

Analyse des künftigen Bedarfs an Weiterbildungsstellen zum Hausarzt in Hamburg

„Abfallprodukt“ Weiterbildung?

Von Dr. Detlef Niemann und Prof. Hendrik van den Bussche

Alle modernen und effektiven Gesundheitssysteme zeichnen sich dadurch aus, dass sie über eine gut organisierte hausärztliche Grundversorgung verfügen.

Die Effektivität der hausärztlichen ersten Versorgungslinie hängt von einer durchdachten Angebotsgestaltung ab. Hierzu gehören gute Erreichbarkeit, angemessene regionale Verteilung, ein auf die Bedürfnisse und Konsultationsanlässe der Bevölkerung abgestimmtes Leistungsspektrum, präzise Regeln für die Überweisung zu Spezialisten und Rücküberweisung. Hierzu gehört auch die Beschreibung der Beschwerdebilder und Krankheiten, für die eine Direktanspruchnahme des Spezialisten sinnvoll erscheint. Eine effektive hausärztliche Versorgung erfordert eine bedarfsorientierte Qualifikation. Dies kann am ehesten durch eine Berufsgruppe mit einheitlicher Qualifikation gewährleistet werden. Die Bevölkerung hat ein Anrecht darauf, dass alle Hausärzte über eine einheitliche und breite Qualifikation verfügen und ein adäquates Leistungsspektrum abdecken. Eine *laissez-faire*-Politik, die auf spontane Prozesse in der Weiterbildung setzt, bezüglich der Finanzierung Weiterbildung weitgehend als „Abfallprodukt“ der Assistenten-Arbeit begreift und auf vernünftige Planung verzichtet, findet man in kaum einem anderen westeuropäischen Land.

Ersatzbedarf

In Hamburg waren 2007 1195 Hausärzte tätig. Die Gesamtzahl ist im Zeitraum 2003 bis 2006 leicht (5%) angestiegen und zeigt eine normale Alterverteilung (vgl. Abb. 1). 28% der Gruppe sind hausärztlich tätige Internisten (vgl. Abb. 2). Rund 20% der Hausärzte sind über 60 Jahre alt (18% der Allgemeinärzte und 24% der hausärztlichen Internisten). So ergibt sich in zehn Jahren ein Ersatzbedarf von ca. 425 Hausärzten, d.h. von 40-50 Hausärzten pro Jahr.

Mehrbedarf

Der Bedarf an hausärztlichen Leistungen wird zunehmen. Nur zwei Faktoren seien genannt:

- Die stationäre Versorgung wird weiter komprimiert. Patienten werden in Zukunft nach kürzerer Verweildauer in die ambulante Versorgung entlassen.
- Der Anteil älterer und multimorbider Patienten wird zunehmen. Nationale wie ausländische Studien belegen übereinstimmend, dass diese Patienten in erster Linie „ihren“ Hausarzt aufsuchen.
- Der Mehrbedarf würde noch größer, wenn die Richtgröße der Gesundheitsministerkonferenz bezüglich des Verhältnisses von Hausärzten zu Spezialisten (60% Hausärzte, 40% Spezialisten) angepeilt werden sollte. Dies würde eine Verdopplung der Zahl an Hausärzten – und eine entsprechende Verringerung der Zahl an Spezialisten – zur Folge haben.

Allgemeinärzte aus der Weiterbildung

Daten der Ärztekammer und der KV Hamburg zeigen die Entwicklung in den letzten Jahren (Abb. 3). Die Zahl an Prüfungen hat mit einer Spitze im Jahr 2005 zugenommen, dem letzten Jahr der Prüfungen nach der dreijährigen Weiterbildungsordnung, doch in 2006 ist ein deutlicher Abfall zu verzeichnen. Es ist davon auszugehen, dass viele ihre Facharztprüfung in 2005 vorgezogen haben, um noch nach der dreijährigen Weiterbildung abschließen zu können. Im Durchschnitt der letzten fünf Jahre absolvierten 72 Ärzte die Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin pro Jahr. Diese Zahl stimmt in etwa mit der Zahl der bei der Deutschen Krankenhausgesellschaft registrierten geförderten Personen in der Weiterbildung überein (vgl. Abb. 3). Diese belegen auch eine Diskrepanz zwischen Absolventen- und Niederlassungszahlen. Vergleicht man die Jahre 2003 bis 2005, so hat sich ein Viertel der Absol-

