

müssen sich vor allem mehr Medizinstudierende für die Allgemeinmedizin entscheiden.

Einige Schritte in die richtige Richtung gibt es schon, wie z.B. die Arbeit an der neuen Musterweiterbildungsordnung, die Bemühungen um die Einführung eines vierten Prüfungsfaches Allgemeinmedizin und eines Pflichtquartals Allgemeinmedizin, immer mehr Institute für Allgemeinmedizin an den Universitäten. Auch ein berufspolitisches Engagement im Hausärztever-

band, der KV oder der Ärztekammer ist eine Möglichkeit, Strukturen zu ändern.

Was aber nicht helfen wird, den Nachwuchs zu motivieren sich als Hausärztinnen und Hausärzte (insbesondere in strukturschwachen Regionen) niederzulassen, ist das ewige Mantra von unendlichen Arbeitszeiten für wenig Geld. Ich kenne durchaus niedergelassene Hausärztinnen, die Vollversorgerinnen der Familie sind, betriebswirtschaftlich gut aufgestellt sind und auch noch Zeit für Hobbys haben. Leider sind oft die ne-

gativen Aspekte in der Öffentlichkeit lauter zu hören, als die vielen positiven Seiten, die dieser Beruf glücklicherweise auch mit sich bringt.

#### Korrespondenzadresse

Dr. med. Jana Husemann  
Fachärztin für Allgemeinmedizin  
Gemeinschaftspraxis Hein-Köllisch-Platz  
Hein-Köllisch-Platz 1  
20359 Hamburg

## Schleef T, Klindtworth K, Jünger S, Schneider N, Krause O. „... das ist da anders als das typische hausärztliche Handeln, dieses ‚abwartende Offenhalten‘, das haben wir ja nicht“ – Allgemeinärzte in der Notaufnahme einer Universitätsklinik: eine qualitative Untersuchung. Z Allg Med 2016; 92: 198–202

### Leserbrief von Prof. Dr. Erika Baum

Dies ist ein sehr interessanter Artikel über die Perspektiven der in der Notaufnahme an der MH Hannover eingesetzten Allgemeinmediziner/innen. Auf der Metaebene kamen mir dazu zwei Gedanken:

Das Konstrukt in Hannover verstärkt potenziell die Meinung der Kliniker und Studierenden, dass Allgemeinmedizin für die leichten Fälle (Bagatell-erkrankungen) zuständig sei, die ande-

ren Fächer aber für die komplizierten und aufwendigen Probleme.

Die Tatsache, dass 80 % der als leicht eingestuften Fälle tagsüber in die Notaufnahme ohne Überweisung kommen, sollte vielleicht nicht weiter dadurch unterstützt werden, dass man diese Menschen intensiv abklärt und ausführliche Berichte an Hausärzte schreibt. Langfristig sollte durch gemeinsame Absprachen und Regeln (einschließlich der sehr stark steuernden Vergütung) dafür gesorgt werden, dass die Fehlanspruchnahme der Notfallambulanzen

unserer Kliniken massiv reduziert und die Hausarztpraxis als der adäquate Ansprechpartner für solche Probleme wahrgenommen wird.

#### Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Erika Baum  
Abt. für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin  
Philipps-Universität Marburg  
Karl-von-Frisch-Straße 4, 35043 Marburg  
Tel.: 06421 28-65120  
erika.baum@staff.uni-marburg.de

### Antwort der Autoren

Vielen Dank für diese Kommentierung. Wir stimmen voll und ganz zu, dass die Fehlanspruchnahme der Notaufnahmen durch Patienten, die besser in den hausärztlichen Praxen aufgehoben wären, ein ebenso zentrales wie ungelöstes Problem ist, wie auch in der Einleitung unseres Beitrages näher ausgeführt wird. „Gemeinsame Absprachen“, wie von der Leserbriefautorin vorgeschlagen, mögen mancherorts Abhilfe bringen, sind aber nach unserer Erfahrung nur begrenzt erfolgreich, insbesondere im (groß)städtischen Bereich mit einer Vielzahl von Arztpraxen und Kliniken, solange die Patienten einen weitgehend freien direkten Zugang zu den unter-

schiedlichen Ebenen der Gesundheitsversorgung haben. Dieses ist letztendlich eine politische Entscheidung. Eine stärkere Hausarztzentrierung und Praxisbindung von Patienten wäre in Deutschland, wie auch in den DEGAM-Zukunftspositionen formuliert [1], zweifellos sinnvoll.

