zugleich Rationalisierungspotenziale in der Versorgung mit Arznei- und Heilmitteln zu erschließen. Eine vernetzte und leistungsfähigere ambulante Versorgungsstruktur soll ferner das Ausmaß an Hospitalisierung zurückfahren.

Erste Erfolge sind sichtbar, wie AOK-Chef Dr. Christopher Hermann darlegte: Die Quote rabattierter Arzneimittel erreicht 72%, in der Regelversorgung 55%. Der Check-up wird in der HzV mit 44,5% doppelt so häufig in Anspruch genommen wie in der konventionellen Versorgung. Binnen eines Jahres hat sich die

Zahl der VERAH auf 857 verdoppelt. 4,3 Millionen Euro gibt die AOK dafür zusätzlich aus. Die Zufriedenheitswerte der teilnehmenden Versicherten erreichen sozialistische Ausmaße.

Vertragspartner an der Versorgungsplanung beteiligen

Das wichtigste Ziel bei den anstehenden Beratungen zum Versorgungsgesetz wäre die Anerkennung der flächendeckenden Selektivverträge als zweite Form der Regelversorgung, meint Hausärzte-Chef Ulrich Weigeldt. Die Vertragspartner

müssten dann auch an der weiteren Bedarfsplanung beteiligt werden.

Die AOK-Verträge werden evaluiert, und es findet eine flächendeckende verbindliche Qualitätszirkelarbeit statt. Das Besondere: Pharmakotherapiefortbildung basiert auf den konkreten Verordnungen und Versorgungsproblemen der jeweiligen Praxis. Inzwischen arbeiten 3330 Ärzte in 313 Qualitätszirkeln, so Professor Joachim Szecsenyi, Institut für Allgemeinmedizin der Univ. Heidelberg.

■ Autor: Helmut Laschet

Verkürzte Weiterbildung zum Allgemeinarzt

Ein Notnagel, aber keine wirkliche Alternative

Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) sieht im Quereinstieg in das Fach Allgemeinmedizin für andere Disziplinen nur eine kurzfristige Notlösung gegen den Hausärztemangel.

— Die DEGAM lehnt den gegenwärtig diskutierten und in Rheinland-Pfalz auf der Basis eines Kammerbeschlusses demnächst möglichen Einstieg patientennah arbeitender Fachärzte in eine verkürzte Weiterbildung zum Allgemeinarzt nicht kategorisch ab. Vordringlich müsse aber die fünfjährige allgemeinmedizinische Weiterbildung so verbessert werden, dass sie nicht – wie derzeit häufig – acht Jahre brauche, so Prof. Ferdinand Gerlach, Vorsitzender der DEGAM.

Als kurzfristige Notlösung könne der Quereinstieg akzeptiert werden. Dafür spreche, dass kurzfristig die für die hausärztliche Versorgung zur Verfügung stehende Zahl an Medizineren erhöht werden könne. Möglicherweise sei dies auch eine Option für Fachärzte in Spezialisierungen, für die in der ambulanten Versorgung kein hoher Bedarf bestehe. Notwendig sei aber, die Krite-

© dpa

rien für den Quereinstieg klar zu definieren.

Gegen das Quereinstiegs-Modell spreche die Gefahr, dass vielleicht Reformen in Aus- und Weiterbildung behindert würden, die den Facharzt für Allgemeinmedizin für Berufsanfänger von vornherein zu einem attraktiven Berufsziel machen könnten.

Quereinstieg sagt nichts darüber, wo sich die Ärzte niederlassen

Der Quereinstieg suggeriere auch, dass eine qualifizierte allgemeinmedizinische Versorgung von allen Ärzten geleistet

werden kann. Dabei bestehe das Risiko, dass die bestehende Weiterbildungsordnung mit einem eigenständigen Fach Allgemeinmedizin ausgehöhlt werde. Außerdem garantiere die Option des Quereinstiegs nicht, dass die betreffenden Ärzte sich tatsächlich in unterversorgten Gebieten niederlassen.

Als Minimalanforderungen für den Quereinstieg fordert die DEGAM – je nach anrechenbaren Vorleistungen – zwei Jahre in der Allgemeinartzpraxis. Dies müsse allerdings auf besonders qualifizierte Praxen mit einem breiten Versorgungsspektrum beschränkt werden. Quereinsteiger ohne internistische Vorerfahrung müssten mindestens sechs Monate in der Inneren Medizin einer Klinik praktische Erfahrung sammeln.

Den Vorzug gibt die DEGAM aber ganz klar einer besser organisierten allgemeinmedizinischen Weiterbildung. Die komplizierte Rotation durch ambulante und stationäre Medizin über mehrere Fachgebiete führt dazu, dass die effektive Weiterbildungszeit acht Jahre erreicht. Das wirkt abschreckend.

■ Autor: Helmut Laschet