hausärztlichen Versorgung ist als beginnend kritisch anzusehen.

Weiter wird analysiert:

- Prognostisch wird sich die Situation der hausärztlichen Versorgung aller Voraussicht nach verschlechtern. Aus dem ermittelten Bedarf an Allgemeinmedizinern pro Jahr bis 2011 ergibt sich von heute an ein erheblicher Bedarf an allgemeinmedizinisch abgeschlossenen Weiterbildungen.

Die Zahl der Niederlassungen im Fach Allgemeinmedizin im Jahr ist deutlich niedriger als die Zahl der ausgesprochenen Gebietsanerkennungen gleichen Jahres. Es wird hervorgehoben, dass die Mehrheit der Gebietsanerkennungen im Fach Allgemeinmedizin an Frauen erteilt wird. Im Jahr 2003 betrug deren Anteil fast 57 %. Vermutet wird, dass sich viele Ärztinnen für Allgemeinmedizin nicht niederlassen, da die Umfeldbedingungen eine gleichzeitige Vertragsarztstätigkeit und ein Familienleben nicht zulassen.

Die gegenwärtige Mangelwirkung wird begründet mit

- der allgemeinen Altersverteilung der Hausärzte in Deutschland,
- der anstehenden Berufsaustrittswelle in den neuen Ländern,
- der nicht befriedigenden Zahl der sich in der Allgemeinmedizin weiterbildenden Ärztinnen und Ärzte,
- der demografischen Entwicklung und der damit ansteigenden Mobilitätslast.

Als Fazit wird festgestellt: Die Rahmenbedingungen für die hausärztliche Versorgung sind zu optimieren. Ohne eine solche Verbesserung ist die langfristige Sicherstellung einer medizinischen Versorgung durch Hausärzte nicht realisierbar.

2. Rahmenbedingungen für eine allgemeinmedizinische Lehre

Der Bericht erkennt, dass die derzeitigen Voraussetzungen für die allgemeinmedizinische Lehre und Forschung an den medizinischen Fakultäten und Hochschulen in Deutschland nicht flächendeckend und damit ungenügend sind. Nur an fünf von 36 medizinischen Fakultäten war bis 1997 eine volle C4-Professur mit kleinen Abteilungen vertreten. Die Einrichtung der ersten Lehrstühle für Allgemeinmedizin in Frankfurt, Hannover und Göttingen wurde seiner Zeit durch die Kassenärztlichen Vereinigungen mitfinanziert.

Bis Mai 2004 waren lediglich eine befristete C4-Professur, acht selbstständige Abteilungen bzw. Sektionen hinzugekommen. Die Ausstattung mit wissenschaftlichen Mitarbeitern und Hilfspersonal ist vielfach unzureichend. Zusammengefasst wird, dass die jetzige Situation daher weitgehend unbefriedigend ist.

3. Weiterbildung und Fortbildung in der Allgemeinmedizin

Auch bei der novellierten Struktur der Weiterbildung zum „Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin“ gebe es mindestens zwei obligate Schnittstellen während der Weiterbildungszeit:

- zwischen den obligaten Weiterbildungs-Abschnitten in der stationären bzw. in der ambulanten Versorgung,
 - inhaltlich zwischen den konservativen und den operativen Lernzielen.
- Hierfür müssen die Weiterbildungsassistenten jeweils die Weiterbildungsstätten wechseln.

Der Wechsel zu einem neuen Arbeitgeber ist oft die Ursache, vom eingeschlagenen Weg zur Allgemeinmedizin abzuweichen. Es gelte, künftig derartig bedingte Abbrüche zu vermeiden. Möglichkeiten könnten sog. Weiterbildungs-Verbünde bilden. Dem Gremium erscheint es sinnvoll, derartige Vernetzungen oder vertraglich abgesicherte Rotationsstellen zu fördern.

Bei der Erteilung von Weiterbildungs-Befugnissen wäre es wünschenswert, wenn Krankenhausbteilungen miteinander, aber auch gemeinsam mit niedergelassenen Arztpraxen eine Verbundbefugnis erhielten, damit ein reibungsloser Übergang der verschiedenen Weiterbildungsabschnitte in Zukunft besser gewährleistet werden kann. Hierfür wird die Ärztekammer als Koordinator vorgeschlagen. In dem Gremium sollten weiterhin die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Krankenhausgesellschaften sowie Vertreter von Berufsverbänden eingebunden sein, um die Schnittstellenproblematiken gemeinsam orts- und zeitnah diskutieren und beheben zu können.

Seit 1990 erfolgt eine Finanzierung der „Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin“. Ziel ist es, den Anteil der Allgemeinmedizin an der hausärztlichen Versorgung zu erhöhen. Die Zuschüsse werden außerhalb der Gesamtvergütung bzw. außerhalb des Budgetrahmens gewährt. Gefördert werden Weiterbildungsabschnitte, die laut Weiterbildungsordnung anrechnungsfähig sind.

Im stationären Bereich liegt die Auslastung in den neuen Bundesländern bei ca. 90 % bezogen auf die registrierten Stellen. In den alten Bundesländern zwischen 44 % und 88 % je nach Bundesland. Im ambulanten Bereich



Dr. R. Heiber

liegt die durchschnittliche Auslastung bei 60 %. Der Anteil der Frauen an dem Förderprogramm liegt bei 59 %.

Das Förderprogramm im ambulanten Bereich ist zunächst bis zum 31.12.2006 befristet. Die Förderung war bundesweit auf insgesamt 3.000 Stellen im Jahr 2004 begrenzt, wobei es zu Umschichtungen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen gekommen ist.

Für die Jahre 2005 und 2006 wird der Bedarf zu Beginn des jeweiligen Jahres neu bestimmt. Als neues Element im Förderprogramm wird zusätzlich zur eigentlichen Förderung ein einmaliger Zuschuss in Höhe bis zu 300 € – hälftig von den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen – für diejenigen Weiterbildungsassistenten ermöglicht, die Kenntnisse und Fertigkeiten, die in bisherigen Weiterbildungsabschnitten nicht erhoben wurden, in anerkannten Kursen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachweisen.

In Brandenburg standen 2000 bis 2003 jeweils 60 geförderte Stellen zur Verfügung. Im Jahre 2004 75 Stellen, wovon im gleichen Jahr 61 Vollzeitstellen gefördert wurden. Stellt sich heraus, dass im Laufe dieses Vertrages eine Untergleichgewichtung in der Ausschöpfung der Stellen auftritt, wird die Aufteilung überprüft und ggf. korrigiert.

Die Ausschöpfungsquote des Förderprogramms im ambulanten Bereich betrug 2003 bundesweit 61 %, die zwischen den einzelnen Bundesländern aber variiert.

Die Bruttozugänge an Allgemeinmedizinern von 2000 bis 2002 in Deutschland bestehen zu 77 % aus geförderten Weiterbildungskandidaten.

Auch im stationären Bereich werden umgewandelte Assistentenstellen gefördert, die dann eine Weiterbildung in der Allgemeinmedizin ermöglichen. Von den Krankenkassen wird ein Zuschuss von 1.020 € pro Monat an das Krankenhaus für die „Umwandlung der Stelle“ gezahlt.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft setzt das Förderprogramm mit einer eigens eingerichteten Registrierstelle bundesweit um. Sie informiert quartalsweise über Inanspruch-

nahme des Förderprogramms und bietet Serviceleistungen für interessierte Einrichtungen und stellensuchende Ärztinnen und Ärzte an. In den neuen Bundesländern ist die Ausschöpfung des Programms ausgesprochen hoch.

Bei Ungleichgewichtungen in der Ausschöpfung erfolgt ebenfalls eine regionale Umschichtung der Anteile. So z. B. 2001 wobei in Berlin, Hamburg und Hessen die Kontingente reduziert, in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen und Sachsen-Anhalt ausgeweitet wurden.

Mittlerweile haben viele Krankenhäuser erhebliche Schwierigkeiten, vakante Stellen zu besetzen.

Fazit:

- Mit den derzeit besetzten geförderten Weiterbildungsstellen wird der Bedarf an Allgemeinärzten nicht abgedeckt, zumal nur 1/3 der Weitergebildeten die vertragsärztliche Tätigkeit aufnimmt.
- Es wird deutlich, dass die hausärztliche Versorgung regionalen Besonderheiten unterliegt.

4. Werbung/Motivation für eine Weiterbildung in der Allgemeinmedizin

Die allgemeinmedizinischen Fachgesellschaften und Berufsverbände sowie die Ärztekammern sollten gezielt werbend im Medizinstudium auftreten. Die objektiv oder tendenziell schlechten Arbeits- und Verdienstmöglichkeiten in der Allgemeinmedizin im Verhältnis zu den anderen spezialärztlichen Weiterbildungen sind z. Z. kein positiver Werbefaktor für diese Fachrichtung. Die statusbildenden Aktivitäten in und für die Allgemeinmedizin sollten ausgeweitet werden. Das Image der Allgemeinmedizin ist zu verbessern. Wichtig wäre hierzu, ein positives Bild der Fachrichtung zu vermitteln.