venten nicht niedergelassen. Dies ist u. a. darauf zurückzuführen, dass fast zwei Drittel der Weiterzubildenden in der Allgemeinmedizin Frauen sind, die sich nicht immer (sofort) oder nur in Teilzeit niederlassen wollen. Dagegen stammen freiwerdende Kassenarztsitze eher von in Vollzeit arbeitenden Männern. Daraus folgt für die Bedarfsdeckung, dass bei weitergehender Feminisierung des Arztberufs eine „Überproduktion“ von 30% Weiterzubildenden vorzusehen ist. Die Statistik der DKG (Abb. 4) zeigt das noch dramatischere Bild einer kontinuierlichen Abnahme der Zahl an Förderstellen und -maßnahmen seit 2004.

Bezüglich der Diskrepanz zu den ÄKH-/KVH-Zahlen lassen sich folgende Einflüsse vermuten:

- Bis zur Abschaffung des AIP im Jahre 2004 war es üblich, die obligate stationäre internistische Zweit- und andere anzurechnende Weiterbildungszeiten über das Initiativprogramm Allgemeinmedizin in geförderter Form während der AIP-Phase abzuleisten.
- Krankenhäuser konnten ursprünglich die Förderung bei der DKG nachträglich beantragen, auch dann, wenn der Assistent sich erst im Verlauf der Weiterbildung für Allgemeinmedizin entschied, sogar dann, wenn er die entsprechende Krankenhausstelle schon verlassen hatte. Diese Möglichkeit wurde in den aktuellen Verträgen zwischen DKG und Krankenkassen abgeschafft. Nun muss die zu fördernde Stelle bei der DKG angemeldet werden. Weiterbildungsassistenten, die sich nicht primär für die Allgemeinmedizin entschieden haben oder dies aus Opportunitätsgründen bei der Stellenbewerbung nicht angeben, werden nicht gefördert.

Ausblick

Aus alledem folgt, dass – ohne Berücksichtigung des Mehrbedarfs – ca. 60 Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin in Hamburg pro Jahr weitergebildet wer-

den müssten. Momentan lässt sich noch nichts über die Nachfrage nach Weiterbildungsplätzen unter der neuen fünfjährigen Weiterbildungsordnung aussagen. Allerdings fehlen auf der Angebotsseite durch die Verlängerung der Mindestweiterbildungszeit von drei auf fünf Jahre schon zwei komplette Weiterbildungsjahrgänge. Dies entspricht ca. 100 Hausärzten, die zusätzlich in den nächsten Jahren weitergebildet werden müssten. Verteilt über zehn Jahre, wäre in naher Zukunft von einem Bedarf an 70 Weiterzubildenden pro Jahr auszugehen.

Ein weiteres Problem kann durch die Wiedereinführung des Facharztes für Innere Medizin ohne Schwerpunkt auf dem Ärztetag 2007 entstehen, als nunmehr Weiterzubildende für diesen Zweig mit künftigen Fachärzten für Innere und Allgemeinmedizin/Hausarzt um die generalistisch ausgerichteten Stellen in den drei Jahren gemeinsamer internistischer Basisweiterbildung („Common trunk“) im Krankenhaus konkurrieren werden. Zu befürchten ist, dass Leitende Krankenhausärzte Erstere zur Besetzung von Assistentenstellen bevorzugen. Insofern ist es wichtig, die Attraktivität der Weiterbildung zum Hausarzt zu stärken. Hier ist zunächst eine bedarfsgerechte Quote von Rotationsstellen für die Hausarztweiterbildung in Krankenhäusern vorzusehen. Darüber hinaus ist die Schaffung sektorübergreifender, stationär-ambulanter Weiterbildungsverbände dringlich.

