



Borkum 2008: „Eine Institution in der ärztlichen Fortbildung“

62. Fort- und Weiterbildungswoche auf der Nordseeinsel Borkum

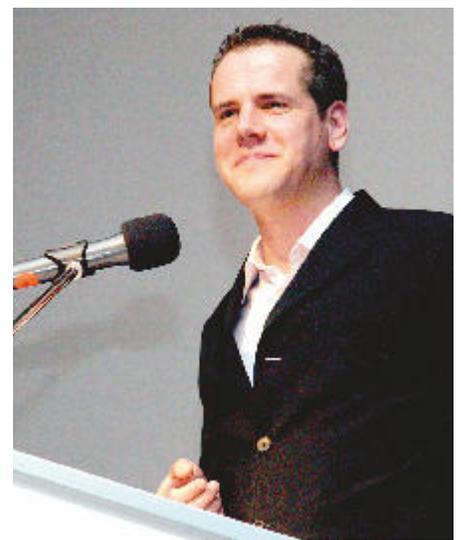
von Klaus Dercks, Ärztekammer Westfalen-Lippe

Der Name „Borkum“ hat einen guten Klang – bei Urlaubern als naturnahes Ferienziel, bei Ärztinnen und Ärzten als Synonym für einen der größten Fortbildungskongresse in der Bundesrepublik. „Borkum ist eine Institution in der ärztlichen Fortbildung“, begrüßte Dr. Theodor Windhorst, Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe, die Besucher zum Auftakt der Fortbildungswoche 2008. 1739 Teilnehmerinnen und Teilnehmer zählte die Akademie für ärztliche Fortbildung der Ärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe bei der 62. Auflage der Borkumwoche in diesem Jahr.



„Volles Haus“ zum Auftakt der Fortbildungswoche: Rund 800 Gäste hörten die Begrüßung von Akademie-Vorsitzendem Prof. Dr. Falk Oppel (r. oben) und anschließend die kabarettistische „Sprechstunde“ von Stimmenimitator Elmar Brandt (r.).

Fotos: kd



Bevor die Veranstaltungsteilnehmer auf der Nordseeinsel eintrafen, hatte die Akademie für ärztliche Fortbildung Ende April einen regelrechten Borkum-Tross in Bewegung gesetzt: Über 15 Tonnen Tagungstechnik und Material mussten über Emden verschifft und nicht weniger als 31 Tagungsorte vorbereitet werden, damit pünktlich am 26. April die ersten Kurse beginnen konnten. Die Programmbroschüre, längst zu einem respektablen Buch mit fast 100 Seiten gewachsen, verzeichnete über 185 Referenten und Kursleiter für das umfangreiche Veranstaltungsprogramm. Dieses Angebot nutzen viele Borkum-Besucher gleich mehrfach: Die Organisatoren zählten 2800 Teilnahmen an Veranstaltungen.

Dank an Borkumer Kliniken und Sponsoren

An die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Fortbildungsakademie unter der Leitung von Ärztekammer-Ressortleiterin Elisabeth Borg richtete Kammerpräsident Dr. Windhorst beim Eröffnungsabend mit über 800 Besuchern seinen Dank ebenso wie an die Kursleiter – „die neuen und die treuen“. Windhorst dankte besonders allen Unterstützern der Fortbildungswoche. Die Kliniken der Insel – das Reha-Zentrum Borkum mit der Klinik Borkum-Riff, der Knappschafts-Klinik, der Deutschen Rentenversicherung Rheinland, Nordseeklinik Borkum und das Fachklinikum Borkum – stellten wiederum Räumlichkeiten, Personal und Gerätschaften für die Dauer der

Veranstaltungen zur Verfügung. Wertvolle Hilfe leisteten nicht zuletzt die Industrie-Sponsoren der Veranstaltung, die zahlreiche Kursangebote unter anderem durch Bereitstellung moderner Gerätschaften unterstützten. „Die staatlich verordnete Pflichtfortbildung wäre ohne ihrer aller Hilfe nicht zu stemmen.“



„Die gesündeste Woche des Jahres“ eröffnete Bürgermeisterin Kristin Mahlitz (3. v. l.) gemeinsam mit den Vertretern von Fortbildungsakademie, Ärztekammer und Kassenärztlicher Vereinigung in der „Kulturinsel“.

» Das ist für uns die gesündeste Woche auf der Insel «

Auch für die Inselbewohner, das machte Borkums Tourismusdirektor Roland Claaßen deutlich, ist der Termin der Borkum-Veranstaltung schon fest gebucht. Aushänge in zahlreichen Schaufenstern hatten den Kongress schon lange angekündigt: „Das ist für uns die gesündeste Woche auf der Insel“, spielte Claaßen darauf an, dass die Einwohner der Inselgemeinde einen Gutteil der Probanden stellen. Für sie werden so auch Untersu-

KAPAZITÄTEN KURZERHAND AUFGESTOCKT

Interesse an Allgemeinmedizin überstieg alle Erwartungen

Besonders stark nachgefragt war bei der Borkum-Woche der Weiterbildungskurs Allgemeinmedizin. Mit rund 90 Anmeldungen übertraf das Interesse am 80-Stunden-Kurs im Rahmen der fünfjährigen Weiterbildung die Erwartungen der Organisatoren bei weitem – allerdings auch das Platzangebot, so dass die Akademie für ärztliche Fortbildung kurzerhand die Kapazitäten aufstocken musste. Prof. Dr. Herbert Rusche, Dr. Michael Klock, Dr. Ansgar Arend, Prof. Dr. Klaus Wahle und Dr. Hubertus Steinkuhl (kleines Bild v. r., hier mit den Ärztekammer-Ressortleitern Elisabeth Borg und Bernhard Schulte) begleiteten die Kursteilnehmer durch die Falldiskussionen (großes Bild) der ersten fünf Themenblöcke des Kurses, der im Juli in Münster fortgesetzt wird.



Der EnergieAusweis kommt. Modernisieren Sie jetzt!



Renovieren/Modernisieren

Der EnergieAusweis kommt 2008. Mit einer Modernisierung nutzen Sie Ihre Möglichkeiten:

- zur dauerhaften Einsparung von Energiekosten
- zum Werterhalt bzw. zur Wertsteigerung Ihrer Immobilie
- mit unserer flexiblen und günstigen Finanzierung

Sprechen Sie mit uns. Wir beraten Sie gern.
www.vr-nrw.de

Volksbank 



Zu den Klassikern des Borkum-Programms gehört die ganze Palette der Ultraschallkurse – hier mit Dr. Thomas Dorsel im umfunktionierten „Kaminzimmer“ der DRV-Klinik Borkum Riff.

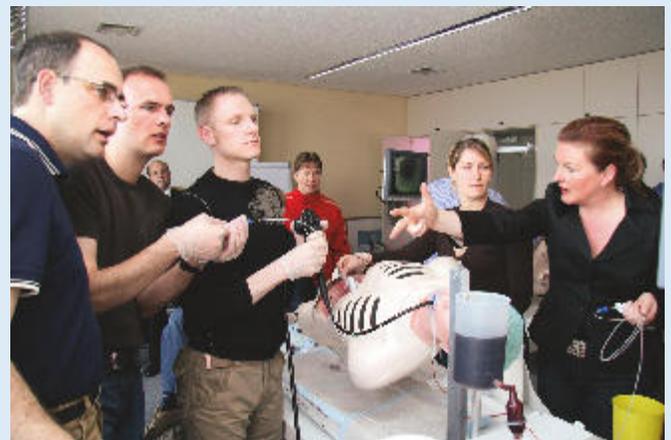
chungen möglich, für die sonst eigens eine Reise aufs Festland einkalkuliert werden müsste.

„Interdisziplinärer Ansatz ist konkurrenzlos“

Die bekannte familiäre Atmosphäre der Fortbildungswoche hatte Prof. Dr. Falk Oppel im Sinn, als er um „Aufnahme in die Borkum-Familie“ bat: Erstmals stand Oppel als neuer Vorsitzender der Akademie für ärztliche Fortbildung dem Kongress vor. Er betonte, dass es zwar viele Fortbildungsangebote gebe, der interdisziplinäre Ansatz der Borkumwoche jedoch konkurrenzlos sei.

Dass die Ärztinnen und Ärzte von der Politik eine Pflichtfortbildung verordnet bekommen haben, „das schreckt uns ebenso wie der Nachweis dieser Fortbildung nicht. Wichtig ist aber, dass die Ausgestaltung der Fortbildung auch in Zukunft in ärztlicher Hand bleibt.“ Welch großes Interesse in der Ärzteschaft am Thema Fortbildung bestehe, zeige bereits die stetig wachsende Zahl der Mitglieder der Akademie. Auch Prof. Oppel dankte den Sponsoren der Borkumwoche für ihr Engagement. „Bei klaren Spielregeln für dieses Engagement geht jede Kritik, wie sie von vielen zurzeit so gern geäußert wird, ins Leere. Wir suchen in dieser Frage keine Konfrontation, sondern tragfähige Konzepte.“

GASTROSKOPIE- UND COLOSKOPIEKURSE



Bereits zum fünften Mal hatten Borkum-Besucher Gelegenheit, von Sonntag bis Donnerstag eine „Gastro-Woche“ auf der Insel zu verbringen: An einen Gastroskopiekurs schloss sich unter der Leitung von Prof. Dr. Ingo Flenker (l.) ein Coloskopiekurs an – die theoretischen Unterweisungen wurden jeweils ergänzt durch Übungen am Erlanger Modell mit Schweinemagen und -darm.



Aktive Mittagspause: Notfalltrainings – hier mit Dr. Michael Klock – wurden während der Borkum-Woche in der ansonsten „veranstaltungsreichen“ Mittagszeit angeboten, um allen Teilnehmern den Besuch ohne Terminkollisionen zu ermöglichen

Zu einer Sprechstunde besonderer Art lud anschließend Stimmenimitator Elmar Brandt ein: Er ließ nicht nur in seiner Paraderolle Ex-Bundeskanzler Gerhard Schröder den Kongressteilnehmern „sein Borkum“ zeigen, sondern nahm auch die aktuelle Politikerriege und schließlich sogar Ärztekammer-Präsident Dr. Windhorst aufs Korn – erst nach minutenlangem Applaus und einer Zugabe wurde die Sprechstunde geschlossen und Boogie-Woogie-Pianist Thomas Nowak entließ seine Zuhörer in eine informations- und arbeitsreiche Fortbildungswoche.

Der Termin für die nächste Borkumwoche steht bereits fest: Interessenten sollten sich den 25. April bis 3. Mai 2009 vormerken.

Eingeschlagenen Weg beharrlich verfolgen

250 Ärztinnen und Ärzte informierten sich beim Berufspolitischen Abend

von Klaus Dercks, Ärztekammer Westfalen-Lippe

Mittwoch ist Klartext-Tag: Traditionell ist der Mittwochabend der Borkum-Woche der ärztlichen Berufspolitik vorbehalten. Rund 250 Kolleginnen und Kollegen waren in diesem Jahr gekommen, um von den Spitzen von Ärztekammer und Kassenärztlicher Vereinigung Informationen aus erster Hand zu erhalten – im Gegenzug nahmen sie kein Blatt vor den Mund, den Berufspolitikern zu sagen, wo an der Basis der Schuh drückt.

Ärztekammer-Präsident Dr. Theodor Windhorst hatte den Aufschlag – und eine wenig ermutigende Einsicht. „Wir Ärzte haben alle Spieler im Gesundheits-Poker gegen uns.“ „Arztzentriertheit“ sei im Gebrauch der Gesundheitspolitiker zum Schimpfwort geworden. „Dabei beschreibt es die gute Medizin, die wir machen und ist ein magischer Ausdruck für gute Kooperation.“ Ressourcenknappheit diene als Vorwand, Ärzten ein ums andere Mal Fußtritte zu verpassen. Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz sei ein weiterer Vorstoß dazugekommen, Tätigkeiten aus dem Arztvorbehalt herauszulösen. „Die Regierung will uns um ein Linsengericht in unserem Beruf beschneiden.“ Wenn überhaupt, sei die Delegation ärztlicher Leistungen eine Option – die Substitution durch andere Berufsgruppen niemals.



