

und Aufsicht einer ausgebildeten Fachkraft arbeiten. Diese sollte 20 oder mehr Stunden Unterricht (inklusive Praxis) erhalten, der Kurs sollte abschließen mit einem Multiple-Choice-Test mit 20 Fragen, mit einem „Schein“ belohnt werden und einem kleinen Aufschlag auf den Mindestlohn.

Dr. med. Peter N. Seng, 50374 Erftstadt

## Abschaffung der Massentierhaltung

Eine der wesentlichen Ursachen für Antibiotikaresistenzen ist der aus ökonomischen Gründen mit der Massentierhaltung einhergehende enorme Antibiotikaeinsatz. Als logische Konsequenz in Bezug auf dieses gravierende Problem müssten kausal denkende Medizinjournalisten sich über eine Abschaffung der Massentierhaltung aus humanmedizinischer Sicht Gedanken machen. Warum wird diese Thematik aber tabuisiert und in Ihrem Artikel mit keinem Wort erwähnt?

Dr. med. Walter Neussel, 54516 Wittlich

## NOTFALLVERSORGUNG

Vom Streit über die zeitgemäße Versorgung von Patienten, die zur Unzeit kommen (DÄ 9/2015: „Ambulante Notfallversorgung: Patienten behandeln – aber am richtigen Ort“ von Heike Korzilius, Sabine Rieser und Regine Schulte Strathaus).

## Der Kern des Disputs

In dem oben genannten Artikel fassen die Autorinnen die gegenwärtige kontroverse Debatte zusammen, die sich nicht zuletzt nach dem Gutachten der DKG zum Thema ambulanter „Notfallpatienten“ am Krankenhaus nochmals verschärft hat. Dabei werden äußerst positive Beispiele von Kooperationen der KV mit Krankenhäusern unter anderem am Beispiel Schleswig-Holstein („Anlaufpraxen“) ins Feld geführt. Es ist jedoch aus meiner Sicht so, dass der Kern des Disputs nur indirekt zur Sprache kommt, nämlich die Verteilung von Ressourcen und Kompetenz. Es wird zum Beispiel Dr. Jürgen Zastrow zitiert, der behauptet, die „Krankenhäuser gebrauchen den Notdienst auch, um ihre Betten zu füllen“. Hier wird unterstellt, dass in den Notaufnahmen aktiv Akquisition von Patienten betrieben würde, die sonst nicht in dem betreffenden Kranken-

haus zur Aufnahme kämen. Es wird dabei ignoriert, dass die verpflichtend vorgehaltenen Notaufnahmen der Krankenhäuser de facto durch einen unkontrollierten und nicht regelbaren Patientenzustrom ambulante Versorgung leisten müssen, die wie an anderer Stelle ausgeführt wird, massiv finanziell unterdeckt ist (32 Euro Erlös/Fall versus 120 Euro durchschnittliche Fallkosten). Darüber hinaus sind zahlreiche nachts, an Wochenenden oder Feiertagen aufgenommene Patienten durch hohe Kosten der Vorhaltung, Diagnostik zur ungünstigen Zeit und verlängerter Liegedauer belastet und die entsprechenden DRGs zum Teil unterdeckt.

Schließlich suchen die Patienten selbst aus zahlreichen Gründen selbstständig oder sogar auf Anraten ihres Hausarztes die Notaufnahmen auf und demonstrieren damit faktisch zumindest Schwierigkeiten in der ambulanten Versorgung.

Darüber hinaus ist es so, dass die Beispiele guter Kooperation vor allem aus ländlichen Regionen stammen. Hier besteht bekannterweise eine Versorgungslücke. Vorhandene Budgets können nicht bedient werden und stehen daher für Innovationen zur Verfügung. Im städtischen Bereich sieht es komplett anders aus. Die Budgets sind ausgereizt und jede Verlagerung in Richtung der Notfallversorgung wird verhindert. Die KV Berlin hat in der Vergangenheit den Aufbau einer Notfallambulanz mit niedergelassenen Ärzten an der Charité aktiv verhindert. Ein detailliert ausgearbeitetes Projekt wurde mit Schreiben der Vorstandsvorsitzenden der KV Berlin wie folgt erledigt: „Aufgrund der anhaltenden Überversorgung in Berlin ist eine Entscheidung zugunsten eines ausgelagerten Praxissitzes vom Vorstand der KV Berlin nicht vertretbar.“

Univ.-Prof. Dr. med. Martin Möckel, Ärztlicher Leiter Notfallmedizin, Rettungsstellen Campus Virchow-Klinikum und Campus Mitte, Charité – Universitätsmedizin Berlin, 10117 Berlin

## Spürbare Versorgungslücke

Daran werden wir uns gewöhnen müssen: Das kaputtgesparte Gesundheitssystem funktioniert gerade noch so in Phasen durchschnittlicher Auslastung, in Spitzenzeiten wird der Kollaps die Regel werden. Aus betriebswirtschaftlicher Sicht wahrscheinlich kalkuliert und zu verschmerzen – etwas Schwund gibts schließlich immer – ist der Zustand für Patienten wie medizinisches Personal untragbar geworden. Die fatale Kombination aus Rationalisie-

rung, demografischer Entwicklung sowie der Verdopplung der in Teilzeit tätigen Ärzte in den letzten zehn Jahren hat eine nun spürbare Versorgungslücke entstehen lassen. Unausgereifte Vorschläge wie „keine Hüfte über 80“, die der Jungen Union vor einigen Jahren negative Schlagzeilen brachten, helfen da wenig. Entweder die benötigten Mittel für eine adäquate Versorgung für alle werden bereitgestellt, oder der Zugang muss limitiert werden.

