

Patientenversorgung an allgemeinmedizinischen Universitätsabteilungen – Ist-Zustand und Ausblick

Patient Care in Academic Departments of Family Medicine – Actual Situation and Future Perspectives

Manfred Lohnstein

Zusammenfassung: Lediglich bei fünf von 36 allgemeinmedizinischen Universitätsabteilungen finden sich Angaben zur Patientenversorgung. Für eine genauere Erhebung wurde an alle fünf Abteilungen ein Fragebogen versendet und die Angaben ausgewertet. Die Antworten zeigen die Machbarkeit der Patientenversorgung in den Bereichen Zentrale Notaufnahme und/oder in Form eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ). Eine Ausweitung der Patientenversorgung wird von den Abteilungen in Hamburg, Hannover und Erlangen angestrebt. Der Autor plädiert dafür, in allgemeinmedizinischen Universitätseinrichtungen nicht allein Lehre und Forschung zu betreiben, sondern auch Patientenversorgung anzustreben. Geänderte Rahmenbedingungen in der Gesundheitsversorgung werden für diese Entwicklung als notwendig erachtet.

Schlüsselwörter: Universitäre Allgemeinmedizin;
Patientenversorgung

Summary: Only five of 36 academic institutions of family medicine at German medical schools indicate to practice clinical patient care. To gather more detailed informations those five institutions were approached and data documented and analysed. The institutions' answers show that clinical care can be realized e.g. within the central emergency department and/or ambulatory, multidisciplinary group practices. Plans for enlarging their respective involvement have been voiced by the family medicine departments in Hamburg, Hannover and Erlangen. The author advocates that family medicine departments at universities not only pursue teaching and research but also patient care. A change of frame conditions in the health care system seems to be a basic requirement for this development.

Keywords: Academic Institutions of Family Medicine;
Clinical Patient Care

Mit der Veröffentlichung des Sachverständigengutachtens 2014 für die Begutachtung der Entwicklung des Gesundheitswesens [1] wird in der gesundheitspolitischen Diskussion erstmals für eine breite Öffentlichkeit in Deutschland die Implementierung der Allgemeinmedizin in die universitäre Krankenversorgung beschrieben. Genannt werden die Allgemeinmedizinischen Abteilungen in Hamburg und Hannover. Dort wurden im Bereich der zentralen Notaufnahmen (ZNA) Allgemeinärzte in die Behandlungs- und Entscheidungsprozesse einbezogen. Um die veränderten Bedingungen der Notfallversorgung zu dokumentieren, die die Not-

fallaufnahmen der Krankenhäuser sowohl vor organisatorische wie finanzielle Probleme stellen, veranlasste die deutsche Krankenhausgesellschaft die Studie „Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus“ [2], die im Februar 2015 veröffentlicht wurde.

Der Begriff „Notfallpatient“ wird in der Studie überwiegend organisatorisch verwendet für die Patienten, die ohne Einweisung durch ambulant tätige Ärzte eine Behandlung im Krankenhaus beanspruchen, nicht vorwiegend im Sinne eines medizinisch definierten Notfalles. Eine klare Trennung beider Patientengruppen ist aber nicht möglich.

Wesentliche Ergebnisse dieser Studie sind:

- 33 % der Notfallpatienten können allgemeinmedizinisch versorgt werden.
- Chirurgische Notfallpatienten mit Verletzungen sind zahlenmäßig am stärksten vertreten und könnten oft hausärztlich versorgt werden.
- Unter den 25 häufigsten ICD-Diagnosen finden sich mehrere typisch hausärztliche Krankheitsbilder wie z.B. M54 Kreuzschmerz und H66 Otitis media.