Feststellung:

Die Anregungen der Berichte an die 76. und 77. Gesundheitsministerkonferenz sind in Bezug auf die hausärztlichen Belange nicht befriedigend umgesetzt worden.

So wurde die Forderung bisher nicht aufgegriffen, die Richtlinie zu ändern, nach der es niedergelassenen Ärzten, die einen Arzt einstellen, nur möglich ist, ihre Leistungen bis höchstens 3 % auszuweiten. Es war vorgeschlagen worden, in offenen Planungsgebieten den ärztlichen Zulassungsausschüssen die Möglichkeit einer Leistungsauswertung bis zu 100 % einzuräumen.

Ein weiterer nicht aufgegriffener Punkt ist der Abbau von Überreglementierung und unnötigem bürokratischem Aufwand. So hat die 77. Gesundheitsministerkonferenz beschlossen, eine Arbeitsgruppe mit dem Auftrag einzusetzen, „Vorschläge zum Abbau von Doku-

mentationsaufwand“, soweit dieser durch rechtliche Vorgaben bedingt ist, zu erarbeiten und der 78. Gesundheitsministerkonferenz vorzulegen. In dieser Arbeitsgruppe soll der Deregulierungsaspekt im Gesundheitswesen herausgearbeitet und damit auch der Abbau von Überreglementierungen angeregt werden. Es wird erwartet, dass mit der Umsetzung des Berichtes die Arbeitssituation in der hausärztlichen Medizin und damit auch die hausärztliche Situation verbessert wird. Weiterhin wird gefordert, die Auslastung in den hausärztlichen Praxen auf ein vertretba-

res Maß zu reduzieren sowie die Anstellung von Ärzten in Praxen nicht durch Leistungsbegrenzungen zu verhindern. Viele junge Nachwuchsmediziner scheuen nach dem Abschluss der Weiterbildung das Risiko und die hohen Kosten, die mit einer Praxisgründung oder -übernahme verbunden sind. Weitere Forderungen sind, in unterversorgten Gebieten die temporäre hausärztliche Versorgung zu gewährleisten. Problem ist, dass in unterversorgten ländlichen Gebieten die Attraktivität der hausärztlichen Praxis leidet. Damit verbunden ist das dort meist schlechte Ange-

bote an sozialen bzw. kulturellen Einrichtungen. Weiter werden finanzielle Anreize für Hausärzte in unterversorgten Gebieten als zusätzliche Motivation für die Niederlassung gefordert. Möglich sei auch die Auslobung einer „Landarztzulage“ aus öffentlichen Mitteln.

Dr. R. Heiber
Hauptgeschäftsführer der LÄKB

(Aus „Qualifizierung für das Gebiet Allgemeinmedizin“, Bericht der Projektgruppe auf Grund des Beschlusses der 76. GMK)

AG Prävention von Kinderunfällen

„Mensch, pass auf!“ – Infobörse im November in Potsdam

„Mensch, pass auf!“ ist der Titel einer Infobörse zur Prävention von Unfällen im Kindesalter, zu der die gleichnamige Arbeitsgemeinschaft der Landesärztekammer Brandenburg am 5. November nach Potsdam einlädt. Im Bürgerhaus am Schlaatz werden zur Eröffnung am Samstag 10 Uhr auch Dagmar Ziegler, Ministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie, Frank Szymanski, Minister für Infrastruktur und Raumordnung, sowie Dr. Udo Wolter, Präsident der Landesärztekammer Brandenburg, erwartet.

„An allem Unfug, der passiert, sind nicht etwa nur die schuld, die ihn tun, sondern auch die, die ihn nicht verhindern.“, sagte einst der Schriftsteller und Kinderfreund Erich Kästner. Verhinderung von Kinderunfällen hat sich die Arbeitsgemeinschaft als ihr Hauptanliegen auf die Fahnen geschrieben. Diesmal sind es Leuchttürme, die bei der Infobörse in Potsdam als besondere Blickfänge erstmalig aufgeboten und bei künftigen Wanderausstellungen noch hoffentlich oft benutzt werden sollen.