Standen beim Berufspolitischen Abend Rede und Antwort: Die Ärztekammer-Präsidenten Dr. Theodor Windhorst (2. v. r.) und Dr. Klaus Reinhardt (r.) und die Vorsitzenden der KVWL, Dr. Ulrich Thamer (2. v. l.) und Dr. Wolfgang-Axel Dryden.

Dr. Ulrich Thamer, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe, versuchte Optimismus zu verbreiten. In der ambulanten Versorgung „wird es wieder besser in den nächsten Jahren. Schon jetzt ist zu erkennen, dass die Berufszufriedenheit der Ärzte zunimmt.“ Und das, obwohl das Problem der Unterfinanzierung des Gesundheits-



Zahlreiche Kolleginnen und Kollegen verfolgten die berufspolitische Diskussion in der „Kulturinsel“ Borkum.

wesens schon seit Mitte der neunziger Jahre stets wie selbstverständlich auf den Knochen der Ärzte ausgetragen werde. Es gehe nicht an, dass die niedergelassenen Ärzte die Gesetzliche Krankenversicherung selbstlos subventionierten. Thamer begrüßte die angekündigte Honorarreform: „Das sind Fortschritte, die uns hoffen lassen.“

Allgemeinmedizin ist noch immer unterrepräsentiert

Doch nicht erst mitten im, schon am Beginn des Mediziner-Berufslebens muss sich vieles ändern. Ärztekammer-Vizepräsident Dr. Klaus Reinhardt berichtete von den Aktivitäten des von der Ärztekammer initiierten „Runden Tisches“, der sich die Verbesserung der Aus- und Weiterbildung in der Allgemeinmedizin auf die Fahnen geschrieben hat. Zwar sei das Fach in der ärztlichen Wahrnehmung noch immer unterrepräsentiert. Und auch die per Numerus clausus eingeschränkten Zugangswege zum Medizinstudium müssten überdacht werden. Doch sei andererseits erfreulich, dass z. B. die Landesregierung Nordrhein-Westfalen für eine Veränderung der Weiterbildungssituation Unterstützung signalisiere.

Kurzfristige Maßnahmen sind gefragt

Auch die Ärzteschaft selbst verändert sich. „Viele junge Kolleginnen und Kollegen haben mir gesagt, dass sie solch eine Selbstausbeutung nicht mehr wollen“, berichtete Dr. Wolfgang-Axel Dryden, 2. Vorsitzender der KVWL, vom Mentalitätswandel beim Ärztenach-

wuchs. „Die haben eine gesündere Einstellung zur Lebensqualität, als wir alten das jemals hatten.“ Wer insbesondere den Beruf des Hausarztes attraktiv gestalten wolle, müsse einen ganzen Strauß von Themen abarbeiten – von Arbeitsbedingungen, die auf junge Ärztinnen in der Doppelbelastung Familie und Beruf zugeschnitten sind bis hin zur Organisation der Weiterbildung. Oft werde die Selbstverwaltung kritisiert, sie beschränke sich auf Alltagspolitik und reagiere nur statt zu agieren, räumte Dr. Dryden ein. „Außerdem wirken die Verbesserungen in den Strukturen von Aus- und Weiterbildung zu spät. Wir brauchen kurzfristige Maßnahmen, um die Situation zu verbessern.“

Kein Kampf gegen Windmühlenflügel

Ist der Kampf um bessere Arbeitsbedingungen ein Kampf gegen Windmühlenflügel? Nein, gab sich Kammerpräsident Dr. Windhorst überzeugt. „Wir müssen weitermachen.“ Aber bitte solidarisch: „Die Politik freut sich nur, wenn wir die Diversifizierung der Ärzteschaft weiter vorantreiben.“ Stattdessen müssten Ärztinnen und Ärzte beharrlich ihren Weg verfolgen. Beim Pflege-Weiterentwicklungsgesetz sei das erfolgreich gewesen. Die Beharrlichkeit der Ärzteschaft habe Schlimmeres verhindert.

DRG sind keine Alleskönner

Prof. Herbert Rebscher referierte auf Borkum

von Klaus Dercks, Ärztekammer Westfalen-Lippe

S pätstens ab dem kommenden Jahr sind sie das Maß aller Dinge: Die DRG, die Diagnosis Related Groups, werden nach mehreren Jahren Konvergenzphase „scharf geschaltet“ und sind dann maßgeblich für die Abbildung der Leistungen, die im Krankenhaus erbracht werden. Lassen sich mit ihrer Hilfe aber auch Erkenntnisse zur Effizienz des Wirtschaftsbetriebs Krankenhaus und zur Qualität der Leistungen dort gewinnen? Dieser Frage ging beim berufspolitischen Abend des Marburger Bundes während der Fortbildungswoche auf der Nordseeinsel Borkum der Gesundheitsökonom Prof. Dr. Herbert Rebscher nach.

„Wir Ärzte haben seit 2004 lernen müssen, mit diesem System umzugehen“, berichtete Prof. Dr. Ingo Flenker, zweiter Landesvorsitzender des Marburger Bundes NRW/Rheinland-Pfalz, zur Einführung. Eine wirklich Liebe ist daraus bis jetzt nicht geworden. „Es ist oft einfacher, schwierige Krankheitsbilder zu behandeln als diese Arbeit im DRG-System abzubilden.“ Auch wenn ärztliche Arbeit für die Patienten oft lebensrettend sei – „für Krankenhausträger ist es wichtiger, wenn die Leistung auch gut codiert wird.“ Denn nur dann komme die Klinik gut über die Runden.

Die Einführung der Diagnosis Related Groups sei ein seriöses Unterfangen, warb Prof. Herbert Rebscher. Mit einem Katalog von zunächst 650 Diagnosen sei das System 2003 gestartet. Erst freiwillige, dann verpflichtende Testläufe mit allen Krankenhäusern hätten dazu beigetragen, dass das System auf nun rund 1150 Positionen verfeinert sei. Und das deutsche DRG-System sei ein Erfolgsmodell: Es sei u. a. bereits in die Schweiz verkauft worden.

Dennoch gibt es Schwachstellen: Zwar seien Preise für Krankenhausleistungen nach DRG um vieles besser als das bisherige Preissystem, „bei dem es darum ging, wie viele Patienten um Mitternacht in den Betten eines Krankenhauses lagen“. Doch kranken die DRG-Preise daran, dass die Kosten für Fälle, die eigentlich „gleich“ sein sollten, erheblich variieren – bei manchen Fällen um bis zu 50 Prozent. Aus dem Verlauf des DRG-Rankings, so Prof. Reb-



Diskutierten über DRG: Prof. Dr. Herbert Rebscher (2. v. r.), Marburger-Bund-Landesverbandsvorsitzender Prof. Dr. Ingo Flenker (r.) und die Ärztekammer-Präsidenten Dr. Theodor Windhorst und Dr. Klaus Reinhardt (l.).

scher, lasse sich deshalb nichts zur Effizienz eines Krankenhauses sagen. Denn Krankenhäuser mit den niedrigsten Kosten seien nicht automatisch die effizientesten. Natürlich könne hohe Prozesseffizienz ein Grund für geringe Kosten sein. „Es kann aber auch sein, dass das Haus bei seinen Patienten Rosinenpickerei betreibt oder ganz einfach geringere Bereitstellungskosten hat.“ Umgekehrt könnten Häuser mit hohen Kosten schlichtweg Opfer ihres guten Rufes und exzellenter Behandlungsleistungen sein – wenn sie besonders schwierige und aufwändige Fälle anziehen.