Die Notfallversorgung ist definitionsgemäß ein Aufgabenbereich der Allgemeinmedizin. Von 168 Wochenstunden berechnet die DKD-Studie 48 Stunden

Universität	Teilbereich MVZ/Praxis	Beteiligung an ZNA
1. Hamburg	Med. Versorgungszentrum (MVZ) auf Klinikgelände. 3 Vertragsarztsitze; 7 Ärzte (Teilzeit)	4 Ärzte (Teilzeit) Mo.-Fr. je acht Stunden
Weiterbildungsermächtigung	12 Monate	
Vernetzung	Universitär: In den Bereichen Forschung, Lehre und Patientenversorgung verbessert. Außerhalb: Mehr Kontakte in Fortbildung und Patientenversorgung	
Pläne	Verstärkung der Präsenz in der ZNA. Zweigpraxis in einer Einrichtung des betreuten Wohnens.	
2. Dresden	Carus Hausarztpraxis am Uni-Klinikum. Lehrstuhlinhaberin und eine Ärztin, zwei AiWs	Nein
Weiterbildungsermächtigung	24 Monate	
3. Erlangen	MVZ außerhalb der Universitätsstadt (50 Minuten mit ÖPNV) 3 KV-Sitze: 4 Ärzte (2 Vollzeit, 2 Teilzeit) eine AiW; dazu Fachspezialisten Transfusionsmedizin	Nein
Weiterbildungsermächtigung	18 Monate	
Vernetzung	Mit den niedergelassenen Ärzten verbessert	
Pläne	Ankauf einer weiteren Praxis	
4. Hannover	Universitäres MVZ auf dem Campus mit 2 Allgemeinärzten (Teilzeit)	5 Fachärzte. Mo.-Fr. von 10:00–18.00 Uhr
Weiterbildungsermächtigung	6 Monate	
Pläne	Fortführung im bisherigen Umfang	
5. Rostock	MVZ auf dem Campus: Ein Viertel-Vertragsarztsitz Allgemeinmedizin. (Lehrstuhlinhaber)	Nein

Tabelle 1 Patientenversorgung an allgemeinmedizinischen Universitätsabteilungen in Deutschland (Stand April 2015)

als hausärztliche Sprechstundenzeit (Mo., Di., Do. von 7–19:00 Uhr; Mi. und Fr. von 7–13:00 Uhr) und 120 Stunden als Sprechstundenfreie Zeit. Zahlenmäßig werden gemäß SVR-Gutachten 3,9 Mio. Notfälle im kassenärztlichen Notfalldienst und 10,7 Mio. Notfälle im Krankenhaus versorgt. 40 % der Notfälle im Krankenhaus werden in der Zeit zwischen 7:00 und 19:00 Uhr versorgt. Wenn sich die Versorgung von Notfällen sehr stark ins Krankenhaus verlagert, kann eine mögliche Schlussfolgerung sein, dass die Allgemeinärzte den Patientenströmen folgen. Der Ausbau qualifizierter ambulanter Bereitschaftsstrukturen wäre eine weitere Konsequenz. Für die universitäre Allgemeinmedizin kann die Beteiligung an der ZNA den Einstieg in die Patientenversorgung bedeuten. Sowohl aus Hamburg wie auch aus Hannover liegen erste Auswertungen über diesen Bereich vor [3, 4].

Patientenversorgung: Ist-Zustand

Angaben zur Patientenversorgung durch hausärztliche Tätigkeit finden sich bei fünf von 36 allgemeinmedizinischen Hochschulabteilungen, die auf der Home-

page der DEGAM gelistet sind (Stand 30.4.2015). Um genauere Angaben zum Umfang dieser Tätigkeit zu erhalten, wurde an alle fünf Abteilungen ein Fragebogen versendet. Gefragt wurde nach Umfang und rechtlicher Organisation der Tätigkeit, Zukunftsplanungen und Vernetzung mit Strukturen innerhalb und außerhalb der Universität. Drei Abteilungen (Hamburg, Erlangen und Hannover) sendeten den Fragebogen zurück. Die Angaben zur Situation in Rostock beruhen auf einem Telefoninterview. Die Angaben zur Situation in Dresden stützen sich auf öffentlich zugängliche Quellen. Darüber hinaus habe ich mit Verantwortlichen in Hamburg, Hannover und Erlangen persönliche Gespräche geführt oder per E-Mail Nachfragen gestellt. In der Tabelle 1 werden die Ergebnisse zusammengefasst.

