

Quo vadis Kinder- und Jugendmedizin in Sachsen?

In einem gemeinsamen Positionspapier wurden in dieser Zeitschrift vor einem Jahr vom Landesverband Sachsen im BVKJ von der Sächsisch-Thüringischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin und von der Vereinigung Leitender Kinderärzte und Kinderchirurgen Sachsens Daten publiziert, die die drohende Gefährdung der kinderärztlichen Versorgung in Sachsen in den nächsten Jahren beschreiben (1).

Diese Erhebung vom 31.12.00 zeigt, dass bis zum Jahre 2010 aufgrund der Altersstruktur der sächsischen Kinder- und Jugendärzte, das heißt konkret in den nächsten sieben Jahren, von 764 noch im Berufsleben stehenden Kinder- und Jugendärzten 314 altersbedingt ausscheiden werden. Davon entfallen 85 auf den stationären Bereich.

Dieser Prognose steht eine völlig unzureichende Zahl in Facharztausbildung befindlicher Weiterbildungsassistenten gegenüber, denn bis 2005 werden voraussichtlich lediglich 46 Weiterbildungsassistenten ihre Facharztausbildung beenden. Das ist ausreichend Anlass zu fragen, ob wir zukünftig noch in der Lage sind, mit gegenwärtig abzusehender für die nahe Zukunft weiter verminderter Anzahl verfügbarer Mitarbeiter unserem Versorgungsauftrag gerecht zu werden. Zudem besteht das Dilemma, dass es für Deutschland keinerlei verbindliche Vorgaben oder allgemein akzeptierte Bezugsgrößen für die Personalbemessung im ärztlichen Dienst

gibt. Unter dem Eindruck spürbar werdenden Ärztemangels, dem Grundsatzurteil der EU bezüglich der Wertung der Bereitschaftsdienste als Arbeitszeit, der Notwendigkeit der Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes und die Einführung DRG bezogener Finanzierung der stationären Leistungen rückt das Problem Personalbemessung erneut in den Mittelpunkt des Interesses. Auch wäre es für jeden Leiter einer Klinik oder Abteilung hilfreich zu wissen, was ihm an ärztlichem Personal zusteht, anstatt einen Stellenplan nach Kassenlage verordnet zu bekommen.

Einem Vorschlag der Krankenhausgesellschaft (KHG) zur Personalbemessung im ärztlichen Dienst folgend, wäre eine Kalkulation des ärztlichen Personalbedarfs möglich (2). Dabei wird ein fallbezogener Zeitbedarf definiert und die Personalbemessung orientiert sich an der Zahl der Patienten pro Jahr. Prinzipiell werden drei Leistungskategorien bezüglich des Zeitbedarfs in Ansatz gebracht – a) alle als stationäre Versorgungsaufgaben zu bezeichnende Leistungen, b) Leistungen der Funktionsabteilungen, der ambulanten Notversorgung und der Bereitschaftsdienste, c) Spezial-

Tabelle 1: Aus: Ergebnisse der zweiten Folgebefragung von Kinderkliniken und Kinderabteilungen, kinderchirurgischen Kliniken und kinderchirurgischen Abteilungen

	Fälle/Arzt 2001	BB*/Arzt 2001	Fachärzte/Ärzte in Weiterbildung		
			1993	1997	2001
Alle Kliniken/ Abteilungen	176,5	2,6	1,0	1,3	0,9
Neue Länder	217,8	3,5	2,6	3,8	2,2
Alte Länder	167,8	2,4	0,8	1,0	0,8
Uni-Kliniken	95,2	1,7	1,0	1,1	0,8
< 30 Betten	203,5	2,8		2,9	1,6
30 – 60 Betten	200,3	2,9		1,4	1,1
61 – 100 Betten	194,7	2,9		1,3	0,8
> 100 Betten	111,4	1,8		1,1	0,8

* belegtes Bett pro Arzt

les wie zum Beispiel Konsiliarleistungen. Für die Kinderheilkunde werden zur Absicherung der unter a) und b) genannten Leistungen 500 bis 600 Minuten pro Fall kalkuliert. Zur Feststellung des „Ist-Standes“ ärztlicher Besetzung in Deutschlands Kinderkliniken und Kinderabteilungen führte – neben anderen Fragestellungen – die Bundesarbeitsgemeinschaft Kind und Krankenhaus (BAKuK) eine Befragung durch (3). Die Tabelle 1 zeigt daraus ausgewählte Zahlen (Durchschnittszahlen) zur ärztlichen Versorgung seit 1993.