Dem Problem der Varianz ist nicht ohne Weiteres beizukommen. Von einer weiteren Verfeinerung des Systems durch noch mehr, immer komplexere DRG-Positionen riet Prof. Rebscher ab. Besser wäre es, für die Bewertung eines Krankenhauses ein zusätzliches Instrument zu nutzen, das Qualität berücksichtigt. Obwohl sich dieses Instrument auf messbare Parameter beschränken werde – „und was ist dann mit den wichtigen, nicht messbaren Qualitätsfaktoren wie Zuwendung für die Patienten?“

DRG alleine, so Prof. Rebscher weiter, seien auch nicht als Grundlage für Entscheidungen zum „selektiven Kontrahieren“ geeignet. Zwar erwägt das Bundesgesundheitsministerium, für elektive Eingriffe den Zwang zu Verträgen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen aufzuheben. Doch die Betrachtung der DRG-Entwicklung reicht als Grundlage für die „Einkaufs-Entscheidung“ der Kostenträger nicht aus. Nicht einmal die Kenntnis der Fallzahlen lässt sichere Schlüsse auf die Qualität der Leistungen zu: Optimale Qualität, so haben Untersuchungen ergeben, erzielen Häuser, die eine mittlere Zahl bestimmter Behandlungen durchführen – bei zu vielen (Routine-)Fällen sinkt die Qualität wieder. „Selektives Kontrahieren ist ohnehin nur gut, wenn es der Verbesserung von Versorgungsangeboten für Patienten dient, nicht aber, um Anbieter aus dem Markt herauszukegeln.“

DRG seien keine Alleskönner, warnte Prof. Rebscher. „Wir haben jetzt ein gutes Entgeltssystem an der Hand. Wir sollten es aber nicht nutzen für Dinge, die es nicht kann.“

Der einzige Weg zu medizinischer Versorgung

Viele Wohnungslose sind auf aufsuchende Angebote angewiesen

von Klaus Dercks, Ärztekammer Westfalen-Lippe

Die medizinische Versorgung Wohnungsloser wird in immer mehr Städten in Nordrhein-Westfalen auf eine neue finanzielle Basis gestellt. Nach Essen, Köln, Münster und Bielefeld bietet nun auch Dortmund ein verbessertes Angebot für die Behandlung wohnungsloser Menschen. Ein Engagement, das dringend not tut: „95 von 100 Wohnungslosen haben sonst keine medizinische Versorgung. Das reicht als Begründung“, fasste Dr. Michael Schwarzenau, Hauptgeschäftsführer der Ärztekammer Westfalen-Lippe, die ersten Ergebnisse der



Vertreter zahlreicher nordrhein-westfälischer Kommunen informierten sich in Dortmund über erste Erfahrungen mit dem neuen Konzept zur medizinischen Versorgung Wohnungsloser. Foto: kd

DORTMUND

Angebot neu geordnet

Was lange währt: „Schon seit zehn Jahren versuchen wir, die Lücke zu schließen“, berichtete Dr. Annette Düsterhaus, Leiterin des Gesundheitsamtes der Stadt Dortmund, zum Start des Mobilen Dienstes im Rahmen des Umsetzungskonzeptes zur medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen. Jetzt ist der Knoten durchgeschlagen, die Finanzierung der medizinischen Versorgung gesichert. Rund 250 Patienten im Quartal erwartet das Gesundheitsamt: Um ihre Versorgung kümmert sich u. a. Martin Müller. Er sucht zusammen mit einer Krankenschwester Wohnungslose an Orten auf, an denen schon zuvor Hilfen angeboten werden.

„Dieses Projekt bietet die Möglichkeit, dort zu helfen, wo es wirklich nötig ist“, beschreibt der Chirurg seine Motivation zur Mitarbeit. Die Probleme seiner Patienten seien auf den ersten Blick zwar ähnlich dem, was es auch sonst in der Allgemeinarzt-Praxis zu sehen gebe. „Aber viele haben mit einer Suchtproblematik zu kämpfen, oft auch verbunden mit Infektionskrankheiten.“

Begleitforschung in den Pionier-Kommunen zusammen. Bei einer Fachtagung in Dortmund diskutierten Mediziner und über 60 Vertreter von Kommunen aus ganz NRW Stand und Möglichkeiten der Versorgung wohnungsloser Menschen – „alte Hasen“ und Interessenten für einen Neueinstieg tauschten sich aus.

