

Strukturelle Ansätze zur Lösung der Weiterbildungsprobleme im Fach Allgemeinmedizin

A Structural Approach to Problem Solving of Vocational Training in German General Practice

Autor

M. M. Kochen

Institut

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM – www.degam.de)
Abteilung Allgemeinmedizin, Universitätsmedizin Göttingen

„Mittlerweile bin ich so frustriert, dass ich jedem jungen Kollegen nur davon abraten kann, die Weiterbildung zum Hausarzt zu machen.“

Dieser Ausspruch eines Arztes in allgemeinmedizinischer Weiterbildung aus Rheinland-Pfalz könnte ohne Probleme durch ähnliche Zitate anderer Weiterbildungsassistenten ergänzt werden („Ich arbeite jetzt seit einem halben Jahr in einer Allgemeinarztpraxis für 1800 Euro“ oder „Inzwischen arbeite ich übrigens wieder in der Klinik und bin dort sehr zufrieden“).

Solche Äußerungen beruhen leider nicht auf der Erfahrung Einzelner – fast könnte man von einem beunruhigenden Massenphänomen sprechen. Die Misere der allgemeinmedizinischen Weiterbildung ist aber kein unerklärliches Phänomen, sondern vielmehr eine Entwicklung, deren Gründe man konkret benennen kann.

Gut qualifizierte Ärzte sind das Ergebnis einer gereiften Persönlichkeit, des Medizinstudiums (Ausbildung), des Facharzttrainings (Weiterbildung) und des auch nach der Facharztqualifikation kontinuierlich fortgesetzten Erwerbs von Wissen, Einstellungen und Fähigkeiten (Fortbildung).

Das Medizinstudium hat in Deutschland mit der neuen Approbationsordnung seit 2002 einen ersten Reformprozess durchlaufen. Besonders aus der Sicht der Allgemeinmedizin bleibt in der studentischen Ausbildung noch Vieles zu tun, um die begonnene Reform weiterzuführen. Unter anderem sollte man erwägen, Studierenden mit Bezug auf die spätere berufliche Tätigkeit schon weit vor dem Staatsexamen entweder vorwiegend hausärztlich oder vorwiegend spezialistisch orientierten Unterricht anzubieten [1].

Um die Weiterbildung in Deutschland steht es aber deutlich schlechter als um die Ausbildung, denn sie ist

- ▶ weitgehend unstrukturiert, weil ohne wirklich verbindliches Curriculum,
- ▶ mühsam und oft freudlos für alle Beteiligten,
- ▶ für viele Weiterbildungsassistenten über rund ein Drittel der Zeit unterbezahlt und damit
- ▶ alles andere als attraktiv.

Im Folgenden soll kurz auf die Gründe für diese Situation und auf mögliche Lösungsvorschläge eingegangen werden.

Die Wiedereinführung des Allgemeininternisten

▼ Durch den Beschluss des 110. Deutschen Ärztetages in Münster [2], den Allgemeininternisten parallel zur gültigen Weiterbildungsordnung Innere und Allgemeinmedizin wieder einzuführen, sind nicht nur die Entscheidungen der vorangegangenen Jahre ad absurdum geführt worden. Es droht nun auch eine Vorherrschaft der Unvernunft.

- ▶ Unvernunft, weil trotz aller Beteuerungen der berufspolitischen Repräsentanten der Inneren Medizin, den neuen Allgemeininternisten nicht in der hausärztlichen Versorgung, sondern lediglich im Krankenhaus einzusetzen, sich die Gefahr einer erneuten Dualität der hausärztlichen Versorgung abzeichnet (zwei parallele hausärztliche Weiterbildungsgänge aber hat dieses Land für seine gesundheitliche Versorgung so nötig wie ein Loch im Kopf). Den Dementis ist schon deshalb kaum zu trauen, weil es in Deutschland allgemeininternistische Chefarztpositionen so gut wie nicht mehr gibt. Die Protagonisten dieses Beschlusses haben zudem – wiederholt und ge-

Commissioned article

Bibliografie

DOI 10.1055/s-2007-991142

Online-Publikation: 2007

Z Allg Med 2007; 83: 427–430

© Georg Thieme Verlag KG

Stuttgart · New York

ISSN 1433-6251

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med M. M. Kochen,
MPH, FRCGP

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
Abteilung Allgemeinmedizin
Universitätsmedizin Göttingen
Humboldtallee 38
37073 Göttingen
mkochen@gwdg.de

Modifizierter Text einer Rede auf der Eröffnungsveranstaltung des 30. Hausärztetages am 20. September 2007 in Berlin

gen jede wissenschaftliche Erkenntnis – behauptet, Allgemeininternisten seien die besseren Hausärzte.