Weiterbildungsverbände

Ein Weiterbildungsverbund (WBV) stellt sicher, dass der/die Weiterzubildende die Facharztweiterbildung in zeitlicher und fachlicher Hinsicht koordiniert durchläuft ohne Brüche im Ablauf. Im Rahmen eines WBV werden die einzelnen Abschnitte für die Weiterzubildenden zu Beginn festgelegt und vertraglich bzw. organisatorisch mit Leitenden Ärzten und Personalverwaltungen der Krankenhäuser sowie den weiterbildenden Praxisinhabern abgesichert. So kann die Weiterbildung in fünf Jahren optimal absolviert werden. Der Verbund wird koordiniert durch ein Gremium aus Verantwortlichen der weiterbildenden Krankenhausabteilungen, der Weiterbildungspraxen und der Krankenhausverwaltung (Personalabteilung). Zuständigkeiten sind in regionalen Kooperationsverträgen zu regeln. Dieses Gremium sichtet Bewerbungen, schließt Rahmenverträge mit Weiterzubildenden ab und überwacht bzw. befördert den in-

dividuellen Weiterbildungsplan und die finanzielle Förderung. Sinnvoll wäre auch eine Koordinationsstelle der Ärztekammer im Zusammenwirken mit der KV. Dadurch entsteht für den/die Weiterzubildende(n) Planbarkeit und für die weiterbildende Einrichtung die Chance, diese(n) Weiterzubildende(n) zu einem festen Zeitpunkt zu bekommen.

Im Verbundvertrag ist festzulegen, an welchen Veranstaltungen die/der Weiterzubildende teilnehmen soll (z. B. Qualitätszirkel, hausarzt-spezifische Fortbildungen), wie Weiterbilder fortgebildet und wie Weiterbildungsqualität evaluiert werden soll. Auch die Frage des Gehalts ist zu regeln.

Finanzierung

Derzeit stehen für Hamburg Fördermittel für folgende Kontingente zur Verfügung:

- Im Krankenhaus 82 Stellen mit einem Fördervolumen von 12 240 €/Jahr pro Stelle (Gesamtfördervolumen von 1 003 700 €).
- In der Niederlassung 92 Stellen mit einem Fördervolumen von 24 840 €/Jahr pro Stelle (Gesamtfördervolumen von 2 252 200 €).

Das hat Konsequenzen für die Zahl förderungsfähiger Stellen:

- Bei zweijähriger Förderung des ambulanten Weiterbildungsteiles wäre eine Förderung von ca. 45 Stellen pro Jahr nach vollem Fördersatz möglich.
- Bei dreijähriger Förderung des stationären Weiterbildungsteils wäre eine Förderung für 27 Stellen nach vollem Fördersatz möglich.

In beiden Bereichen reicht das Finanzvolumen nicht aus, um die erforderliche Zahl Weiterzubildender abzudecken. Da das Förderprogramm in der Vergangenheit nicht voll und regional unterschiedlich ausgeschöpft wurde, wird in den Gremien der Bundesärztekammer über Möglichkeiten der Aufstockung des Förderprogramms und der überregionalen Steuerung diskutiert. Ein Missbrauch der

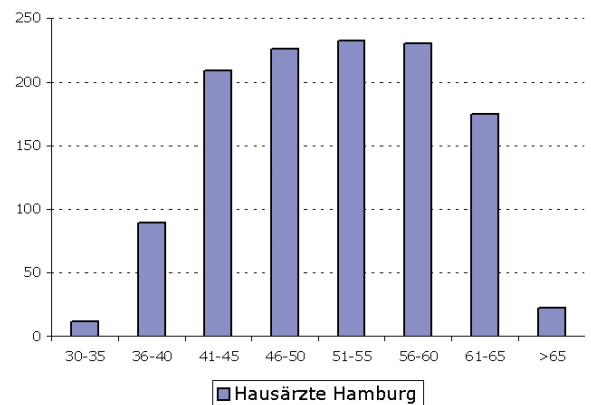


Abb. 1: Bestand niedergelassener Hausärzte in Hamburg 2007

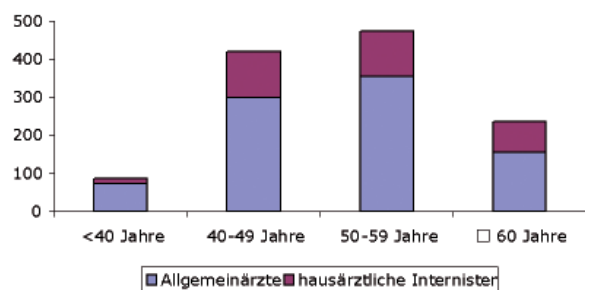


Abb. 2: Niedergelassene Hausärzte in Hamburg 2007 nach Fachgruppen

Fördergelder zur Weiterbildung in Spezialfächern und für die krankenhausspezifische Allgemeine Innere Medizin durch Fondsmodelle und Rückzahlverpflichtungen muss unbedingt vertraglich ausgeschlossen werden.

Was tun?

Auf der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Hamburg am 16. April 2007 wurde folgender Antrag einstimmig beschlossen: „Die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Hamburg (fordert) den Vorstand der Ärztekammer Hamburg auf, sich mit allen ihm zu Verfügung stehenden Mitteln für die flächendeckende Initiierung von Weiterbildungsverbänden für Hausärzte in Hamburg einzusetzen (...). Dies soll geschehen durch:

- Aktive Kontaktaufnahme zur Aufsichtsbehörde, der Hamburger Krankenhausgesellschaft, den Asklepios-Kliniken und zur Klinikgruppe der Frei-Gemeinnützungen.
- Entwicklung eines Rahmenabkommens in Abstimmung mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg, das Qualität, Quan-

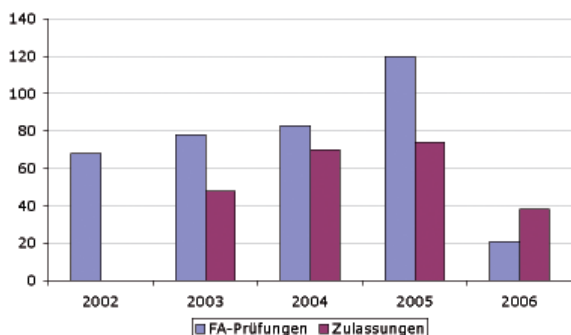


Abb. 3: Facharztprüfungen und Niederlassungen im Bereich Allgemeinmedizin in Hamburg

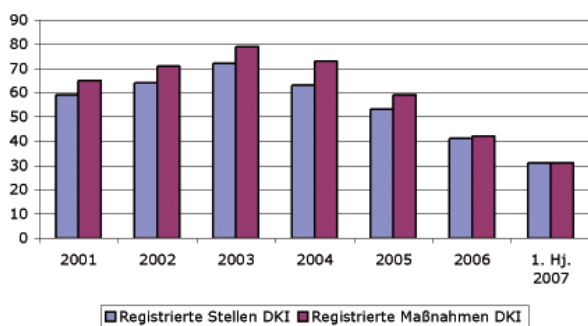


Abb. 4: Bei der DKG registrierten Fördermaßnahmen für die Weiterbildung Allgemeinmedizin in Hamburg

tätigkeit und Finanzierung von Verbundweiterbildungsstellen im vertragsärztlichen Bereich regelt (...).

- Evaluation der Qualität und des Ablaufes der einzelnen Weiterbildungsgänge in den beteiligten Weiterbildungsstätten, (...) u. a. um eine Zweckentfremdung der Fördermittel des Initiativprogramms Allgemeinmedizin auszuschließen.

Analog hat der Beratende Fachausschuss Hausärzte den Vorstand der KVHH beauftragt, tätig zu werden.

Darüber hinaus ist es erforderlich, das Bild des zukünftigen Hausarztes als qualifizierten Generalisten für die Grundversorgung und das Case-Management von akut, chronisch oder multimorbid erkrankter Patienten unter den Medizinstudierenden und der breiten Öffentlichkeit durch aktive Aufklärung zu verankern. Noch immer prägen frühere Mindestanforderungen an die Qualifikation des „Praktischen Arztes“ als quasi Barfußarzt die öffentliche Wahrnehmung und stehen im Gegensatz zu den Anforderungen der fünfjährigen Weiterbildungsordnung von 2001 für den Facharzt für Allgemeinmedizin bzw. der WBO von 2005 zum

Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin/Hausarzt. Sie enthalten neben einem weiten Spektrum an Querschnittsqualifikationen auch technische Diagnostik wie Ergometrie, Spirometrie und Sonographie.