Die bisherigen Erfahrungen der Abteilungen in Hamburg, Hannover und Erlangen sind positiv in dem Sinne, dass sowohl für Forschungsfragen wie die universitäre Vernetzung und die Vernetzung mit niedergelassenen Hausärzten die Tätigkeit in der Patientenversorgung nützlich ist. Durch die bereits vorhandenen Weiterbildungsbefugnisse steigert sich die Attraktivität dieser Abteilungen für die Nach-

wuchsgewinnung. Für die universitäre Allgemeinmedizin in Deutschland wird damit ein neues Arbeitsfeld eröffnet. Interessant ist die Beobachtung, dass sowohl etablierte Abteilungen wie in Hamburg und Hannover als auch die erst im Oktober 2013 institutionalisierte Abteilung in Erlangen die Patientenversorgung als Teil ihrer universitären Tätigkeit betrachten.

Betont wird übereinstimmend, dass die Bedingungen vor Ort unterschiedlich zu werten sind und die Etablierung sorgfältig vorbereitet sein muss. Wenn auch die Strukturen sehr unterschiedlich ausgestaltet sind, so wird auch aus der spezifischen Situation in Rostock berichtet, dass sich typisch hausärztliche Beratungsanlässe vorfinden und die Tätigkeit in der Patientenversorgung wichtige Forschungsideen entstehen lassen. Betriebswirtschaftliche Daten spielen bei den größeren Einrichtungen eine Rolle, werden überwiegend gefordert, spielen aber bei der Frage der Etablierung nicht die entscheidende Rolle.

Über Erfahrungen in anderen europäischen Ländern liegen lediglich Berichte über die Tätigkeit in der ZNA vor [5]. Die Berichte der Teilnehmer der Professionalisierungskurse der DEGAM behandeln das genannte Thema nicht [6].

Dr. med. Manfred Lohnstein ...

... ist seit 1980 in Augsburg als Allgemeinarzt tätig, zunächst in einer Einzelpraxis seit 2012 in einer Gemeinschaftspraxis. Aktiv in der Weiterbildung für Allgemeinärzte. Lehrpraxis der TU-München.

Allgemeinmedizin an der Universität: Nur theoretisches Institut oder mehr?

Aufgeworfen ist das Thema, ob die universitäre Allgemeinmedizin als theoretisches Institut etabliert oder eine Einheit aus Forschung, Lehre und Patientenversorgung angestrebt werden soll. Historisch sind wichtige erste universitäre Institute der Allgemeinmedizin von engagierten und erfahrenen Hausärzten aufgebaut worden, wie es sich beispielhaft in der Gründungsgeschichte der Abteilungen in Düsseldorf und Marburg nachvollziehen lässt. Die Lehrstuhlinhaber haben dann wahlweise weiterhin in ihrer Praxis in Teilzeit weitergearbeitet (Modell Marburg) oder per Dienstvertrag in einer etablierten Hausarztpraxis der näheren Umgebung (Modell Düsseldorf). Die inzwischen etablierten Anforderungen für die Berufung von Hochschullehrern der Allgemeinmedizin erfordern eine wissenschaftliche Qualifikation, die nur unter großen Schwierigkeiten zeitgleich mit einer Hausarztstätigkeit erworben werden kann.

Wenn die DEGAM in ihren Zukunftspositionen fordert „Allgemeinmedizin ist das Kernfach des Medizinstudiums“

[7] sollte dieses Fach mit seinen Charakteristika an der Universität erlebbar sein. Die Patientennähe ist ein Wesensmerkmal der Allgemeinmedizin. Und wie jeder Hochschullehrer der Chirurgie oder der Inneren Medizin kann auch der Hochschullehrer der Allgemeinmedizin die Patientenversorgung an der Universität durchführen, wo er verantwortliche Entscheidungen treffen kann und muss.

Allgemeinmedizin ist gekennzeichnet durch den niederschweligen Zugang und das unausgelesene Patientenkollektiv. Dies steht im Gegensatz zu den universitären klinischen Fächern, die als Einrichtungen der Maximalversorgung ein hochselektiertes Patientengut betreuen. Deshalb wird die universitäre Allgemeinmedizin wie bereits bewährt und etabliert auch weiterhin in Kooperation mit den Lehrpraxen wesentliche Teile der Lehre in den Lehrpraxen anbieten, wie auch wesentliche Teile der Forschung in den Forschungspraxen stattfinden werden.

Wie schon bei der Notfallversorgung beschrieben, ändern sich aber auch die Bedingungen der hausärztlichen Versorgung im städtischen Umfeld der Universitätskliniken. Hausarztmangel ist zwar verschärft im ländlichen Umfeld zu beob-

achten, aber auch in den Großstädten bemerkbar. Die Übernahme von Vertragsarztsitzen durch universitäre MVZ wird in einigen Bereichen für die kassenärztlichen Vereinigungen wie auch die abgebenden Ärzte ein gangbarer Weg sein.

Ausbau der universitären Allgemeinmedizin ist notwendig

Um diese zusätzlichen Aufgaben zu bewältigen, werden zusätzliche Stellen an den Abteilungen eingerichtet werden müssen. Die Forderung nach besserer finanzieller Ausstattung der Allgemeinmedizin ist nicht neu und bereits in anderem Zusammenhang gestellt worden [8].

Für die Attraktivität des Faches ist es von großer Bedeutung, ob die universitären Einrichtungen als theoretische Institute nur Forschung und Lehre betreiben oder ob sie auch verantwortlich für die Patientenversorgung zeichnen.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Danksagung: Ich bedanke mich bei Hans Otto Wagner (Hamburg), Olaf Krause (Hannover), Marco Roos (Erlangen) und Attila Altiner (Rostock) für die Unterstützung bei der Datenerhebung und ihre Kooperationsbereitschaft.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Manfred Lohnstein
Facharzt für Allgemeinmedizin
Brunecker Str. 27, 86316 Friedberg
lohnstein.m@t-online.de

Literatur

1. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche (2014). www.svr-gesundheit.de/index.php?id=465 (letzter Zugriff am 7.7.2015)
2. Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus. www.dkgev.de/dkg.php/cat/38/aid/13122 (letzter Zugriff am 7.7.2015)
3. Scherer M, Boczor S, Weinberg J, Kaduszkiewicz H, Mayer-Runge U, Wagner H-O. Allgemeinmedizin in einer Universitätsklinik – Ergebnisse eines Pilotprojektes. *Z Allg Med* 2014; 90: 165–173
4. Schleef T, Bortfeld S, Junius-Walker U, Schneider N. Integration der Allgemeinmedizin in die Notaufnahme einer Universitätsklinik – erste Eindrücke der neu etablierten Regelversorgung. *Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin*. 48. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Hamburg, 18.–20.09.2014. www.egms.de/static/en/meetings/degam2014/14degam119.shtml (letzter Zugriff am 7.7.2015)
5. Bosmans JE, Boeke AJ, van Randwijck-Jacobze ME, et al. Addition of a general practitioner to the accident and emergency department: a cost-effective innovation in emergency care. *Emerg Med J* 2012; 29: 192–196
6. Egidi G. Hausarzt-Medizin in Dänemark – ein Bericht aus dem Professionalisierungskurs der DEGAM. *Z Allg Med* 2006; 82: 11–17
7. DEGAM Zukunftspositionen. Allgemeinmedizin – spezialisiert auf den ganzen Menschen. Frankfurt 2012. www.degam.de/positionsapapiere.html (letzter Zugriff am 7.7.2015)
8. Donner-Banzhoff N. Matthäus-Effekte, Superstars und der Impact Faktor. *Z Allg Med* 2011 ;87: 366–370