- ▶ Vorherrschaft der Unvernunft auch, weil künftige Fachärzte für Innere Medizin und künftige Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin um die Weiterbildungsstellen in den internistischen Krankenhaus-Abteilungen konkurrieren könnten. Über diesen Mechanismus würde dann eine weitere Ausdünnung der hausärztlichen Versorgung drohen.

Kurz zusammengefasst: Die Wiedereinführung des Allgemeininternisten ist eine Ressourcenverschwendung, weil sie in eine karrieremäßige Sackgasse führt und weil künftige Allgemeininternisten aufgrund von Trainingsdefiziten (keine allgemeinärztliche Praxis, keine Chirurgie, keine Seminarweiterbildung usw.) für die hausärztliche Versorgung nicht qualifiziert sind.

Es gibt auch nach dem Ärztetag in Münster für die allgemeinmedizinischen Verbände keinen Grund, ihre alleinige Vertretung in der hausärztlichen Versorgung in Frage zu stellen. Es könnte allerdings geboten sein, über die Wiedereinführung einer (nicht der alten!) Weiterbildungsordnung Allgemeinmedizin anstelle der für den Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin nachzudenken. Möglicherweise lässt sich so das Fach und die Breite der Weiterbildung besser abbilden. Entscheidend scheint aber weniger, welche genaue Bezeichnung Hausärzte tragen, als vielmehr strukturelle und politische Maßnahmen.

Mühen und Frustrationen

Die Weiterbildung zum Hausarzt ist heute immer noch weitgehend unstrukturiert, weil sie (bis auf die Innere Medizin, z.T. die Chirurgie und die hausärztliche Praxis) kein verbindliches Curriculum aufweist. Selbst die genannten Pflichtabschnitte sind in ihrer Ausrichtung oft beliebig und müssen von jedem einzelnen Weiterbildungsassistenten regelrecht erkämpft werden – z.T. mit Notlügen an die leitenden Ärzte und unter Inkaufnahme von monatelangen Verzögerungen beim Stellenwechsel. Dies führt im Vergleich zu allen anderen Fächern zu erheblichen zeitlichen Nachteilen, zu Verdienstaufschlägen und letztendlich zu Demotivierung.

Außer Deutschland weisen in der EU nur noch wenige Länder vergleichbare Strukturdefizite auf.

Die Verantwortung für die Erfüllung des Weiterbildungskatalogs liegt besonders in der Allgemeinmedizin einseitig bei den Weiterzubildenden. Hinzu kommt, dass in vielen Weiterbildungseinrichtungen (nicht nur in der Allgemeinmedizin) das primäre Ziel nicht etwa die Qualifizierung, sondern die Arbeitsleistung der Weiterbildungsassistenten ist.

Die Situation der finanziellen Förderung allgemeinmedizinischer Weiterbildung

Die stationäre Weiterbildung von Allgemeinärzten wird zzt. nach den Vorgaben des § 73 SGB-V finanziell durch die Krankenkassen gefördert, der ambulante Weiterbildungsabschnitt in der hausärztlichen Praxis auf regionaler Ebene durch Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen [3].

Die Förderung in der Praxis muss man aber vor allem aus mehreren Gründen hinterfragen:

- ▶ In jedem anderen Fach außer der Allgemeinmedizin wird die Weiterbildung am Krankenhaus vollständig nach Tariflohn bezahlt. Für den in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung vorgeschriebenen Abschnitt in der hausärztlichen Pra-

xis aber geht man offensichtlich davon aus, dass der weiterbildende Allgemeinarzt persönlich ein Drittel des Tariflohns aus eigener Tasche bezahlen muss. Besonders kleineren Praxen ist die anteilige Bezahlung eines Weiterbildungsassistenten aber nicht möglich. Ein wichtiger Grund ist die Vergütung von lediglich 45.- Euro pro Quartal für die hausärztliche Betreuung von gesetzlich krankenversicherten Patienten – eine Summe, die von allen Laien (die schon für einen Schlüsseldienst weit über 50.-€ bezahlen müssen) mit ungläubigem Staunen zur Kenntnis genommen wird. Damit liegen Hausärzte auch heute noch am unteren Ende der Einkommensskala niedergelassener Ärzte. Eine generalistische Tätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung ist aber mindestens so anspruchsvoll wie eine spezialistische.

Hinzu kommt schließlich noch,

- ▶ dass die hausärztlichen Weiterbildner, deren Arbeit unter schwierigen Bedingungen hier ausdrücklich anerkannt werden soll, für ihre Leistung keinerlei Vergütung erhalten und
- ▶ dass viele KV-Bezirke bei Eintritt eines Weiterbildungsassistenten eine theoretisch mögliche Ausweitung der Patientenzahl bzw. der Leistungsanforderungen deckeln.

Die Annahme, dass die weiterbildende Praxis von der Arbeitsleistung des Assistenten im Sinne einer zeitlichen oder finanziellen Entlastung profitieren kann, ist unter den gegebenen Umständen also keineswegs gesichert.

Es gibt in diesem Zusammenhang ein weiteres ungelöstes Problem: Die erheblichen regionalen Unterschiede bei der Ausschöpfung der Mittel und bei der Vergabepaxis in den einzelnen KV-Bezirken. Schon für den stationären Weiterbildungsabschnitt werden bundesweit rund 50% der Gelder nicht abgerufen [4]. Für den hausärztlichen Abschnitt sind in einigen KV-Bezirken die Fördergelder bereits am Anfang eines Jahres ausgeschöpft, in anderen bleibt ein Teil der Summe übrig. Als ob diese Situation nicht schon chaotisch genug wäre – einzelne kassenärztliche Vereinigungen scheinen es mit der Sorgfalt der Mittelverwaltung und -vergabe nicht so genau zu nehmen.

Wenn man diese Situation in einem Satz zusammenfassen will, muss man sagen: die Kombination aus schlecht bezahlter, und wenig strukturierter Weiterbildung mit der Aussicht auf eine zeitintensive, anspruchsvolle, jedoch unzureichend vergütete Arbeit als späterer Hausarzt kann nur eines bewirken: Eine Demotivierung junger Kolleginnen und Kollegen.

Das Modell Niederlande

In den Niederlanden wird die Weiterbildung von einer den Universitäten angegliederte Stiftung für Allgemeinmedizinische Weiterbildung (SBOH) organisiert [5]. Die Stiftung erhält jährlich 90 Millionen Euro vom niederländischen Gesundheitsministerium und bezahlt damit das monatliche Einkommen der Weiterbildungsassistenten. Sie sorgt auch für Teilzeitweiterbildungsstellen und Kinderkrippen, um die familienfreundliche Weiterbildung von Frauen zu fördern.

Eine normale Arbeitswoche besteht aus vier Arbeitstagen in der Praxis und einem Weiterbildungstag an der Universität. Das Curriculum ist komplett durchstrukturiert und enthält regelmäßigen Input von Weiterbildungern UND Weiterbildungsassistenten.

Gemäß einem Abkommen zwischen der Stiftung und 1.800 Weiterbildungsärzten erhält jeder Weiterbildner 150 Euro pro

Woche. Nicht viel, aber mehr als das, was hausärztliche Weiterbilder in Deutschland momentan erhalten – nämlich nichts.

Ein Lösungspaket



Was können wir tun, um diese Misere zu beseitigen?

Weiterbündungsverbände

Wir müssen die bereits vor Jahren in der DEGAM konzipierten, regionalen Weiterbündungsverbände aus verschiedenen Krankenhausabteilungen und Allgemeinpraxen realisieren [6]. Aufgabe dieser Verbände wäre

- ▶ die Vermittlung von Arbeitsverträgen mit den Bewerbern,
- ▶ die Ermöglichung einer Rotation durch die notwendigen Weiterbildungsabschnitte sowie
- ▶ die Vergabe der Fördermittel, gebunden an die Einhaltung der Verträge.

So können Anschlussstellen entsprechend der Weiterbildungsordnung garantiert und die Planungssicherheit für beide Seiten erhöht werden.

Dieses Modell muss mittelfristig neuer bundesweiter Standard werden. Dabei ist entscheidend, dass grundsätzlich nur noch Verbände und nicht mehr Individuen gefördert werden.

Erfahrungen mit Weiterbildungs-Verbänden existieren bereits an einigen Stellen [7]; auch hat die DEGAM dazu einen Leitfaden entwickelt [8]. Es erscheint mir in dieser Situation selbstverständlich, dass solche Verbände allgemeinärztlich geleitet oder koordiniert sein müssen, um das Ziel der Weiterbildung zu sichern.

Qualität und curriculäre Strukturen

Bei der curriculären Strukturierung von Weiterbildungsinhalten müsste man auch über eine Reduktion der am Krankenhaus stattfindenden Weiterbildungsabschnitte zugunsten ambulanter Anteile nachdenken [9]. Es ist kaum begründbar, dass ein Weiterbildungsassistent 2–3 Jahre auf einer internistischen Station verbringen muss; auch niedergelassene Spezialisten könnten einen Teil der Weiterbildung ohne Qualitätseinbußen übernehmen.

Nötig wären daneben auch

- ▶ die Erstellung eines qualitätsorientierten Anforderungskatalogs für Weiterbildner (dabei darf es aber nicht nur Forderungen geben, sondern auch Anreize wie z.B. monetäre Vergütung, Fortbildungspunkte oder andere Anerkennungen) und
- ▶ die systematische Evaluation der Weiterbildungsstätten und Weiterbildner. Hier liegt ein von der DEGAM entwickeltes und erprobtes Instrument für die Allgemeinpraxis vor, das zzt. auch für die stationären Abschnitte entwickelt wird [10]. Über solche Instrumente verfügt bislang kein anderes Fach in Deutschland.

Medizinische Versorgungszentren für hausärztlich unterversorgte Gebiete

Für die hausärztlich unterversorgten, überwiegend ländlichen Gebiete, aber auch im Hinblick auf den weiter verstärkten Zustrom von Frauen (oft mit dem Wunsch von Teilzeitstellen) sollten wir ein stimmiges Konzept für die hausärztliche Tätigkeit in Medizinischen Versorgungszentren entwickeln. Das stellt keine geplante Konkurrenz für Einzel- oder Gruppenpraxen dar, sondern soll Kolleginnen und Kollegen wirtschaftliche Ängste vor einer hausärztlichen Tätigkeit in solchen Gebieten nehmen.

Z.T. heute schon bestehende zusätzliche Hilfen wie Umsatzgarantien durch Gemeinden usw. könnten in das Konzept integriert werden.

Ein wichtiges Stichwort in diesem Zusammenhang wäre auch die Teambildung in der allgemeinärztlichen Praxis (die u.a. mit finanziellen Anreizen für eine Aufwertung und Qualitätsförderung der Tätigkeit medizinischer Fachangestellten – unter hausärztlicher Anleitung und Koordination – einhergehen sollte). Alle vorgeschlagenen Strukturänderungen würden durch eine Clearingstelle unter hausärztlicher Federführung koordiniert.

Finanzielle Mittel

Alle heute verfügbaren Gelder der Krankenkassen müssten in einen Topf fließen, um eine regionale Fehlverteilung zu vermeiden, wie sie heute an der Tagesordnung ist. Die Bindung eines Teils dieser Mittel an die stationäre Weiterbildung müsste aufgehoben werden. In den Verbänden würden also nicht nur Krankenhäuser und hausärztliche Praxen, sondern auch Facharztpraxen zusammengefasst. Die Fördergelder der kassenärztlichen Vereinigungen würden naturgemäß weiterhin nur für den ambulanten Abschnitt zur Verfügung stehen.