Die Zahlen zeigen, dass in den Neuen Bundesländern fallbezogen eine deutliche Mehrarbeit geleistet wird bzw. eine Unterbesetzung von 23 % im Vergleich zu den Alten Bundesländern vorliegt.

Eine Erhebung zum Stand der ärztlichen Besetzung in Kinderkliniken und Kinderabteilungen der drei Bundesländer Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen erfolgte auf Initiative der Sächsisch-Thüringischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin im März 2003. Von 27 Kinderkliniken und Kinderabteilungen in Sachsen gingen 27 Antwortschreiben ein, womit sich ein repräsentatives Bild ergibt. Universitäts-Kinderkliniken wurden in die Befragung nicht mit einbezogen (Tabelle 2).

Bei der Kalkulation der Bedarfsermittlung im Vergleich zum festgestellten „Ist-Stand“ der ärztlichen Besetzung wurden pro Fall 500 Minuten angesetzt, was der Vorgabe der KHG entspricht. Die Jahresarbeitszeit bei einer 40-

Stunden-Woche ist mit 1700 Stunden bzw. 106080 Minuten zu veranschlagen. Die pro Arzt zu betreuenden Fallzahlen pro Jahr ergeben sich aus der Jahresarbeitszeit geteilt durch den Zeitbedarf pro Fall (500 Minuten). Der Zeitaufwand für ambulanten Notfallbehandlungen ist dabei berücksichtigt.

Die Zahlen lassen folgende Interpretation zu:
1. Die von der KHG empfohlene Besetzung im ärztlichen Dienst entspricht annähernd der von der BAKuK erhobenen „Ist-Besetzung“ – mit Ausnahme der einen aufgeführten Klinik mit über 100 Betten. In der BAKuK-Erhebung sind Kliniken über 100 Betten mit erheblich mehr ärztlichem Personal ausgestattet.

2. Im Vergleich zur BAKuK-Erhebung stehen in Sachsens Kinderkliniken und Kinderabteilungen bezogen auf gleiche Fallzahlen ca. 16 bis 30 % weniger ärztliches Personal zur Verfügung; in der einzigen Sächsischen nichtuniversitären Kinderklinik mit über 100 Betten beträgt die „Unterbesetzung“ gemessen an der BAKuK-Erhebung 58 %! Gemessen an der KHG-Kalkulation beträgt die Unterbesetzung 22 bis 27 %.

3. Der Anteil von Weiterbildungsassistenten an der ärztlichen Besetzung weist ein Verhältnis zu den Fachärzten von 1:5 aus. Im Gegensatz zur BAKuK-Erhebung von nahezu 1:1; wobei in der größten Sächsischen Kinderklinik auf 10 Fachärzte ein Weiterbildungsassistent kommt.

Schlussfolgerung

Bei einer rückläufigen Anzahl berufstätiger Kinderärzte in den nächsten Jahren müssen wir davon ausgehen, dass bis zum Jahr 2010 von ca. 270 klinisch tätigen Kollegen – 90 von ihnen sind allein in den beiden Universitätskliniken in Sachsen beschäftigt – 85 ihre Berufstätigkeit altersbedingt beenden werden. Das sind 30 % der gegenwärtig klinisch tätigen Kinder- und Jugendärzte in Sachsen.

Dem gegenüber stellen müssen wir eine Ausbildungssituation mit einer völlig unzureichenden Zahl von Weiterbildungsassistenten, die bis dahin ihre Ausbildung zum Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin abschließen werden und nachrücken können.

An dieser Stelle muss auch nochmals mit Nachdruck darauf hingewiesen werden, dass in den ärztlichen Stellenplänen der Kinderkliniken der Bedarf an niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten und im Öffentlichen Dienst kaum Berücksichtigung finden. Dadurch entsteht nicht nur ein quantitatives, sondern auch ein qualitatives Problem im Sinne eines Kompetenzverlustes für das Fachgebiet Kinder- und Jugendmedizin.