Auch ist festzuhalten, dass der ambulante Anteil der Weiterbildung unterfinanziert ist. Vielen, insbesondere kleineren Praxen ist es nicht möglich, über 2040 € Fördergeld, Sozialleistungen und Notdienstvergütung hinaus auf eigene Rechnung das Assistentenhonorar auf das Niveau des Krankenhaustarifvertrages aufzurunden. Die Weiterbildungsassistenten, oft in der Familiengründungsphase, müssen Kredite aufnehmen. Es kommt hier nach einer Umfrage des „Marburger Bundes“ nicht selten zu Missbrauch. Unser Gesundheitswesen braucht den qualifizierten, einheitlich weitergebildeten Hausarzt, um als Generalist die notwendigen Spezialisierungen der Fächer für die Patienten zu integrieren und sinnvoll einzusetzen. Um unser Gesundheitswesen finanzierbar und solidarisch zu erhalten, muss man ihn heranbilden und vernünftig vergüten. Diese Aufgabe kann nur bewältigt werden, wenn sie systematisch und aktiv angegangen wird, von allen Beteiligten und Verantwortlichen. Politik, Ärztekammer, KV, Kassen und Aufsichtsbehörde, Krankenhausgesellschaft, Weiterbildungsbefugte und das Institut für Allgemeinmedizin der Universität sind in der Verantwortung im Hinblick auf qualifizierte ambulante Patientenversorgung und funktionierende sektorübergreifende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen der Zukunft.

Dr. Detlef W. Niemann ist Facharzt für Allgemeinmedizin, Facharzt für Gynäkologie, Mitglied des ständigen Weiterbildungsausschusses und der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Hamburg.

Prof. Dr. Hendrik van den Bussche ist Leiter des Instituts für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

Unterstützung für Compliance

Rund 120 Besucher kamen am 7. November zum 14. Selbsthilfe-Forum ins Ärztenhaus, um gemeinsam neue Wege der Zusammenarbeit zwischen Hausärzten, Fachärzten und Selbsthilfegruppen zu finden. Einer von ihnen war Klaus Schäfer, Vizepräsident der Ärztekammer Hamburg und Vorsitzender des Hausärzterverbandes Hamburg.

Herr Schäfer, mit welchem Anliegen kommen chronisch kranke Patienten zu Ihnen?
„Chronisch kranke Patienten fühlen sich oft nicht ausreichend betreut. Und ich als Arzt muss sehen, wie ich das zeitlich schaffe, ohne meine Hauptaufgabe der Sicherung hausärztlicher Versorgung für alle Patienten zu vernachlässigen.“

Wie helfen Ihnen Selbsthilfegruppen bei Ihrer Arbeit?

„Selbsthilfegruppen können eine große Unterstützung für eine bessere Patienten-Compliance sein. Die Bestätigung durch andere Betroffene hilft Patienten oft, eine Therapie durchzuhalten.“

Der Hausärzterverband hat 2005 ein Kooperationsmodell mit der Deutschen Rheuma-Liga ins Leben gerufen. Wie sieht die Zusammenarbeit aus?

„Das Institut für hausärztliche Fortbildung im Deutschen Hausärzterverband (IhF) hat ein Modul ‚Gelenkschwellung‘ entwickelt, wo ein besonders geschulter Patient der Rheumaliga bei der vierstündigen Fortbildungsveranstaltung anwesend ist und über sein Krankheitsbild und das Leben mit der Erkrankung berichtet. Finanziell unterstützt wird das Projekt vom Bundesministerium für Gesundheit.“

Was verändert das für die sich fortbildenden Ärzte im Kurs?

„Die persönliche Schilderung des Patienten ist eindrucksvoller als ausschließlich theoretisches Wissen zu lernen, das Verständnis für den Patienten ist so ein ganz anderes.“

Was sollten Ärzte ihren Patienten mit Blick auf die Selbsthilfe bieten?

„In Klinik und Praxis sollten Ärzte ihre Patienten darüber informieren, wenn es Selbsthilfegruppen zu ihrer Erkrankung gibt. Jeder Arzt sollte das Adressverzeichnis z. B. von KISS kennen und Selbsthilfegruppen für den Patienten ausfindig machen können.“ (ti)

Das Verzeichnis von KISS ist im Internet zu finden unter: <http://www.kiss-hh.de>.