Beispielsweise je nach Pflegestufe:

Stufe I: volle ambulante und stationäre Versorgung

Stufe II: volle ambulante Versorgung, stationäre Versorgung ohne Intensivstation

Stufe III: volle ambulante, keine stationäre Versorgung.

Ansonsten ist in naher Zukunft keiner mehr optimal versorgt.

Dr. med. Tobias Lumpp, 79102 Freiburg

## MEDIZINSTUDIUM

Zu den Empfehlungen des Wissenschaftsrats (WR) zur Weiterentwicklung des Medizinstudiums (DÄ 12/2015: „Reform des Medizinstudiums: Strukturierte Ausbildung als Grundlage weiter unverzichtbar“ von Rüdiger Köhling).

## Unverhohlen

... Auch wenn der Autor seinen Kommentar mit zahlreichen befürwortenden Sätzen garniert hat, liest man zwischen den Zeilen sehr klar, wie sehr er Reform- und Modulstudiengänge in der Medizin in der Sache ablehnt.

Unwissenschaftlich sei es, wie da gelernt werde, so meint man heraushören zu können, man lasse die Studierenden im Stich, die die Naturwissenschaften nicht sicher beherrschen.

Köhling hat recht, dass viele klinische Zusammenhänge sich nicht erschließen, wenn man die Natur und die Wissenschaft dahinter nicht verstanden hat. Aber faktisch haben es die Grundlagenwissenschaften, für die er so engagiert Partei ergreift, in mehreren Jahrzehnten konventionellen Medizinstudiums weitestgehend versäumt, ein modernes und dem Arztberuf angemessenes Curriculum zu entwickeln und als Standard zu etablieren. Am Ende sind es die Modellstudiengänge, die die eingefahrenen und überholten Lehrpläne nun bedrängen und eine andere Art Absolvent auf den Markt bringen: Vielleicht

weniger strukturiert, aber sicherer in der Sache, näher am Menschen als an den Leitwerken. Und am Ende gehen eben deutlich mehr Absolventen in die Krankenversorgung und nicht in die Wissenschaft . . .

Im letzten Absatz seines Textes fordert Köhling dann recht unverhohlen die Rückkehr zur klassischen Trennung von Klinik und Vorklinik – wahrscheinlich auch, damit sein Fach wieder die Dominanz bekommt, welche ihm in den Modellstudiengängen abhanden zu kommen drohte. Und mit dem Totschlagargument der fehlenden Wissenschaftlichkeit lassen sich bei Politik und Bildungselite Punkte machen . . .

Dabei wäre es jetzt die Chance gerade für die Physiologie, aus der Rolle des Getriebenen hinaus in die Rolle des Vorreiters zu gehen und noch ganz andere Barrieren aufzubrechen. Denn eskalierende Curricula und Modellstudiengänge sind eine kaum vorstellbare Herausforderung und Arbeitsleistung. Köhlings Fach hat das

Potenzial, in dieser Entwicklung aktiv zu gestalten und damit mehr statt weniger Bedeutung im Studium und im Leben der jungen Kollegen wahrzunehmen. Aber vielleicht weiß Köhling um die Behändigkeit und die überschaubare Innovationsfähigkeit der medizinischen Hochschullandschaft. Er täte gut daran, hier motivierend auf seine Kollegen einzuwirken . . .

**Markus Wedemeyer**, 27578 Bremerhaven

## PRÄVENTIONSGESETZ

Der Gesetzentwurf sieht umfassende Veränderungen bei den Gesundheitsuntersuchungen vor (DÄ 11/2015: „Auf der parlamentarischen Zielgeraden“ von Wilfried Kunstmann).

### Präventionsruder völlig aus der Hand gegeben

Präventionsaktivitäten sollen also „in eine ‚Nationale Präventionsstrategie‘ eingebettet werden, die durch eine ‚Nationale Prä-

ventionskonferenz‘ erarbeitet werden soll“; und das „ohne die verfasste Ärzteschaft“, eventuell soll gnädigerweise von den Kostenverwaltern ein Sitz eingeräumt werden. Deutlicher kann uns nicht gezeigt werden, dass wir das Präventionsruder völlig aus der Hand gegeben haben. Und das müssen wir uns eingestehen: Wir leben in der Praxis von Krankheit und Kuratation zum Wohle eines profitorientierten „Gesundheits“-wirtschaftssystems. Prävention findet marginal statt, zeitlich und finanziell. Es sollte uns wach rütteln und bewusst werden lassen, dass wir unsere ärztliche Haltung wieder neu ausrichten könnten: hin zu einer ärztlichen patientenzentrierten Gesundheitsbildung und professionellen Gesundheitskommunikation (zum Beispiel motivierende Gesprächsführung), ja bis hin zu einer Neuformulierung einer ressourcenstärkenden und selbstkompetenzfördernden Prävention; und das dann am besten in der „Nationalen Präventionskonferenz“ . . .

**Dr. med. Hans-Ulrich Sappok**, 40549 Düsseldorf