Der Sorge der Leserbriefautorin, dass unsere allgemeinmedizinische Mitarbeit in der interdisziplinären Notaufnahme die Meinung der Krankenhausärzte und Studierenden verstärkt, Allgemeinmedizin sei im Gegensatz zu den anderen Fächern „nur für leichte Fälle“ da, können wir entgegentreten. Im Gegenteil wertschätzen die Kollegen anderer Fachrichtungen die breite Kompetenz, Erfahrung und Entscheidungs-

sicherheit der Allgemeinärzte. Die in einer Notaufnahme erforderliche Triage muss nach Dringlichkeit differenzieren, und in dieser Hinsicht haben die der Allgemeinmedizin zugewiesenen Fälle naturgemäß eine geringere Priorität, was aber nicht gleichzusetzen ist mit der Komplexität der Fragestellung.

Die Studierenden erfahren die hausärztliche Medizin, wie an allen Studienstandorten, in den akademischen Lehrpraxen außerhalb der Universität z.B. in dem obligatorischen zweiwöchigen Blockpraktikum. Unsere Mitarbeit in der Notaufnahme ist dafür in keiner Weise Ersatz, sondern bietet z.B. im Rahmen von Hospitationstagen eine zusätzliche Möglichkeit des Kontakts mit praxiserfahrenen Allgemeinmedizinerinnen.

Eine „intensive Abklärung“ der Patienten, wie von der Leserbriefautorin vermutet, findet in unserem Modell gerade nicht statt. Wie im Artikel beschrieben, erfolgt die Leistungserbringung nur im Rahmen der gesetzlich definierten Notfall-Erstversorgung. Für die qualifizierte Informationsübermittlung an die ambulanten Weiterbehandler ist ein aussagekräftiger Arztbrief unerlässlich. Gerne verweisen wir auch auf eine weitere zwischenzeitlich publizierte Arbeit

zu dem Thema, in der unser Konzept näher vorgestellt wird [2].

#### Korrespondenzadresse

Dipl.-Med. Päd. Tanja Schleef, MPH  
 Institut für Allgemeinmedizin  
 Carl-Neuberg-Straße 1  
 30625 Hannover  
 Tel.: 0511 532-5855  
 schleef.tanja@mh-hannover.de

#### Literatur

1. [www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber\\_uns/Positionspaepere/DEGAM\\_Zukunftspositionen.pdf](http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber_uns/Positionspaepere/DEGAM_Zukunftspositionen.pdf) (letzter Zugriff am 03.06.2016)
2. Schleef T, Schneider N, Tecklenburg A, Junius-Walker U, Krause O. Allgemeinmedizin in einer universitären Notaufnahme – Konzept, Umsetzung und Evaluation. Gesundheitswesen 2016; Apr 07

## Kaduszkiewicz H; Haumann H. Kommentare zu Sandra Masannek: Lösung des Landarztmangels? Nicht ganz so einfach ... Z Allg Med 2016; 92: 228–9

### Leserbrief von Dr. Sandra Masannek

Es ist schwierig, in der Kürze eines Leserbriefes auf zwei ausführliche Kommentare zu antworten, aber ich werde es trotzdem versuchen.

Mein zentraler Punkt ist, dass ein Erfahrungsbericht immer auf dem subjektiven Umfeld beruht – ich habe definitiv bei meinem Umzug aus der Großstadt Aachen hierher auch noch alles deutlich entspannter gesehen und erst im Verlauf sind mir die Probleme so stark aufgefallen. Deswegen kann ich mir gut vorstellen, dass man als Professorin in Kiel und als wissenschaftliche Angestellte in Tübingen deutlich andere Erfahrungen macht, als ich hier auf dem Land.