Zu dieser Infobörse am 5. November hat die AG ein pralles Programm auf die Beine gestellt, in dem unterschiedliche Institutionen und Vereine des Landes Brandenburg ihre Projekte und Angebote vorstellen, die helfen sollen, für Kinder ein möglichst sicheres Umfeld zu gestalten. Nach der Eröffnung stehen am Vormittag folgende Themen auf dem Programm: „Die beispielbare Stadt – vom Konzept zur Umsetzung“, „Gehen macht klug – Stadtgänge fördern die Sinne“, „Unfallprävention auf den Punkt gebracht“ und „Sicher spielen – sichere Spielräume“. Zudem führt die Brandenburgische Sportjugend vor, wie in einer bewegungs- und gesundheitsorientierten KITA gearbeitet wird. Und das Projekt „Polizei-Puppenbühne“ wird vorgestellt. Am Nachmittag folgen die Themen „Mit dem Blick für Sicherheit – Hebammen beraten“,



PD Dr. Thomas Erler stellte erste Ergebnisse der Erfassung von Kinder- und Jugendunfällen am Carl-Thiem-Klinikum in Cottbus vor. Links: MR Dr. Helmut Richter. Foto: Hans-Albrecht Kühne

„Danach ist es zu spät“ (Dr. Thomas Erler vom Carl-Thiem-Klinikum Cottbus) und „Mit dem Roller fängt es an“. „Wir hoffen auf eine gute Beteiligung an unserer Infobörse und auf einen ebenso guten Erfolg der Ausstellung“, sagte Dr. Elke Seidel, die am Landesgesundheitsamt Brandenburg maßgeblich an der Vorbereitung der Veranstaltung beteiligt ist.

Zwischenbericht: Unfallfassung am CTK Cottbus

Auf der AG-Sitzung am 24. August in Potsdam, auf der das Programm der Infobörse vorgestellt wurde, gab PD Dr. Thomas Erler, Chefarzt der Kinderklinik am Cottbuser Carl-Thiem-Klinikum, auch einen Zwischenbericht zur Unfallfassung an seiner Einrichtung. Es sei schwierig, eine komplette Erfassung aller Unfälle zu realisieren. Schwere Unfälle indes führten in der Regel zu stationärer Aufnahme und seien für die statistische Aussagekraft der Erfassung von Belang. Da die stationäre Aufnahme von Kindern und Jugendlichen am CTK in mehreren Stationen erfolge, gestaltete sich die Erfassung anfangs besonders schwierig, doch sei dank der Arbeit einer Doktorandin seit dem 1. Januar 2005 eine fast 100prozentige Erfassung aller Fälle ge-

währleistet. Eine Zwischenauswertung der Daten bis zum 31. Juli 2005 habe die überraschend hohe Zahl von 471 unfallbedingten stationären Behandlungsfällen gebracht, wobei die 15- bis 18jährigen mit 154 Fällen unerwartet an der Spitze lagen.

Um die entsprechenden Fälle aus den umfangreichen Patientenakten filtern zu können, sei die Hilfe und Mitarbeit von Studenten der BTU Cottbus hervorhebenswert, denen der Förderverein der Kinderklinik dafür finanzielle Unterstützung gewähre.

Dr. Erler sagte, inzwischen arbeite auch in der Kinderklinik in Eisenhüttenstadt eine Doktorandin an der Erfassung der Unfälle: Und man versuche zudem, die Kinderklinik Frankfurt/Oder „mit ins Boot zu holen“.

In Cottbus könne man inzwischen auch über die Notaufnahme jene Fälle erfassen, für die keine stationäre Aufnahme notwendig werde. Dr. Erler verhandele überdies mit den Kollegen einer kinderchirurgischen Praxis in Cottbus, um auch die dort vorgestellten „Tages-Unfälle“ erfassen zu können.

Ziel der Untersuchung sei es, Aussagen über die Epidemiologie, über die Produktbezogenheit von Unfällen und über deren soziale Bezogenheit machen zu können. Über die BTU sei auch eine Ausdehnung der Datenerfassung auf Polen und Litauen in der Zukunft vielleicht machbar.

Auf die Frage von MR Dr. Helmut Richter, welche Daten wie erfasst würden, antwortete Dr. Gabriele Ellsäßer, dass dies nach europaweit einheitlichen Standards geschehe. Dr. Richter wandte ein, die ambulant gesammelten Daten blieben dennoch voraussichtlich Stückwerk und besäßen vermutlich nur geringe Aussagekraft.

Dr. Erler bestätigte, die Daten müssten „sehr vorsichtig interpretiert werden“.

Hans-Albrecht Kühne