Zwölf Jahre, nachdem die Ärztekammer erste Modellprojekte zur Versorgung Wohnungsloser mit angestoßen hatte, ist die Finanzierung dieser Versorgung nun auf ein solides Fundament gestellt (s. Kasten S. 17). „Aufsuchende Hilfeangebote gab es auch schon vorher“, erläuterte Heike Reinecke vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW. Doch seien diese Angebote chronisch finanzschwach ausgestattet gewesen. Unter Moderation des Ministeriums hätten sich vor zwei Jahren Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen und Kommunen zusammengefunden, um den besonderen Kostenbedarf der aufsuchenden Gesundheitsangebote aufzuteilen. Eine wichtige Aufgabe kommt der Ärztekammer Westfalen-Lippe zu: Sie übernimmt die Evaluation und betreut die Dokumentation des Versorgungsgeschehens.

„Der Charakter unserer Arbeit hat sich unter den neuen Voraussetzungen nicht geändert“, berichtete Dr. Sönke Behnsen. Der Arzt im ambulanten medizinischen Dienst des Gesundheitsamtes Köln zeigte sich sehr zufrieden mit den neuen Rahmenbedingungen. „Das Dokumentationssystem ist ein guter Kompromiss zwischen dem Datenbedarf für die Evaluation und den Daten, die für die Patientenversorgung ohnehin wichtig sind.“ Auch bleibe mehr Zeit für die Arbeit mit Patienten – die Aufgabe des Spendeneinwerbens ist nicht mehr so beherrschend wie früher.

Schwere Suche nach Ärzten

Aus der Sicht eines Trägers der Wohnungslosenhilfe betrachtete Bernhard Mülbrecht, Leiter des Hauses der Wohnungslosenhilfe in Münster, die neuen Rahmenbedingungen. „Die Arbeit eines Mobilen Dienstes bedeutet die qualitative Weiterentwicklung des Angebots“, bekräftigte er. Allein in den ersten beiden Quartalen seit Aufnahme des Dienstes seien in Münster rund 200 Patienten behandelt worden. Besondere Bedeutung hätten dabei pflegerische Angebote. „Schwer ist es

jedoch, Ärzte für einen solchen Dienst zu finden."

„Die Investition in die bessere Versorgung Wohnungsloser lohnt sich“, warb Tim Kähler, Beigeordneter der Stadt Bielefeld, um „Nachahmer-Städte“. Durch bessere Vernetzung und verstärkte Bemühungen sei in Bielefeld die Zahl der Unterbringungen von Wohnungslosen deutlich zurückgegangen. „Das hat zwischen 2004 und 2007 eine Million Euro eingespart.“

Dr. Wilfried Kunstmann von der Bundesärztekammer übernahm es, die ersten Ergebnisse der Evaluation aus vier Kommunen vorzustellen. Während Essen seit Oktober 2006 das Konzept zur Versorgung Wohnungsloser umsetzt, ist Köln seit April, Münster und Bielefeld seit Oktober 2007 dabei. In die Auswertung flossen Daten aus der Zeit von Oktober 2007 bis März 2008 ein.

In dieser Zeit wurden an den vier Projektstandorten 2025 Patienten versorgt, insgesamt gab es 9736 Patientenkontakte. Vier Fünftel der Patienten waren Männer, ein Fünftel Frauen. Ein vergleichsweise hoher Anteil: „Aufsuchende Dienste erreichen Frauen offenbar besser als herkömmliche Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe.“ Rund 84 Prozent der Patienten waren deutscher Staatsangehörigkeit, sechs Prozent stammten aus EU-Ländern. Auch hier zeige sich eine Stärke der mobilen Dienste, so Dr. Kunstmann: Sie erreichten mehr ausländische Wohnungslose als herkömmliche Institutionen.

Abhängigkeitserkrankungen sind allgegenwärtig

Bei 35 Prozent der Patienten der Mobilen Dienste stellte sich der Gesundheitszustand als schlecht oder sehr schlecht dar, bei immerhin 55 Prozent als mäßig: „90 Prozent der Patienten waren behandlungsbedürftig.“ Beim Erstkontakt mit dem Mobilen Dienst sei es in einem Fünftel der Fälle um Beratungsgespräche gegangen. In 72 Prozent der Fälle kam es zu einer Behandlung, jeder 100. Fall war ein Notfall. Akute Anlässe für den Kontakt mit dem Mobilen Dienst waren Abhängigkeitserkrankungen (25 %), gefolgt von Krankheiten der Haut (15 %), des Herz-Kreislauf-Systems (10 %) und des Atmungssystems (8 %). Ebenfalls in 8 % der Fälle waren Verletzungen und Vergiftungen zu behandeln. Ein deutlicher Unterschied zum Krankheitsbild der Wohnbevölkerung, in der Krankheiten

des Muskel-Skelett-Systems an der Spitze stehen.