Trotz dieser Vorschläge kommt man aber nicht an der Feststellung vorbei, dass das Weiterbildungssystem zzt. einfach nicht genügend Fördermittel hat. Wie die Erfahrung zeigt, sind 1020.-Euro für die meisten Chefärzte kein Anlass, Weiterbildungsstellen für künftige Allgemeinärzte zu schaffen. Aus diesem Grunde sollten die Krankenkassen im Sinne ihrer Versicherten überlegen, ob sie nicht zusätzlich z.B. ein Promille aus der Summe der stationär über DRGs abgerechneten Vergütung als Pflichtabgabe für die Weiterbildung einbehalten („Notpfennig“) und in den genannten Topf einzahlen. Diese zusätzliche Summe stünde dann allen Fächern (also nicht nur der Allgemeinmedizin) zur Verbesserung der Weiterbildungssituation zur Verfügung.

Ausblick



Ich bin davon überzeugt, dass sich diese vernünftigen Vorstellungen umsetzen lassen. Oft aber reichen Vernunft und wissenschaftliche Belege nicht aus, um interessensgeleitete Widerstände zu überwinden. In einem solchen Falle wäre die Politik am Zuge, durch gesetzliche Maßnahmen regelnd einzugreifen. Die umgehende Verbesserung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung ist der Weg, bei dem es um nichts Geringeres als um die Zukunft der Hausärzte geht. Das Ziel aber heißt: Sicherung und Verbesserung der Qualität gesundheitlicher Versorgung für unsere immer älter werdende Bevölkerung. Dies darf kein Lippenbekenntnis sein, sondern sollte allen, die in diesem Lande politische Verantwortung tragen, am Herzen liegen.

Danksagung



Für kritische Diskussionen zum Thema danke ich den Kollegen Heinz-Harald Abholz, Nobert Donner-Banzhoff, Hans-Peter Hofert, Wolfgang Kölling, Thomas Lichte und Detlef Niemann

Interessenskonflikte: keine angegeben

Literatur

- 1 Gibbon W. Medical schools for the health-care needs of the 21st century. *Lancet* 2007; 369: 2211–2213

- 2 www.bundesaerztekammer.de/downloads/DAETBeschlussprotokoll20070531.pdf (zuletzt geprüft: 13.9.07)
- 3 *Korzelius H.* Initiativprogramm Allgemeinmedizin: Zaghafter Erfolg. Dtsch Ärztebl 2000; 97: A84
- 4 *Hoffert HP.* Persönliche Mitteilung, 12.9.2007
- 5 *Plat E, Scherer M, Bottema B, Chenot JF.* Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin in den Niederlanden – ein Modell für Deutschland? Gesundheitswesen 2007; 69: 415–419
- 6 *Donner-Banzhoff N, Abholz HH.* Vorschlag der DEGAM zur Weiterbildung Allgemeinmedizin: die Verbundlösung. Z Allg Med 2000; 76: 290–292
- 7 *Heinrich W.* Weiterbildungsverbände Allgemeinmedizin in Deutschland – eine Bestandsaufnahme. Inaugural-Dissertation, Marburg, 2006
- 8 *Donner-Banzhoff N, Nieswand M, Lichte T, Baum E, Schrappe M.* Verbundweiterbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin. DEGAM Schriften Nr. 2, Hippokrates-Verlag, Stuttgart 2003
- 9 *Baerheim A.* Must undergraduate medical education be hospital-based? Scand J Prim Health Care 2007; 25: 129–130
- 10 www.degam.de/alt/weiterbildung/frabo_weiterbildung.doc (zuletzt geprüft 13.9.07)

zur Person


Prof. Dr. Michael M. Kochen, MPH, FRCGP

Medizinstudium in München und Berlin, Studium der Epidemiologie an der University of California in Berkeley
Weiterbildung/Wiss. Stationen u. a. : Deutsches Krebsforschungszentrum Heidelberg, Stanford University, Charité Universitätsmedizin Berlin, Medizinische Poliklinik LMU München, University of Oxford.

- ▶ Facharzt für Innere Medizin und Allgemeinmedizin, Master of Public Health (MPH), Fellow of the Royal College of General Practitioners (FRCGP)
- ▶ Seit über 22 Jahren als Allgemeinarzt niedergelassen
Leiter der Abt. Allgemeinmedizin, Universitätsmedizin Göttingen
- ▶ Mitherausgeber Arzneitelegramm, European Journal of General Practice, Zeitschrift für Allgemeinmedizin
- ▶ Ord. Mitglied der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
- ▶ Seit 2004 Präsident der Dtsch. Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)