Ich möchte mich nicht in die Gräben des Geschlechterkampfes begeben, die Frau Kaduszkiewicz beschreibt – mein Mann und ich arbeiten, wie schon erwähnt, beide Teilzeit, damit wir Familie und Beruf vereinbaren können (und persönlich klappt das auch sehr gut – nur ist leider in der freien Wirtschaft die zeitliche Flexibilität nicht immer so gegeben, wie man sich das wünscht). Dass wir uns damals primär nach seiner Arbeitsstelle ausgerichtet haben, hatte pragmatische Gründe: Der Beruf des Arztes ist ubiquitär verfügbar, der Beruf des (Autobau-)Ingenieurs nicht so sehr – vor allem nicht 2008 zur Zeit der Wirtschaftskrise. Wir wollten beide keine Fernbeziehung und so haben wir uns dann entschieden, dass ich mich dem Ort anpasse, an dem er einen Job findet. Ebenso haben wir uns gemeinsam ent-

schieden, dass wir die Betreuung gerade der kleinen Kinder vor allem selbst übernehmen wollen und nicht direkt eine ausgiebige Fremdbetreuung anstreben (deswegen beide in Teilzeit und mit gemeinsamer Hausarbeit). Wo Frau Kaduszkiewicz den Eindruck hernimmt, dass ich meinen Mann da übermäßig kritisiere oder er sich gar bewusst dumm anstellt, weiß ich nicht – wir haben jeder unsere Stärken und Schwächen und unterschiedliche Herangehensweisen, aber es klappt definitiv gut – sogar, wenn er spontan mal das Eltern-Kind-Turnen leitet oder im Kindergarten hilft. Von „klassischer Rollenverteilung“ kann da also nicht wirklich die Rede sein.

Wenn ich außerdem in der ZFA von April lese, dass 97,6 % derjenigen Studierenden, die Allgemeinmedizin als Präferenz angeben, „eine gute Vereinbarkeit von Familie und Beruf“ erwarten (hochsignifikant unterschiedlich zu denjenigen, die andere Weiterbildungsrichtungen präferieren) [1], vermute ich mal, dass ich mit dem Wunsch, Familie und Beruf unter einen Hut zu bekommen (und nicht nur alles über Fremdbetreuung zu regeln), nicht allein bin. Da meines Wissens nach immer noch dringend Allgemeinmedizinernachwuchs gebraucht wird, wäre es also vielleicht auch angebracht, auf die von einer angehenden Landärztin wie mir angesprochenen Hindernisse einzugehen, anstatt sie abzutun als „klagen von jemandem, der ja gar nichts ändern wolle“. Es ist schön, wenn Frau Kaduszkiewicz ihren Weg für sich gefunden hat mit der Fremdbetreuung. Ich

glaube aber, dass es gerade in der „family medicine“/Allgemeinmedizin durchaus beruflich helfen kann, wenn man einige der häufig in der Praxis auftauchenden intrafamiliären Konflikte oder Probleme bei der Kindererziehung selbst schon mal erlebt hat. Das erlaubt einem in manchen Situationen durchaus einen anderen Blickwinkel. Das soll in keiner Weise die Kompetenz anderer Kollegen ohne Kinder oder mit Fremdbetreuung abwerten, sondern nur andeuten, dass Familienleben gerade im Bereich der Allgemeinmedizin nicht nur ein „Klotz am Bein“ ist.

Frau Haumann erwähnt sicherlich viele angestoßene und noch zu realisierende Veränderungen im Bereich der ländlichen Versorgung, die ich durchaus auch so sehe (z.B. verbesserter öffentlicher Nahverkehr). Gerade die angesprochene Aufhebung der Residenzpflicht sehe ich aber leider nicht so als durchschlagende Verbesserung – weil der Zeitfaktor bleibt: Wenn mein Weg zur Arbeit zu lang wird, kann ich mittags, wenn die Kinder aus der Schule kommen, nicht nach Hause, sondern erst abends. Das heißt, die Aufteilung, wie Frau Kaduszkiewicz sie berichtet (ein Elternteil abends, ein Elternteil morgens), lässt sich als Arzt mit eigener Arztpraxis kaum verwirklichen, weil die Kinder von 8 bis um 18 Uhr (plus die langen Fahrtzeiten) betreut werden müssten (Stichwort Sicherstellungsauftrag). Das bedeutet faktisch, dass bei Standard-Betreuungszeiten von 8–16 Uhr der Nicht-Arzt-Partner das komplett übernehmen muss – die Auf-