Bei 82 Prozent der Patienten wurden als Dauerdiagnose Abhängigkeitserkrankungen festgestellt. Psychiatrische Erkrankungen und Verhaltensstörungen wurden in einem Fünftel der Fälle diagnostiziert. Und fast ebenso häufig stellten die Mitarbeiter der Mobilen Dienste Infektions- und parasitäre Erkrankungen fest.

Die Angebote des Mobilen Dienstes sind für die allermeisten Wohnungslosen offenbar die einzige Möglichkeit, Zugang zur medizinischen Versorgung zu erhalten. Nur 4,4 Prozent haben Kontakt zu einem Hausarzt. 94,3 Prozent sind ohne ärztliche Versorgung. Dabei ist nur bei etwa einem Viertel der Wohnungslosen der „Krankenversicherungsstatus ungeklärt“. Immerhin 48 Prozent sind bei der AOK versichert.

Ein Erstkontakt mit dem Mobilen Dienst ist nur selten der Auftakt für regelmäßige Arztkontakte. Bei 46 Prozent der Patienten bleibt es bei einem Besuch, 19 Prozent kommen zweimal, nur der Rest stellt sich häufiger dem Arzt vor. Noch schwieriger wird es, wenn die Patienten ins System der Regelversorgung weitervermittelt werden sollen. „Man kann nicht alles auf der Straße abklären“, erläuterte Dr. Kunstmann. „Umso wichtiger ist es, vernetzte Strukturen zu schaffen.“ Bei 40 Prozent der Patienten sei versucht worden, die Wohnungslosen im Verlauf ihrer Behandlung wieder an das Regelsystem „anzudocken“. Doch nur wenige blieben auch weiter Patienten im Regelsystem.

„Beim Umsetzungskonzept zur Versorgung wohnungsloser Menschen haben alle Beteiligten den Willen, die lokalen Bedingungen zu berücksichtigen und vorhandene Strukturen zu unterstützen“, erläuterte abschließend ÄKWL-Hauptgeschäftsführer Dr. Schwarzenau. Kommunen, die sich für solche Unterstützung interessierten, müssten allerdings zunächst darlegen, wie das Konzept lokal ausgestaltet werden könnte. „Das ist eine Bringeleistung.“ Sicher seien die allermeisten Kommunen in schwieriger finanzieller Lage. „Aber das Konzept für die medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen in NRW bringt alle Beteiligten dazu, Geld in die Hand zu nehmen. Deshalb muss jetzt bei den Kommunen das Bewusstsein dafür geschaffen werden, dass das Engagement für dieses Konzept eine gute Investition in die Zukunft ist.“ ■

ZUR SACHE

Umsetzungskonzept

Mit dem „Umsetzungskonzept zur medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen in NRW“ wird seit zwei Jahren die medizinische Erstversorgung behandlungsbedürftiger und nicht anderweitig versorgter Menschen verbessert. Hierzu werden so genannte Mobile Dienste eingerichtet – je ein Dienst für eine „Versorgungsregion“ in Städten mit mindestens 100.000 Einwohnern. Der Mobile Dienst soll aufsuchende Arbeit auf der Straße leisten, aber auch Versorgung in einem Ambulanzfahrzeug und Sprechstunden in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe anbieten. Je Quartal ist für die Kosten der Versorgung eines Patienten eine Pauschale von 157 Euro vorgesehen. Davon steuern die Kassenärztlichen Vereinigungen jeweils 40 Euro aus der Gesamtvergütung bei. Den Rest von 117 Euro übernehmen zu je einem Viertel Krankenkassen und KVen, zur Hälfte die teilnehmenden Städte und Kreise.