Der Ärztemangel hat für unterschiedlich große Einrichtungen unterschiedliche Konsequenzen. Die kleineren Einrichtungen sind nur mit großer Anstrengung und unter Missachtung der Vorgaben des Arbeitszeitgesetzes in der Lage, die Bereitschaftsdienste abzusichern. Größere Kliniken haben Probleme hinsichtlich der Sicherung ihres qualitativen Standards. Bei einer gegenwärtig vorhandenen Spezialisierung unseres Faches mit ca. 20 Subspezialitäten, die sich als Fachgesellschaften und Arbeitsgemeinschaften konstituiert haben, müssen Einrichtungen mit voller Ausbildungsermächtigung diese Bereiche ihres Faches kompetent vertreten. Dabei unterliegt kein Klinikleiter der Illusion, dass für jede Subspezialität auch ein entsprechend qualifizierter Kollege vorgehalten werden kann. Für größere Einrichtungen ergeben sich aber auch quantitative Probleme. Mit den zur Verfügung stehenden Kollegen ist es nicht möglich, den notwendigen Schichtdienst im Bereich neonatologischer und pädiatrischer Intensivmedizin zu realisieren – ein zwingend notwendiges Qualitätskriterium für Perinatalzentren. Ein weiteres Risiko besteht in der gegenwärtigen Ausgestaltung des neuen Entgeltsystems mittels DRG, das notwendig zu erbringende Leistungen in Kinderkliniken nicht kostendeckend abbildet. Gegenwärtig geht man von einem Kostendeckungs-

Tabelle 2

Betten	≤ 30	> 30 – 60	> 60 – 100	> 100
Kliniken				
Abteilungen	8	16	2	1
Fälle 2002	10162	26293	5865	5371
Ø	1129	1643	2933	
Ärzte gesamt	35,35	102,5	23,5	20
in Ausbildung	6,5	20,75	5	2
Verhältnis FA/WBA	5:1	5:1	5:1	10:1
Bedarf				
KHG-Kalkulation	48	124	30	26
BAKuK-Erhebung	50	131	28	48
„Unterbesetzung“				
KHG-Kalkulation	26 %	27 %	22%	23 %
BAKuK-Erhebung	30 %	22 %	16 %	58 %

defizit von 40 % aus. Die für Sachsen erkennbare fatale Situation im Bereich Weiterbildung zum Facharzt ist besonders deutlich, wenn man mit den BAKuK-Zahlen vergleicht. Man könnte die Situation so beschreiben: Im Vergleich zu den Kliniken in den alten Bundesländern haben wir zur Zeit 20 – 30 % weniger Kollegen zur Verfügung, zusätzlich einen besonders gravierenden Mangel an Weiterbildungsassistenten, wobei die noch vorhandene Anzahl stationär tätiger Fachärzte in den nächsten Jahren um 30 % abnimmt. Am 23. 4. 2003 trafen Vertreter des BVKJ die Bundesministerin für Gesundheit und soziale Sicherung zu einem Gespräch. Vielleicht ist ihre Zusage, den Vorschlag zu prüfen, die Weiterbildung von Pädiatern in Analogie zu den Allgemeinärzten zu fördern, ein erster Hoffnungsschimmer.

Aber es scheint, dass der Sachverhalt von Gesundheitspolitikern, kassenärztlichen Vereinigungen und Kostenträgern nicht ausreichend zur Kenntnis genommen wird. Stellungnahmen wie die KBV-Studie (4) oder die Verlautbarungen des Wissenschaftlichen Institutes der AOK (5) beziehen sich auf die vertragsärztliche Versorgung und rechnen diese für die Gegenwart und Zukunft unkritisch günstig. Kinderärzte in den Kliniken versorgen die stationär zu behandelnden Patienten, sichern weitgehendst die subspezialisierte Betreuung chronisch kranker Kinder und Jugendlicher in Ermächtigungssprechstunden, bilden Fachärzte aus und sichern damit die vertragsärztliche Versorgung – sie sollten auch befragt und einbezogen werden. Vorschläge für Problemlösungen haben wir schon vor einem Jahr

formuliert. Wie in vielen anderen Bereichen unserer Gesellschaft sind die Probleme nicht mit dem Ruf nach „Mehr Geld ins System“ zu lösen, sondern auch die Strukturen müssen hinsichtlich ihrer Sinnhaftigkeit, Bezahlbarkeit und Effizienz überprüft werden. Das setzt seitens der Politik Akzeptanz des Problems und Wille zum Lösen desselben voraus.

Literatur bei den Verfassern

Anschrift der Verfasser:

Dr. med. Albrecht Klinghammer
1. Vorsitzender der Sächsisch-Thüringischen
Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin

Dr. med. Klaus Hofmann
Vorsitzender des Landesverbandes Sachsen im
Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte