

Statement von Dr. Frank Ulrich Montgomery,  
Vizepräsident der Bundesärztekammer

## Kind und Karriere – beides muss für Ärztinnen und Ärzte möglich sein

*Ein Blick in den Stellenmarkt des Deutschen Ärzteblattes offenbart jede Woche aufs Neue, dass die Nachfrage nach Ärztinnen und Ärzten in Klinik und Praxis steigt. In vielen Regionen ist der Ärztemangel inzwischen eine tägliche Erfahrung mit gravierenden Folgen für die medizinische Versorgung. Patienten müssen lange auf Termine warten und weite Wege bis in die nächste Arztpraxis in Kauf nehmen. Aber auch in den Krankenhäusern bleiben viele Stellen unbesetzt, in einigen Abteilungen sogar bis zu 50 Prozent.*

*Wie aber passen die kontinuierlich steigenden Arztzahlen und der zunehmende Ärztemangel zusammen? Die Gründe sind vielfältig: So bedingen der medizinische Fortschritt und die demografische Entwicklung mehr Leistungen, und damit auch mehr Personal. Hinzu kommt – und deshalb ist das vorliegende Handbuch so wichtig –, dass die Medizin weiblich geworden ist. Das tut ihr ausgesprochen gut. Wir müssen uns aber darauf einstellen, dass Frauen oftmals andere Lebensperspektiven haben als Männer. Sie stellen sich intensiver familiären Aufgaben und das bedingt nun einmal, dass sie weniger Arbeit pro Zeiteinheit zur Verfügung stellen können. Vor diesem Hintergrund bedeutet der Anstieg des Frauenanteils in der Ärzteschaft von 33,6 Prozent im Jahr 1991 auf 42,2 Prozent im Jahr 2009 eine gewaltige Veränderung von zur Verfügung gestelltem Arbeitsvolumen. Das ist gesellschaftlich und familienpolitisch so gewollt.*

*Aber auch unsere männlichen Kollegen wollen sich noch mehr um ihre Familien kümmern, denn längst hat sich die Rollenverteilung von Müttern und Vätern verändert. Wurden wegen traditioneller Familienmodelle früher kaum Anstrengungen unternommen, die Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu fördern und die einseitige Verantwortlichkeit der Mütter aufzuheben, gilt es nun, auch Vätern gleichberechtigte Chancen auf die Wahrnehmung ihrer elterlichen Aufgaben zu eröffnen. Wir müssen deshalb sowohl für Ärztinnen, als auch für Ärzte eine – wie es neudeutsch heißt – ausgewogene Work-Life-Balance schaffen. Das bedeutet nichts anderes, als das wir es unseren jungen Kolleginnen und Kollegen ermöglichen müssen, sich auch mit Familie beruflich entfalten zu können. In weiten Teilen der Wirtschaft*

*hat bereits ein Umdenken in diese Richtung stattgefunden. Im Gesundheitswesen dauert dieser Prozess offenbar etwas länger. Vielen Klinikbetreibern wird erst allmählich klar, dass diejenigen, die die Vereinbarkeit von Familie und Beruf bewusst und aktiv fördern, einen deutlichen Standort- und Wettbewerbsvorteil haben, wenn es darum geht, qualifizierte Ärztinnen und Ärzte zu gewinnen. In dem vorliegenden Handbuch wird eindrücklich belegt, dass familienfreundliche Maßnahmen betriebswirtschaftliche Einsparpotentiale und positive ökonomische Kosten-Nutzen-Effekte bewirken und nicht – wie oft fälschlicherweise vermutet wird – Kosten verursachen. Zudem werden Kinderbetreuungsmodelle von Krankenhäusern und medizinischen Fakultäten vorgestellt, die zur Nachahmung einladen sollen.*

## Inhalt

### Statement

Kind und Karriere – beides muss für Ärztinnen und Ärzte möglich sein	1
--	---

### Praxis

Handbuch „Familienfreundlicher Arbeitsplatz für Ärztinnen und Ärzte – Lebensqualität in der Berufsausübung“ der Bundesärztekammer	2
Dramatischer Mangel an Fachkräften im Gesundheitssektor	6
Entwicklungen und Trends zum Rentenalter	7
Gewerblicher Güterverkehr vor neuen Herausforderungen	11
Zur Verteilung knapper medizinischer Güter	12

### Buchbesprechungen

Neue Bücher und Broschüren	9
----------------------------	---

### Impressum

16

Das sind Beispiele die Mut machen aber leider noch nicht die Lebenswirklichkeit in deutschen Kliniken abbilden. Warum wohl machen viele junge Ärztinnen und Ärzte, die mit viel Elan und großem Arbeitseinsatz ihr Studium erfolgreich beendet haben, einen großen Bogen um das Krankenhaus? Es sind auch die in unseren Kliniken zum Teil unzumutbaren Arbeitsbedingungen, die es unseren Kolleginnen und Kollegen erschweren, Familie und Beruf in Einklang zu bringen. Das wirkt abschreckend. Mittlerweile können wir Ärztinnen und Ärzte uns kaum mehr vorstellen, dass sich an diesen oft miserablen Arbeitsbedingungen noch etwas ändert. Im Gegenteil: Nach dem gerade vorgelegten Gesundheitsreport der Bundesärztekammer befürchtet mehr als die Hälfte der Mediziner, dass die Attraktivität des Arztberufes weiter abnehmen könnte. Das ist in Zeiten des Ärztemangels ein alarmierender Befund.

Das vorliegende Buch gibt die Richtung vor, in die wir gehen müssen, um junge Medizinabsolventen wieder für die Patientenversorgung zu begeistern. Mittlerweile wissen wir dabei auch die Politik auf unserer Seite. Dass es sich Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler nicht nehmen ließ, mit uns dieses Handbuch vorzustellen, belegt, welchen Stellenwert er dieser Thematik bei-

misst. Außerdem hat die Bundesregierung angekündigt, im kommenden Jahr nicht nur die ärztliche Bedarfsplanung neu gestalten zu wollen, sondern auch Anreize für Ärztinnen und Ärzte für eine Tätigkeit in der Patientenversorgung zu setzen. Wir unterstützen dabei die Politik nach Kräften. Hand in Hand arbeiten wir schon jetzt mit dem Gesundheitsminister an Konzepten, wie wir die Attraktivität des Arztberufes fördern können. Gemeinsam wollen wir verhindern, dass unsere jungen Kolleginnen und Kollegen in die Situation geraten, zwischen Kind und Karriere entscheiden zu müssen - nicht zuletzt deshalb, weil eine Gesellschaft des langen Lebens beides braucht, Kinder und hoch motivierte Ärztinnen und Ärzte in Klinik und Praxis.



Dr. Frank Ulrich Montgomery  
Vizepräsident der Bundesärztekammer

### Kurzfassung

# Handbuch „Familienfreundlicher Arbeitsplatz für Ärztinnen und Ärzte – Lebensqualität in der Berufsausübung“ der Bundesärztekammer

**Zielgruppe:** Dieses Handbuch ist vor allem an Medizinstudierende sowie an junge Ärztinnen und Ärzte gerichtet, die im Sinne der Work-Life-Balance Studium beziehungsweise Beruf und Familie miteinander vereinbaren möchten. Aber es ist auch hilfreich für Personalverantwortliche von Krankenhäusern, Universitätskliniken, medizinischen Versorgungszentren, Praxen und Kommunen, welche die Rahmenbedingungen für die ärztliche Berufsausübung qualitativ so gestalten wollen, dass der ärztliche Nachwuchs dort verbleibt. Dieses Handbuch zeigt die vielseitigen Ansätze zur Vereinbarkeit

von Familie und Beruf auf und macht deutlich, in wie vielen Bereichen es noch weiterer kreativer Umsetzung bedarf.

In der **Einleitung** wird darauf hingewiesen, dass wir in der Bundesrepublik Deutschland einen zunehmenden Ärztemangel haben, obwohl ausreichend viele Studierende im Fach Humanmedizin starten. Nur ca. 60 Prozent von ihnen werden nach dem Studium und der Approbation tatsächlich in der unmittelbaren Krankenversorgung tätig. Viel zu viele kehren den immer unattraktiver werdenden beruflichen Bedingungen den Rücken und wandern in andere

– oft deutlich besser bezahlte – Berufsfelder oder ins Ausland ab oder sind aufgrund der speziell in Deutschland immer noch sehr schlechten Vereinbarkeit von Beruf und Familie ungewollt gar nicht oder in Teilzeit berufstätig. Wir stehen in der Medizin vor einem Paradigmenwechsel: Ärztinnen und Ärzte unterscheiden sich immer weniger in ihren individuellen Karrierewünschen. Sie fordern einheitlich verlässliche Arbeitszeiten, angemessene Gehälter sowie eine bessere Vereinbarkeit von Berufs- und Familienaufgaben. Auch sind die Klinikträger sowie die Chefärztinnen und Chefärzte aufgrund

des zunehmenden Ärztemangels aufgerufen, mehr als bisher in die Personalentwicklung zu investieren.

**Das Kapitel 2 „Gesellschaftliche Normen: Erschwernisse der Work-Life-Balance berufstätiger Mütter und Väter“** geht auf gesellschaftliche Rollenbeschreibungen genauer ein. Aufgrund der gesellschaftlichen Rollenzuschreibungen von Müttern und Vätern in Deutschland und dem Festhalten an traditionellen Familienmodellen, wurden früher keine ausreichenden Anstrengungen unternommen, die Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu fördern und die einseitige Verantwortlichkeit der Mütter aufzuheben. Ein diesbezügliches Umdenken hat zuerst in der Wirtschaft und im Bankenwesen stattgefunden. Nun wird es auch im Gesundheitswesen als notwendig anerkannt. Die Politik – namentlich die ehemalige Bundesfamilienministerin und Ärztin, Dr. Ursula von der Leyen – konzipierte u. a. das 2007 eingeführte Elterngeld und die Verpflichtung zum Ausbau der Kinderkrippen. Nun gilt es, auch Ärzten als Väter in der Realität gleichberechtigte Chancen auf die Wahrnehmung ihrer elterlichen Aufgaben zu eröffnen.

**Das Kapitel 3 „Unternehmenskultur: Leitbild und Führungsverhalten** macht deutlich, dass Arbeitgeber, die die Vereinbarkeit von Familie und Beruf bewusst und aktiv fördern, einen deutlichen Standort- und Wettbewerbsvorteil haben, wenn es darum geht, qualifizierte Ärztinnen und Ärzte zu gewinnen und an ihr Klinikum zu binden. Die Gesundheitswirtschaft ist eine der wenigen verbliebenen Wachstumsmärkte. In der Gesundheitsbranche mit einem Gesamtumsatz von rund 270 Milliarden Euro jährlich sind derzeit 4,6 Millionen Beschäftigte tätig, darunter 153.799 Krankenhausärzte und 138.330 niedergelassene Ärzte, die wiederum Arbeitsplätze für rund 320.000 Arzthelferinnen / Medizinische Fachangestellte stellen. Jeder neunte Arbeitsplatz in Deutschland ist inzwischen in der Gesundheitswirtschaft angesiedelt. Es besteht aber eine man-

gelnde Wertschätzung gegenüber den Leistungserbringern. Die Vernachlässigung des Faktors Mensch im Gesundheitswesen manifestiert sich in einer stetig sinkenden Zufriedenheit sowohl auf Seiten der Patienten als auch auf Seiten der Ärztinnen und Ärzte, mit der Folge von ärztlicher Unterversorgung in der Fläche und Engpässen bei der Besetzung von Weiterbildungsstellen auch in den Krankenhäusern der Ballungsgebiete. Die Bundesärztekammer hat 2007 ein Curriculum „Ärztliche Führung“ herausgegeben, mit dem neue Impulse für die Entwicklung ärztlicher Führungskräfte gegeben werden. Es basiert auf der Einsicht, dass medizinische Fachkompetenz die notwendige Voraussetzung darstellt, den Arztberuf auszuüben, aber nicht ausreicht, um unter den heutigen Rahmenbedingungen eine Führungsposition zu meistern oder auch nur Arbeitszufriedenheit zu erreichen. Neben der Vermittlung von Managementwissen, das zum Verständnis der Sachebene medizinischer Versorgung und das Führen von Versorgungseinrichtungen notwendig ist, legt das Curriculum deshalb besonderes Gewicht auf die „weichen Faktoren“ von Führung, die gemeinhin mit „Soft Skills“ assoziiert werden, eigentlich aber umfassender als Sozialkompetenz und Reflexion der eigenen Rolle auf der Beziehungsebene von Führungsaufgaben verstanden werden sollten.

**Im Kapitel 4 „Kinderbetreuung: Situation in Deutschland – Umfrageergebnisse und Umsetzungskonzepte“** werden Umfrageergebnisse des Deutschen Ärztinnenbundes (DÄB), des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI), der Kommission Klinika der Bundeskonferenz der Frauen- und Gleichstellungsbeauftragten an Hochschulen sowie das Umsetzungskonzept des Staatsministeriums für Soziales des Freistaates Sachsen vorgestellt. Die Umfrageergebnisse dokumentieren die derzeitige Situation in den Krankenhäusern und in den medizinischen Fakultäten. Um zielgerichtete Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Fami-

lie und Beruf ergreifen zu können, ist eine Bestandsaufnahme zur Kinderbetreuungssituation in Klinik und Praxis eine gute Planungsgrundlage.

**Im Kapitel 5 „Krankenhaus: Familienfreundliche Arbeitsbedingungen“** wird aufgezeigt, dass Krankenhäuser in besonderem Maße hierarchisch strukturierte Organisationen mit einer physisch und psychisch stark belastenden Arbeitskultur – gekennzeichnet vom Anspruch an eine fast permanente berufliche Verfügbarkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind. Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf bleibt bei solchen Arbeitsstrukturen zwangsläufig auf der Strecke. Viele Klinikbetreiber haben es in der Vergangenheit versäumt, ihre Arbeitsstrukturen den veränderten Bedürfnissen ihrer Mitarbeiter anzupassen. Damit dies geschehen kann, muss geklärt werden, was unter einem familienfreundlichen Krankenhaus zu verstehen ist und wie ein Krankenhaus in diesem Sinne umzustrukturieren ist. Es müssen krankenhausspezifische Anforderungen und Realitäten analysiert, passgenaue Handlungsfelder identifiziert und ein Bündel von Maßnahmen umgesetzt werden. Dabei sind zwei Faktoren von grundsätzlicher Bedeutung: Familienfreundlichkeit muss als Teil der Unternehmenskultur verstanden werden. Ferner erfordern familienfreundliche Strukturen die Erarbeitung eines systematischen Gesamtkonzepts. In diesem Konzept sollen auf Lebensphasen zugeschnittene Arbeitszeitmodelle und das Vorhalten von Kinderbetreuung vorgesehen werden.

**Im Kapitel 6 „Krankenhaus: Exemplarische Kinderbetreuungsmodelle“** werden Kinderbetreuungsmodelle von Krankenhäusern und medizinischen Fakultäten vorgestellt, die zur Nachahmung einladen sollen. Zudem wird in diesem Kapitel eindrücklich belegt, dass familienfreundliche Maßnahmen betriebswirtschaftliche Einsparpotentiale und positive ökonomische Kosten-Nutzen-Effekte bewirken und nicht – wie oft fälschlicherweise vermutet – Kosten verursachen.

Im **Kapitel 7 „Ambulanter Sektor: Familienfreundlicher Arbeitsplatz“** wird insbesondere darauf hingewiesen, dass bereits einzelne Gemeinden wenigstens für die Wochenenden und die Feiertage Notdienstzentralen / Bereitschaftsdienstzentralen bereit halten, in denen Ärztinnen und Ärzte im Bereitschaftsdienst ihren Dienst in Schichten verrichten und damit die Präsenzpflcht der Niedergelassenen übernehmen. In diesen Regionen ist ein ungestörtes Privatleben an den Wochenenden und Feiertagen möglich. In den Notdienst- bzw. Bereitschaftsdienstzentralen können die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte selbst Dienste übernehmen, müssen dies aber nicht. Meist werden sie dann nur noch für Hintergrunddienste am Wochenende und an Feiertagen eingeteilt, was umso seltener der Fall ist, je größer die Vertretungsgruppe ist. Es ist sogar möglich, sich von diesen Hintergrunddiensten befreien zu lassen, indem andere Niedergelassene diese Hintergrunddienste übernehmen und dafür einen bestimmten, von der Gemeinschaft selbst festgelegten Bonusbetrag erhalten. Somit ist es möglich, die eigene vertragsärztliche Präsenzpflcht lebensphasenorientiert anzupassen und damit die Lebensqualität im Gleichgewicht zu halten.

Im **Kapitel 8 „Ambulanter Sektor: Kinderbetreuungsmöglichkeiten“** wird festgestellt, dass Kinderbetreuung für Ärztinnen und Ärzte im niedergelassenen Bereich nach wie vor überwiegend individuell organisiert werden muss. Die verschiedenen Modelle der Betreuung durch Tagesmütter – sei es im eigenen Haushalt oder im Haushalt einer Tagesmutter – sind sicherlich die Möglichkeit der ersten Wahl. Für Arztpraxen, Ärztehäuser oder Medizinische Versorgungszentren, in denen mehrere Ärztinnen und Ärzte und nichtärztliches Personal mit Elternpflichten tätig sind und damit die Betreuung mehrerer Kinder sichergestellt werden muss, bietet sich möglicherweise sogar ein Zusammenschluss der dort tätigen Erziehungsberechtigten an.

Das **Kapitel 9 „Familienbewusste Unternehmensführung: Den eigenen Weg finden“** legt besonderes Gewicht auf die Vorstellung von praktischen Umsetzungskonzepten zur Familienfreundlichkeit. Es wird das Unternehmensnetzwerk „Erfolgsfaktor Familie“ vorgestellt, das durch gezielte Informationen bei der Umsetzung familienfreundlicher Strukturen im Unternehmen behilflich ist und den Erfahrungsaustausch zwischen den Unternehmen fördert.



Im **Kapitel 10 „Lokale Bündnisse für Familie: Bessere Chancen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf“** wird dargelegt, dass sich die Bündnisse an den unmittelbaren Bedürfnissen der Menschen vor Ort in der Kommune orientieren. Die Bandbreite an Themen und Aufgaben ist groß. Lokale Bündnisse sind Kontaktplattform und Umsetzungsmotor für Vereinbarungen, Maßnahmen und konkrete Projekte. In Lokalen Bündnissen für Familie arbeiten daher Politik und Verwaltung, Wirtschaft und Gewerkschaften, Ärztinnen und Ärzte sowie Kliniken, freie Träger, soziale Einrichtungen, Kirchengemeinden und Initiativen gemeinsam daran, Rahmenbedingungen für Familien vor Ort konkret und ergebnisorientiert zu gestalten. Eine eindrucksvolle Erfolgsbilanz bilden bundesweit über 600 Lokale Bündnisse und etwa

5.200 Projekte für mehr Familienfreundlichkeit. Mehr als 13.000 institutionelle Akteure, darunter 5.000 Unternehmen und eine Vielzahl von Kliniken und Ärzten sind in Lokalen Bündnissen engagiert.

Im **Kapitel 11 „berufundfamilie – Zertifizierung von familienfreundlichen Einrichtungen im Gesundheitswesen“** wird das Zertifizierungsinstrument für familienfreundliche Einrichtungen audit berufundfamilie vorgestellt, das seit über einem Jahrzehnt existiert. Die berufundfamilie gGmbH wurde 1998 von der Gemeinnützigen Hertie-Stiftung gegründet, um alle Aktivitäten der Stiftung im gleichnamigen Themenfeld zu bündeln. Ihr zentrales Angebot an Arbeitgeber ist das audit berufundfamilie – ein strategisches Managementinstrument, welches maßgeschneiderte, gewinnbringende Lösungen zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie bereithält. Die Liste der zertifizierten Unternehmen ist im Internet einsehbar. Es haben sich immerhin 80 Unternehmen in der Gesundheitsbranche und 108 Hochschulen zertifizieren lassen.

Im **Kapitel 12: „Fazit und Ausblick“** werden Lösungsansätze aufgeführt. Es wird festgestellt, dass es der Initiative der Politik, der Unternehmen und der ärztlichen Selbstverwaltung bedarf, um Familienfreundlichkeit für Ärztinnen und Ärzte flächendeckend einzuführen.

Die Initiative „Lokale Bündnisse für Familie“, das Unternehmensnetzwerk „Erfolgsfaktor Familie“ sowie das „audit berufundfamilie“ werden begrüßt. Für den Aufbau von Rahmenbedingungen, die Beruf und Familie vereinbaren lassen, wird eine gesetzliche und finanzielle Unterstützung durch die Politik notwendig. Es müssen flexible, verlässliche und familienfreundliche Arbeits- und Teilzeitmodelle regelhaft und flächendeckend etabliert werden. Ebenso muss die Vereinbarkeit durch Flexibilität und Planbarkeit von Arbeitszeit sichergestellt werden. Eine Erhöhung der finanziellen Ausstattung



von Universitäten und Lehrkrankenhäusern zum Aufbau und Erhalt von familienfreundlichen Strukturen für die Ausbildung der Medizinstudentinnen und Medizinstudenten, für die Weiterzubildenden, für die wissenschaftlich tätigen Ärztinnen und Ärzte sowie für weiteres Personal muss vorgesehen werden, ebenso eine Erhöhung der finanziellen Mittel für Krankenhäuser und andere Institutionen, um familiengerechte Strukturen insbesondere für Ärztinnen und Ärzte, die sich in Weiterbildung befinden, sowie für Fachärztinnen und Fachärzte zu schaffen und zu unterhalten. Die kommunalen familienfreundlichen Infrastrukturen müssen durch u. a. finanzielle Unterstützung für die in ambulanten Praxen, Medizinischen Versorgungszentren etc. tätigen Ärztinnen und Ärzte gestärkt werden. Dabei sind insbesondere die spezifischen Erfordernisse in ländlichen Gebieten im Bezug auf bedarfsgerechte familienfreundliche Rahmenbedingungen zu berücksichtigen. Zudem ist eine generelle Einrichtung und Vorhaltung von Ganztagschulen sowie eine ausreichende Anzahl von qualitativ hochwertigen Krippen-, Kindergarten- und Hortplätzen anzustreben. Auch die Übernahme von vorbildlichen und bewährten Konzepten aus dem Ausland, zum Beispiel aus Skandinavien, muss vorangetrieben werden.

*Arbeitgeber* sowie Führungskräfte in der Gesundheitsbranche müssen Familienfreundlichkeit als Teil der Unternehmenskultur verstehen. Nachhaltige Verankerung familienfreundlicher Strukturen erfordert die Erarbeitung eines systematischen Gesamtkonzepts, das sukzessive umgesetzt werden muss. Ferner sollen Wiedereinstiegs- und Kontakthalteprogramme zur Stärkung der Mitarbeiterbindung während der Elternzeit und zur Steigerung der Rückkehrerquote vorgehalten werden und Unterstützungsangebote, wie aktive Beratung, Angebot von haushaltsnahen Dienstleistungen, Gewährung von Sonderurlaub aus familiären Gründen oder Tagesmutter-service angeboten werden.



Vorstellung des Handbuchs der Bundesärztekammer „Familienfreundlicher Arbeitsplatz für Ärztinnen und Ärzte – Lebensqualität in der Berufsausübung“ im Bundesministerium für Gesundheit in Berlin: Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler, Frau Dr. Annegret Schoeller, Herr Dr. Frank Ulrich Montgomery (v.l.n.r.)

Das Engagement der *ärztlichen Selbstverwaltung* soll sich in allen Bereichen der Ausbildung und ärztlicher Berufstätigkeit verstärkt auf die Aspekte „Wertschätzung von Familienkompetenz“ und „Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Privatleben“ ausrichten und weiterhin für eine familienfreundliche und genderechte Medizin eintreten. Das Instrument der Führungskompetenz ist mit Hilfe des Curriculums „Ärztliche Führung“ weiter auszubauen und zu stärken. Die Kongress- und Gremienkultur der ärztlichen Organisationen ist zu überprüfen, die bisher dazu führt, dass nur selten ein Wochenende dem Familienleben zur Verfügung steht. Die Weiterbildungsordnung sollte – soweit fachlich, sachlich und europarechtlich möglich – so weiterentwickelt werden, dass die Vereinbarkeit auch mit mehreren Kindern für ärztlich tätige Eltern gewährleistet ist. Auch ist weiterhin Versorgungsforschung erforderlich, wie es auch der „Report Versorgungsforschung“ der Bundesärztekammer deutlich macht.

Das **Kapitel 14** beinhaltet „**Checklisten/Anforderungsprofile für familienfreundliche Einrichtungen**“, die auf die besonderen Bedürfnisse von Ärztinnen und Ärzten eingehen im Krankenhaus: Checkliste „Das familienfreundliche Krankenhaus“, in der

Niederlassung: Checkliste „Die familienfreundliche Niederlassung“ und von Studierenden: Checkliste „Medizin studieren mit Kind“. Die Anwendung dieser Checklisten macht Familienfreundlichkeit in diesen Einrichtungen und in den Kommunen transparent. Ärztinnen und Ärzte können diese Checklisten nutzen, um den für sie geeigneten Arbeitsplatz zu identifizieren, an dem Familie und Beruf gut vereinbar sind. Arbeitgeber können anhand der Checklisten überprüfen, ob sie für ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Vereinbarkeit von Familie und Beruf bewusst und aktiv fördern. Wenn sie dies etabliert haben, haben sie deutliche Standort- und Wettbewerbsvorteile, insbesondere wenn es darum geht, qualifizierte Ärztinnen und Ärzte zu gewinnen und an ihr Klinikum zu binden.

Im **Kapitel 15 „Krankenhäuser mit familienfreundlichen Einrichtungen“** werden Krankenhäuser aus allen Bundesländern gemäß ihren Angaben vorgestellt, die bereits Kinderbetreuung für drei verschiedene Altersgruppen vorhalten: bis 3 Jahre, bis 6 Jahre und bis 10 Jahre. □

Dr. Annegret Schoeller

# Dramatischer Mangel an Fachkräften im Gesundheitssektor

Die zunehmende Arbeitsbelastung der verbliebenen Fachkräfte ist vorprogrammiert. Der sich abzeichnende Fachkräftemangel im Gesundheitswesen macht einen grundlegenden Umbau des Systems unvermeidlich.

Bereits 2020 werden in Deutschland bezogen auf Vollzeitstellen fast 56.000 Ärzte sowie 140.000 Pflege- und andere nicht-ärztliche Fachkräfte fehlen. Bis 2030 droht die Personallücke in der Gesundheitsversorgung sogar auf über 950.000 Fachkräfte anzuwachsen, wie aus einer Studie der Wirtschaftsprüfungs- und Beratungsgesellschaft PwC zusammen mit dem Darmstädter WifOR-Institut, einer Ausgründung des Lehrstuhls von Prof. Bert Rürup, hervor geht. Dabei ist der Personalbedarf in der Altenpflege nicht einmal berücksichtigt.

Die PwC-Studie wurde am 20. Oktober 2010 vorgestellt. Wesentliche Aussagen der Studie sind: Ohne Reformen bleiben vier von zehn Arztstellen unbesetzt. Pflegenotstand lässt sich nur durch Zuwanderung aus dem Ausland abwenden. Parallele ambulante und stationäre Versorgung ist nicht zukunftsfähig.

## Ursache des Fachkräftemangels

Verantwortlich für den Fachkräftemangel ist in erster Linie der demografische Wandel. Die Alterung der Gesellschaft lässt die Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen steigen. Gleichzeitig gehen in den kommenden Jahren immer mehr Fachkräfte in den Ruhestand, ohne dass ausreichender Nachwuchs zur Verfügung steht.

Der Fachkräftemangel ist bei Weitem größer, als befürchtet wurde. Wenn keine Gegenmaßnahmen getroffen werden, werden sich die Wartezeiten

beim Hausarzt bis 2030 verdoppeln. In den Krankenhäusern werden die Schwestern dann durchschnittlich 60 Stunden in der Woche arbeiten müssen, wenn die Versorgungsqualität nicht absinken soll.

Der prognostizierte Personalmangel im Jahr 2030 würde nicht nur zu einer katastrophalen Versorgungssituation der Patienten und dramatischen Überlastung der verbliebenen Fachkräfte führen, sondern auch erhebliche volkswirtschaftliche Kosten verursachen. Den Berechnungen zufolge geht der Gesamtwirtschaft bis 2030 auf Grund des Fachkräftemangels eine Wertschöpfung in Höhe von 35 Milliarden Euro verloren.

Für die Studie „Fachkräftemangel im Gesundheitswesen“ hat WifOR im Auftrag von PwC mehr als 20 Millionen Datensätze zu Arbeitsmarkt, Altersstruktur und Ausbildungsentwicklung der ärztlichen und nicht-ärztlichen Fachkräfte im Gesundheitswesen analysiert und bis zum Jahr 2030 fortgeschrieben.

## MVZ statt Praxis und Klinik

Da ambulante und stationäre Einrichtungen auf dem Arbeitsmarkt künftig um immer weniger Fachkräfte konkurrieren, lässt sich die gegenwärtige parallele Versorgungsstruktur nicht aufrecht erhalten. Ohne Änderungen im System bliebe 2030 etwa jede dritte Arztstelle in Kliniken unbesetzt, in Praxen sogar jede zweite. Vor allem in ländlichen Gebieten sollten daher Medizinische Versorgungszentren (MVZ) unterschiedlichster Trägerschaft ausgebaut werden, um Krankenhäuser und Einzelpraxen zu ersetzen. Die Versorgung in der Fläche könnten Landärzte



## Kontakt

Dr. med. Annegret E. Schoeller  
FÄ für Arbeitsmedizin / Umweltmedizin  
Bereichsleiterin Arbeitsmedizin  
im Dezernat V  
Bundesärztekammer, Berlin

übernehmen, die gezielt finanziell gefördert werden.

Auch bei den nicht-ärztlichen Fachkräften ist eine gravierende Unterversorgung absehbar. Im Jahr 2030 werden mehr als 200.000 Sprechstundenhilfen und über 45.000 Laborkräfte fehlen. Dramatisch ist die Entwicklung im Pflegebereich. Fehlen hier bereits im Jahr 2020 über 174.000 Krankenschwestern, -pfleger und Hilfspflegerkräfte, werden es 2030 annähernd 480.000 zu wenig sein.

Mehr Geld wird es für das Gesundheitssystem insgesamt nicht geben. Um die Herausforderungen dennoch bewältigen zu können, müssen die vorhandenen Ressourcen intelligenter eingesetzt werden.

## Strategie:

### Ausländische Fachkräfte

Um einen Pflegenotstand abzuwenden, ist das deutsche Gesundheitssystem auf zusätzliche Pflegekräfte aus dem Ausland angewiesen. Allerdings wird die Erleichterung von Einreise- und Arbeitserlaubnisbestimmungen allein nicht dazu führen, dass mehr ausländische Pflegerinnen und Pfleger kommen. Vielmehr müssen sich auch Bezahlung und Arbeitsbedingungen verbessern, damit Deutschland im zu erwartenden internationalen Wettbewerb um Pflegekräfte mithalten kann.

Der Deutsche Pflegerat warnt jedoch davon, nur auf diese eine Strategie zu setzen, Fachkräfte aus dem Ausland anzuwerben. Dies könne sich als fataler Irrweg erweisen. Ausländische Fachkräfte fänden innerhalb der EU und weltweit wesentlich bessere Arbeitsbedingungen als in Deutschland vor. Gerade aus diesem Grund suchen zunehmend hoch qualifizierte Pflegekräfte aus Deutschland ihr zukünftiges berufliches Tätigkeitsfeld in anderen Staaten.

### Effiziente Strukturen, attraktive Arbeitsbedingungen

Um den drohenden Fachkräftemangel zu vermeiden oder wenigstens abzumildern, muss einerseits die Beschäftigung im Gesundheitswesen attraktiver werden. Andererseits gilt es, die Versorgung effizienter zu machen, um den Personalbedarf zu verringern. Die engere Verzahnung von stationärer und ambulanter Versorgung beispielsweise könnte nicht nur Wartezeiten verkürzen, sondern auch Doppeluntersuchungen vermeiden. So würden weniger personelle und finanzielle Ressourcen gebunden.

Dabei können effizientere Strukturen durchaus einen Beitrag zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen leisten. So würde die konsequente Umstellung auf die elektronische Krankenakte nicht nur den Informationsfluss beschleunigen, sondern zudem Ärzte von zeitraubenden und vielfach als lästig empfundenen Verwaltungs- und Dokumentationsaufgaben befreien.

Allerdings gibt es auch vielfältige Ansatzpunkte für eine direkte Verbesserung der Arbeitsbedingungen. Handlungsbedarf besteht beim Thema Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Bislang ist Teilleitarbeit im Gesundheitswesen die häufigste Antwort auf die Doppelbelastung durch Arbeit und familiäre Pflichten. Sinnvoller wäre jedoch der Ausbau von Betreuungsmöglichkeiten, um das Fachkräftepotenzial insbesondere bei Frauen besser auszuschöpfen.

### Herausforderung auch an die Arbeitsmedizin

Es wird in der Studie empfohlen, neben dem Anwerben von ausländischen Fachkräften auch mit einer weiteren Erhöhung der Frauenerwerbstätigkeit

dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken. Dazu müssen flexible Arbeitszeitmodelle eingeführt und eine verbesserte Kinderbetreuung angeboten werden. Nicht zuletzt müssen Staat und Arbeitgeber auch auf eine Verlängerung der effektiven Lebensarbeitszeit hinwirken. Insbesondere im Pflegebereich müssen Arbeitsabläufe und -organisation optimiert werden, um gesundheitsbedingte Frühverrentungen und Arbeitsunfähigkeiten so weit wie möglich zu vermeiden. Hierbei sind insbesondere auch Arbeitsmediziner und Betriebsärzte gefordert, so die Einschätzung der Autorin. □

Dr. Annegret Schoeller

#### Quellen

Die Studie „Fachkräftemangel im Gesundheitswesen“ vom Oktober 2010 von PwC und WifOR finden sich im Bereich „Gesundheitswesen und Pharma“ <http://www.pwc.de/portal/pub>  
Der Deutsch Pflegerat <http://www.deutscher-pflegerat.de>

## Entwicklungen und Trends zum Rentenalter

### Europaweite Tendenz: steigend

Rentner werden immer älter, und das meint neuerdings nicht nur, sie leben länger, sondern es dauert wahrscheinlich künftig länger, bis der bezahlte Ruhestand erreicht wird. Um diesen zu finanzieren, wurden Angaben von Eurostat zufolge in den alten EU-Staaten (EU 15) im Durchschnitt 12,6% des Bruttoinlandsprodukts (BIP) aufgewendet.

Was die entwickelten Länder betrifft, so werden Europa und Japan die ausge-

prägtesten Überalterungstrends bis zum Jahr 2050 erleben. Der Bevölkerungsanteil der über 60jährigen wird in Europa etwa 37% betragen und in Japan noch höher sein, im Vergleich zu nur 27% in Nordamerika, wo das Bevölkerungswachstum weiterhin relativ stark bleiben wird. Innerhalb der Altersgruppe der über 60jährigen wird es zudem einen beträchtlichen Anstieg der Zahl der Hochbetagten geben, d.h. der über 80jährigen. Während die Hochbetagten

heute ca. 3% der europäischen Bevölkerung ausmachen, wird sich ihr Anteil in elf der alten EU-Staaten (EU 15) bis 2050 auf mind. 10% belaufen.

### Umbruch der Überalterung der Gesellschaften?

im Wesentlichen resultiert die Überalterung der Gesellschaft aus sinkenden Geburtenraten und einer gestiegenen Lebenserwartung. Eine weitere Ursache

ist der sog. Baby-Boom, der zu großen zahlenmäßigen Unterschieden zwischen den Altersgruppen geführt hat. Die Überalterung wird zwar in den kommenden Jahrzehnten ein allgegenwärtiger Trend werden, doch gibt es eine große Variationsbreite in Bezug auf den zeitlichen Verlauf und die Geschwindigkeit des demographischen Wandels, die wirtschaftlichen und sozialen Zusammenhänge und die Einstellung gegenüber damit verbundenen Herausforderungen.

### Wie lange arbeiten Europäer ?

#### Übersicht über tatsächliches Rentenalter 2008, gesetzliches Rentenalter 2009 und gesetzliches Rentenalter ab 2020

Land	tatsächliches Renteneintrittsalter 2008	Ges. Rentenalter 2009 (Männer / Frauen)	Ges. Rentenalter ab 2020 (Männer / Frauen)
Belgien	61,6 <sup>1)</sup>	65	–
Bulgarien	61,5	63/60	–
Dänemark	61,3	65	67+ geplant
Deutschland	62,3 <sup>2)</sup>	65	65,9 <sup>7)</sup>
Estland	62,1	63/61	63/63
Finnland	61,6 <sup>1)</sup>	65 <sup>6)</sup>	–
Frankreich	59,3	60	62 geplant
Griechenland	61,4	65/60 <sup>3)</sup>	65/65
Großbritannien	63,1	65/60	68/68
Irland	64,1	65	68
Italien	60,8	65/60	65/65 geplant
Lettland	62,7	62	–
Litauen	59,9 <sup>4)</sup>	62,5/60	65/65
Luxemburg	59,4	65	–
Malta	59,8	61/60	65/65
Niederlande	63,2	65	67 geplant
Österreich	60,9 <sup>1)</sup>	65/60	65/65
Polen	59,3 <sup>1)</sup>	65/60	–
Portugal	62,6 <sup>1)</sup>	65	–
Rumänien	55,5	63,6/58,6	65/65 geplant
Schweden	63,8	64	–
Slowenien	59,8 <sup>4)</sup>	63/61	65/65 geplant
Slowakei	58,7 <sup>1)</sup>	62/59	62/62
Spanien	62,6	65	67 geplant
Tschechische Republik	60,6	62/60,6	65/65
Ungarn	59,8	62/60	65/65
Zypern	63,5 <sup>1)</sup>	65	–
Schnitt EU 27	61,4		

**Tabelle:** 1) 2007, 2), 2009; 3) seit Juli 2010, davor lag es bei 60, 4) 2006, 5) Variiert bei Frauen je nach Anzahl der Kinder, 6) je nach Rente 63 und 68, 7) steigt bis 2030 auf 67

### Franzosen arbeiten nur bis 59 Jahren

Bis 63 Jahre arbeiten die wenigsten EU-Bürger. Nicht nur das gesetzlich vorgeschriebene Rentenalter liegt in anderen EU-Staaten vielfach unter dem deutschen, sondern auch das tatsächliche. Im Schnitt scheiden Europäer mit 61,4 Jahren aus dem Berufsleben. 2001 lag der Durchschnittswert bei 59,9 Jahren. Zum Vergleich: Die Deutschen kamen 2009 im Schnitt nur auf 62,3 Jahre, bevor sie sich aus dem Berufsleben verabschieden.

### Rentenalter mit 67 Jahren

Seit einem Monat sammelt die EU-Kommission Vorschläge für ein stabileres Rentensystem in Europa. Sie will herausfinden, wie sich die Alterseinkünfte absichern lassen. Eine einheitliche europäische Rentenkasse soll es zwar nicht geben, aber ein gemeinsames Konzept. Experten ist längst klar, dass es nur zwei Wege aus der Rentenmisere gibt, die längst europäische Dimensionen hat. Wollen die Europäer dem Armutsrisiko im Alter entkommen, müssten sie höhere Rentenbeiträge zahlen oder mehr und länger arbeiten, sagte der zuständige EU-Kommissar Laszlo Andor. „Die aktuelle Situation ist nicht tragbar.“

Im Hinblick auf das Rentenalter zeichnet sich innerhalb der Europäischen Union eine gewisse Übereinstimmung ab. Auf 67 Jahre soll es in Deutschland steigen. Deutschlands Rente mit 67 Jahren gilt als Vorbild für Europa. Die Mitgliedstaaten haben ähnliche Reformvorschläge geplant wie die Bundesrepublik oder bereits eingeleitet. Deutschlands Rente mit 67 findet Nachahmer wie etwa die Niederlande, Spanien oder Dänemark. Briten und Iren setzen ab 2020 sogar noch eines drauf: Dann gilt für Männer wie Frauen jenseits des Ärmelkanals die Rente mit 68. Aber auch die EU-Kommission sieht in längere Lebensarbeitszeiten einen Lösungsweg, der demografischen Herausforderung zu begegnen.

### Reaktionen auf Anhebung des Rentenalters

In Belgien führte die Regierungsabsicht, die Grenze für den Vorruhestand zu erhöhen, im Oktober 2005 sogar zum Generalstreik, in Österreich kam es vor 3 Jahren wegen der vorgesehenen schrittweisen Anhebung des Rentenalters und Abschaffung der Frühpensionierung zum größten Streik seit über 50 Jahren. Vor einigen Wochen gab es massive Proteste in Frankreich.



Der französische Präsident Sarkozy beabsichtigt das Rentenalter von 60 Jahren auf 62 Jahre anzuheben. Dies ruft seit einigen Wochen Massenproteste in Frankreich hervor. Frankreichs Regierung greift durch gegen die Gegner ihrer Rentenreform: Sämtliche Blockaden vor Tanklagern wurden aufgelöst - Präsident Sarkozy hat der Polizei einen entsprechenden Befehl erteilt. In den Protest mischt sich aber auch zunehmend eine allgemeine Unzufriedenheit mit der Regierung. Die Zeitung „Liberation“ veröffentlichte am Mittwoch, 20. 10. 2010 eine Umfrage, wonach sich 79 Prozent der Befragten einen Dialog der Regierung mit den Gewerkschaften wünschen. Einen Tag vor der erwarteten Abstimmung im Senat über das Reformwerk gingen die Proteste unterdessen weiter. Die Bevölkerung in der Europäischen Union ist aufgebracht, aber die Notwendigkeit, das Renteneintrittsalter zu erhöhen ist angesichts der demographi-

schen Entwicklung unbestreitbar. Es ist nur die Frage bis zu welchem Alter erhöht werden muss. Hier muss noch viel Aufklärungsarbeit geleistet werden.

### Renteneintritt mit 70 Jahren ?

Die Europäische Kommission hatte schon in ihrer im Februar vorgestellten Strategie „Europa 2020“ auf die dramatischen Folgen des demographischen Wandels verwiesen. Dauere der aktuelle Trend an, kämen in der EU im Jahr 2060 auf jeweils einen über 65 Jahre alten Bürger nur zwei arbeitende Menschen; derzeit liege das entsprechende Verhältnis noch bei 1 zu 4. In den kursierenden Entwürfen des EU Grünbuchs sind weitere Berechnungen enthalten: Demnach könnte das Renteneintrittsalter – bei einer im Jahr 2060 um sieben Jahre gestiegenen Lebenserwartung – auf knapp 70 Jahre ansteigen.

Auch in Deutschland müssten im Jahr 2050 Beschäftigte im Alter von 68 oder 69 noch arbeiten, wenn man das von der Europäischen Kommission als „gesund“ erachtete Zahlenverhältnis von einem Rentner zu zwei Erwerbstätigen aufrecht erhalten will. Allerdings gilt dies nur, wenn man allein die aktuellen Bevölkerungsprognosen zugrunde legt. Doch reicht es nicht aus, nur die Zusammensetzung der Bevölkerung nach Alter zu betrachten. □

Dr. Annegret Schoeller

#### Quellen:

[www.eu-kommission.de](http://www.eu-kommission.de)  
[www.europa-kontakt.de](http://www.europa-kontakt.de)  
[www.missoc.de](http://www.missoc.de)  
[www.ageingreport.de](http://www.ageingreport.de)  
[www.ec.europa.eu/eurostat](http://www.ec.europa.eu/eurostat)

## Buchbesprechungen:

### Konfliktlösung am Arbeitsplatz

**Analysen, Handlungsmöglichkeiten, Prävention bei Konflikten und Mobbing.**  
**Handbuch für Führungskräfte**

Dieses Buch ist im Rahmen des Projekts „Konzeptentwicklung: Prävention von Konflikteskalationen am Arbeitsplatz“ entstanden. Das Projekt wurde mit finanzieller Unterstützung durch den Europäischen Sozialfonds und das Land NRW gefördert und von der Sozialforschungsstelle, einer zentralen wissenschaftlichen Einrichtung der Technischen Universität Dortmund, durchgeführt.

Praxisgerechte Handlungshilfen für kleine und mittlere Unternehmen zu entwickeln war Ziel der Autoren und

es ist auch durchaus gelungen. Im Mittelpunkt standen dabei die Analyse von Konfliktpotenzialen, das Eröffnen von Handlungsmöglichkeiten und die Prävention von Konflikteskalationen und Mobbing. Auf Basis einer systemischen Betrachtung der Entstehung und des Verlaufs von Konflikten sollten bewährte Methoden der Vorbeugung und Bewältigung herauskristallisiert und durch neue Ansätze ergänzt werden.

Die Print-Version können Sie bestellen über:

Fax: 02 11-8 55 32 11  
 E-Mail: [info@mags.nrw.de](mailto:info@mags.nrw.de)  
 Online: [www.mags.nrw.de](http://www.mags.nrw.de)

Bibliographische Angaben:  
 Meschkutat, Bärbel;  
 Stackelbeck, Martina (Hrsg.):



Konfliktlösung am Arbeitsplatz (Langfassung). Analysen, Handlungsmöglichkeiten, Prävention bei Konflikten und Mobbing. Ein Handbuch für Führungskräfte;

Düsseldorf: Eigenverlag, 2010  
 ISBN: ISBN 978-3-88139-

Die vollständige Langfassung der Publikation finden Sie unten stehend als PDF-Download.

[konfliktloesung\\_am\\_arbeitsplatz.pdf](#)  
 [1,43 MB; PDF-Dokument] □

Dr. Annegret Schoeller

## Neuerscheinungen Bücher und Broschüren

### KAN-Bericht 46 „Messanforderungen in Produktnormen“

Bei Messungen physikalischer Größen weichen die Ergebnisse immer wieder voneinander ab. In einer von der Kommission Arbeitsschutz und Normung (KAN) in Auftrag gegebenen Studie wurde daher untersucht, inwieweit die harmonisierten Normen und Norm-Entwürfe zur Maschinen- und PSA-Richtlinie sicherheitsrelevante Anforderungen enthalten, die durch Messgrößen beschrieben werden. In einem weiteren Schritt wurde geprüft, ob dafür, wo dies erforderlich ist, auch geeignete Messmethoden festgelegt sind. Die Ergebnisse der Studie wurden im KAN-Bericht 46 zusammengefasst. Er kann heruntergeladen und als dreisprachige Druckfassung über [info@kan.de](mailto:info@kan.de) kostenlos bestellt werden. Zum Download der Broschüre: (<http://www.kan.de/de/publikationen/kan-berichte.html>)



### Neuerscheinung: IAG-Report 1/2010

Wirksame und nachhaltige Prävention reduziert Unfälle, Berufskrankheiten und arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren in den Betrieben. Doch wie kann

die Wirksamkeit von Präventionsangeboten gemessen werden? Welche Methoden und Instrumente der Wirksamkeitsmessung sind für welches Produkt geeignet? Beim 1. Fachgespräch Evaluation im März 2010 wurden Standards für die Evaluation von Präventionsangeboten ermittelt. Der IAG-Report 1/2010 stellt alle Vorträge der Veranstaltung zusammen. Zum Download der Broschüre: <http://www.dguv.de/webcode.jsp?q=d13378>

### INQA-Bericht 39 „Förderung und Erhalt intellektueller Fähigkeiten für ältere Arbeitnehmer“

Aufgrund des demografischen Wandels gewinnt der Erhalt und die Förderung der geistigen Leistungsfähigkeit der Arbeitnehmer während ihres gesamten Berufslebens an Bedeutung. Vor diesem Hintergrund wurde im Jahr 2007 von der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) das Projekt PFIFF „Programm zur Förderung und zum Erhalt intellektueller Fähigkeiten für ältere Arbeitnehmer“ ins Leben gerufen und bis Ende der Laufzeit im Dezember 2008 fachlich betreut. Der INQA-Bericht Nr. 39 dokumentiert die Forschungs- und Umsetzungsergebnisse von PFIFF. Zum Download der Broschüre: (<http://www.inqa.de/Inqa/Navigation/publikationen,did=255306.html>)

### Broschüre.- „Schweißrauche – geeignete Lüftungsmaßnahmen – Saubere Luft beim Schweißen. Geht das?“ (BGI/GUV-I 7006-1)

Schweißrauch kann die Gesundheit gefährden. Aber wie lassen sich Schweißrauche am Arbeitsplatz reduzieren oder gar vermeiden? Wer bietet geprüfte Absauggeräte an? Und sind Messungen von Schweißrauchen am Arbeitsplatz grundsätzlich erforderlich? Diese und weitere Fragen aus der betrieblichen Praxis beantwortet die neue Information. Die Broschüre ist Teil der DGUV Schriftenreihe „Gesund und fit am Ar-

beitsplatz“ und kann kostenlos heruntergeladen oder beim zuständigen Unfallversicherungsträger bestellt werden. Zum Download der Broschüre: <http://www.dguv.de/webcode.jsp?q=d69167>

### Buch „Arbeitsmedizinische Vorsorge“

Die DGUV Grundsätze (bisher: Berufsgenossenschaftliche Grundsätze) für arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen sind anerkannte Regeln der Arbeitsmedizin. Die jetzt vorliegende Neuauflage berücksichtigt die rechtlichen Rahmenbedingungen der Ende des Jahres 2008 in Kraft getretenen Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge. Das Kapitel 1 „Erläuterungen zur Durchführung arbeitsmedizinischer Vorsorgeuntersuchungen“ wurde grundlegend überarbeitet. Neu entwickelt wurden für den Grundsatz G 1.1 ein Anhang „Radiologische Diagnostik“ und für den Grundsatz G 25 ein Anhang „Schlafapnoe“.



Das von der DGUV herausgegebene Buch ist über den Gentner-Verlag, E-Mail: [buch@gentnerverlag.de](mailto:buch@gentnerverlag.de) oder über den Buchhandel (ISBN 978-3-87247-733-0) für 59,00 Euro erhältlich. □

Dr. Annegret Schoeller

Der demographische Wandel, Fachkräftemangel und ein erhöhtes Verkehrsaufkommen stellen den gewerblichen Güterverkehr vor neue Herausforderungen – Auch eine Chance für die Verbesserung von Arbeitsbedingungen

## 2. Branchenweite Fachkonferenz Verkehr, Transport & Logistik im Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS)



Im November 2010 trafen sich Experten, Unternehmensvertreter, Sozialpartner und Interessierte zum zweiten Mal zu einer Fachkonferenz, zu der BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales) und BMVBS eingeladen hatten.

Im Fokus der Fachkonferenz standen die Sicherheit beim Fahren und Transportieren, Stress und Belastungen bei LKW-Fahrern, Mitarbeiterorientierung sowie die vielfältigen Aspekte einer erfolgreichen Vernetzung und Kooperation von Unternehmen.

Dabei zeichneten die geladenen Referenten ein durchaus differenziertes und z. T. auch besorgniserregendes Bild von einer Branche, in der aktuell ca. 2,7 Millionen Menschen beschäftigt sind:

- 50 % der Lkw-Fahrer hat das 50. Lebensjahr erreicht oder überschritten. Dem stehen nur 2,5 % an Fahrern gegenüber, die das 25. Lebensjahr noch nicht erreicht haben.
- In den grenznahen Gebieten zu unseren westlichen Nachbarländern aber auch Österreich und Schweiz sowie in Ballungsräumen herrscht bereits jetzt ein Mangel an qualifizierten Fahrern.
- Das Verkehrsaufkommen im gewerblichen Bereich wird – so die Prognose – bis 2025 voraussichtlich um weitere 70 % steigen. Angesichts der Erfahrungen mit der aktuellen Verkehrssituation auf unseren Straßen eine fast unvorstellbare Größe. Damit werden auch die Belastungen durch ein erhöhtes Verkehrsaufkommen und staubedingte Störungen zunehmen.

- Zur Gewährleistung von Ruhezeiten wurden allein in diesem Jahr 2000 zusätzliche Parkplätze auf Autobahnraststätten geschaffen, in 2011 sollen weitere 8.000 folgen.

- Aufgrund der hohen kinetischen Masse sind gerade LKWs häufig in folgenschwere Unfälle verwickelt; Bei jedem 5. Verkehrstoten ist ein LKW beteiligt.

- Bei 37 % aller todesbedingten Kraftfahrzeugunfälle ist Übermüdung mit im Spiel.

- In nur 8 % der Betriebe der Transportbranche liegt nach Erkenntnissen der Aufsichtorgane eine Gefährdungsbeurteilung vor.

- Ein hohe Beanstandungsquote der Ruhe- und Lenkzeiten von bis zu 40 % bei Verkehrskontrollen durch die Polizei

Die Workshops befassten sich mit den Themen Prävention, Organisation und Arbeitsgestaltung sowie Vernetzung von Unternehmen zur systematischen Berücksichtigung von Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit.

Im Bereich der Arbeitsgestaltung fanden sich – erwartungsgemäß – viele „Problemzonen“:

- lange Rampenzeiten,
- fehlende Sozialräume,
- Abstimmungsprobleme mit den Endkunden,
- Probleme bei den Lenk- und Ruhezeiten.

Es herrsche kein Mangel an Handlungsfeldern, so Bruno Zwingmann (Geschäftsführer der Bundesarbeitsgemeinschaft Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit (BASI)), der die Veranstaltung moderierte. Es gehe nun darum gemeinsame Handlungsfelder abzustimmen:

Dr. med.  
Rolf Hess-Gräfenberg



Dabei identifizierten die Teilnehmer u. a. folgende Handlungsfelder, die für eine intensiviertere Kooperation geeignet erschienen:

- Anlage einer gemeinsamen Risikodatenbank über Lieferanten von verseuchten Containern, mit denen die Branche insbesondere bei Lieferungen aus dem asiatischen Raum immer wieder konfrontiert ist
- Umgang mit Servicepartnern, Werkverträgen und Leiharbeitsverhältnissen
- Stärkung der Attraktivität der Branche
- Integration von Klein- und Mittelbetrieben zur Etablierung branchenweiter Sozialstandards
- Einbindung von BG, Krankenkassen und Sozialpartnern

Die Ergebnisse der Workshops und die Inhalte der Vorträge wurden auf dem Podium und mit den Teilnehmern diskutiert sowie weitere Aktivitäten gemeinsam verabredet.

Die Branchenkonferenz unterstützte dabei einen Ansatz der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA), die bereits mit positiven Branchenkooperationen im Bereich der Pflege (INQA-Pflege), des Baugewerbes (INQA Bauen) sowie der Verwaltung (Deutsches Netzwerk Büro) aufwarten kann. Ziel ist es ein gemeinsames, branchenweites Unternehmensnetzwerk Verkehr, Transport & Logistik einzurichten. □

Dr. med. Rolf Hess-Gräfenberg

# Zur Verteilung knapper medizinischer Güter

Annegret Schoeller, Christoph Fuchs

## Einleitung

Das Thema infektionsschutzrechtliche „Triage“ – „Wer darf überleben?“ soll aus medizinischer Sicht beleuchtet werden. Der Begriff „Triage“ zielt auf Situationen in der Katastrophenmedizin oder Wehrmedizin ab. Mit der infektionsschutzrechtlichen „Triage“ wird die Tatsache adressiert, dass eine Pandemie in die Notwendigkeit einer „Triage“ wie in einer Katastrophe münden kann. Dies ist eine Herausforderung an die Akteure auf allen Ebenen. Darauf müssen sich alle Verantwortungsträger einstellen und vorbereiten: Die Makroebene (Gesetzgeber) beeinflusst die Mesoebene (z. B. Ärzteorganisationen) und die Mikroebene (z. B. Ärztinnen und Ärzte).

Es ist bemerkenswert, dass die „Triage“ im Infektionsschutzgesetz nicht angesprochen wird, geht es doch um zentrale Fragen: Nach welchen Kriterien soll vorgegangen werden, um Leben zu retten, oder wie werden die knappen medizinischen Güter und Maßnahmen zugeteilt? Die aufgeworfenen Fragen stellen sich auch schon bei einer Pandemie. Dort kann es auf der Mikroebene unter anderem zur Verknappung von Impfstoff, antiviralen Arzneimitteln oder aber auch zur Verknappung der medizinischen Versorgung, durch beispielsweise fehlende Beatmungsplätze in Krankenhäusern kommen. Es stellt sich dann umso dringender die Frage nach der gerechten Zuteilung im Katastrophenfall. Denn es ist keine Frage, dass eine Pandemie in eine Katastrophe münden kann.

## Triage in der Katastrophenmedizin

Im Handbuch der Deklaration des Weltärztebundes wurde die „Triage“ wie folgt definiert: „Eine ‚Triage‘ ist eine medizinische Entscheidung über Behandlungs- und Versorgungsprioritäten auf der Grundlage einer schnellen Diagnose und Prognose für jeden Patienten. Die ‚Triage‘ muss systematisch erfolgen, und zwar unter Berücksichtigung der medizinischen Notwendigkeit, der Möglichkeit ärztlichen Eingreifens und der verfügbaren Ressourcen. Lebensnotwendige Wiederbelebungsmaßnahmen und ‚Triage‘ müssen möglicherweise gleichzeitig erfolgen. Aufgrund der begrenzten sofort zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten bezogen auf die große Zahl von Überlebenden mit unterschiedlich schweren Verletzungen kann die ‚Triage‘ ein ethisches Problem sein.“<sup>1</sup>

Der Text des Weltärztebundes verharmlost teilweise die dahinterliegende Problematik. Die tatsächlichen Dimensionen der „Triage“ werden erst durch die Sichtungskategorien bei einer „Triage“ deutlich. Diese sehen wie folgt aus:

- Patienten mit einer akuten vitalen Bedrohung benötigen eine Sofortbehandlung,
- Schwerverletzte Patienten, bei denen eine aufgeschobene Behandlung mit gleichzeitiger Transportpriorität für die baldige Krankenhausbehandlung zu vertreten ist,
- Patienten, die eine Behandlung leichter Gesundheitsschäden im Rahmen von Selbst- oder Nachbarschaftshilfe oder durch den Hausarzt benötigen,

- Patienten ohne Überlebenschance, schwerstgeschädigt und nicht behandlungs- oder transportfähig, die nur palliative Behandlung und / oder seelsorgerischen Beistand bekommen können.

## „Triage“ bei einer Pandemie

Auch eine Pandemie kann eine solch große Anzahl von Erkrankten verursachen, dass das Gesundheitswesen an seine Grenzen gerät. Denn die Behandlung ist möglicherweise – auch aufgrund der hohen Ansteckungsgefahr – sehr aufwendig. Das deutsche Gesundheitssystem ist nicht auf eine außergewöhnliche und sehr hohe Zahl von Kranken mit gleichen Symptomen und gleichen Anforderungen an medizinische Intervention sowie identischen Einsatz von Personal, Pflege und medizinischer Versorgung und Maßnahmen eingerichtet. Die Reserven können schnell aufgebraucht sein.

Zur Durchführung einer infektionsschutzrechtlichen „Triage“ existieren bislang keine gesetzlichen Grundlagen. Auch im Infektionsschutzgesetz gibt es keine Hinweise darauf. Allenfalls in den Pandemieplänen lassen sich Ansätze finden. In bestimmten Situationen ist aber eine infektionsschutzrechtliche „Triage“ erforderlich und die Priorisierung bestimmter Bevölkerungsgruppen, die mit Impfstoffen und Medikamenten versorgt werden müssen, wird notwendig. Es besteht also das Problem der Verteilung (besser: Zuteilung) voraussichtlich knapper Güter sowie der daraus resultierende Konflikt zwischen



dem Erhalt der Gesundheit der Bevölkerung und den Grundrechten des Einzelnen.

Die Zuteilung von knappen Gütern an bestimmte Bevölkerungsgruppen sollte nach gerechten Kriterien stattfinden. Dies bedarf einer gesetzlichen Regelung,<sup>2</sup> die das Infektionsschutzgesetz ergänzen könnte. Einige Beispiele wie in Deutschland im Falle einer Influenzapandemie zugeteilt werden könnte, werden im Folgenden aufgeführt.

#### *Bevorratung von antiviralen Arzneimitteln*

Nach dem Nationalen Pandemieplan soll zur Therapie und nicht zur Prophylaxe die Bevorratung von antiviralen Arzneimitteln für das medizinische Personal, das Personal zur Aufrechterhaltung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung sowie für erkrankte Personen mit einem erhöhtem Komplikationsrisiko (Kinder, alte Menschen, chronisch Kranke) erfolgen.<sup>3</sup>

#### *Verteilung von Pandemieimpfstoff*

Zur Versorgung der Bevölkerung mit Impfstoffen ist im Nationalen Pandemieplan ausdrücklich eine Rangfolge von Bevölkerungsgruppen genannt, die prioritär zu versorgen sind. Demnach sind vorrangig zu impfen:

- Gesundheitspersonal, Personal von Rettungsdienst und Feuerwehr,
- Polizei, Ordnungsbehörden, Entsorgungsunternehmen,
- weiteres Personal des Katastrophenschutzes,
- Personen mit dem Risiko eines schweren Krankheitsverlaufes,
- Allgemeinbevölkerung.

#### *Zeitliche Staffelung der Verteilung von Pandemieimpfstoff*

Die Vergabe von Impfstoff wurde im Rahmen der Verordnung über die Leistungspflicht der GKV bei Schutzimpfungen gegen die neue Influenza A (H1N1) (ISchGKVLV) je nach Risikogruppe zeitlich gestaffelt festgelegt (STIKO Empfehlungen, Epidemiologisches Bulletin, 12. Oktober 2009, Nr. 41):

## Rationierung und Priorisierung

Die Frage generell lautet: Wie gehen wir dabei mit der Verknappung medizinischer Güter und deren Folgen um? Hierzu ergeben sich drei Optionen: Absenkung des Versorgungsstandards, Rationierung und/oder Priorisierung. Über alle drei Optionen muss antizipierend ein gesellschaftlicher Diskurs eingeleitet werden. Es ist zu wünschen, dass zu dieser Thematik eine öffentliche Debatte entsteht. In einer solchen öffentlichen Debatte müssen wir wissen wovon wir reden. Deshalb ist es wichtig, zunächst die Begriffe zu definieren.

*Rationierung* bedeutet ein bewusstes Vorenthalten medizinisch notwendiger Maßnahmen. Formen der Rationierung sind die harte Rationierung, die bedeutet, dass Ressourcen nicht vermehrbar sind (z. B. Anzahl von Spenderorganen) und ein Zukauf nicht möglich ist. Bei einer weichen Rationierung bleibt eine Ressourcenausweitung durch möglichen Zukauf möglich. Eine heimliche Rationierung bedeutet, dass ohne Transparenz Leistungen im Sinne einer „barmherzigen Lüge“ vorenthalten werden. Wohingegen unter einer *offenen* Rationierung die Rationierung transparent und nachvollziehbar dargestellt wird. Eine heimliche Rationierung wirkt zerstörerisch auf die Patient-Arzt-Beziehung, schürt Misstrauen und mündet in gegenseitiger Schuldzuweisung aller Verantwortungsträger. Wenn die Bevölkerung auf die Notwendigkeit einer Rationierung im Pandemiefall vorbereitet werden soll, dann geht das nur über den Weg einer Debatte zur offenen Rationierung. Die öffentliche Debatte über Rationierung einzuleiten, ist jedoch schwierig, da die Gefahr besteht, dass derjenige der das Wort „Rationierung“ in den Mund nimmt, als Befürworter gebrandmarkt wird. Die allgemeine Definition von Priorisierung lautet: Einordnung nach Vorrangigkeit von zu erledigenden Aufgaben nach ihrer Dringlichkeit und Wichtigkeit. Priorisierung im Bezug auf das Gesundheitswesen wird folgendermaßen definiert: Priorisierung im Gesundheitswesen heißt Festlegung einer Vorrangigkeit (und damit auch Nachrangigkeit) von z. B. Kranken- und Krankheitsgruppen, Patientengruppen, Methoden/Verfahren und Versorgungszielen.<sup>4</sup>

Die öffentliche Debatte über Priorisierung zielt unter anderem darauf ab, das Bewusstsein dafür zu schärfen, dass die begrenzten Mittel, Kapazitäten und Zeit möglichst sinnvoll eingesetzt werden müssen. Die Zuteilung begrenzter Mittel im Gesundheitswesen hat Vorteile. Es kommt zur Erhöhung der Verteilungsgerechtigkeit. Zudem bietet die Priorisierung einen Ordnungsrahmen, um hohe und niedrige Prioritäten in der medizinischen Versorgung festzulegen. Sie kann dazu beitragen, die knappen Mittel nach gesellschaftlich konsentierten Kriterien möglichst gerecht zu verteilen. Priorisierung bedeutet aber nicht den Ausschluss von medizinisch notwendigen Leistungen, sondern eine Abstufung der Leistungsgewährung nach Vorrangigkeitsprinzipien. Dabei ist sie von der Rationierung abzugrenzen, bei der medizinisch notwendige Maßnahmen bewusst vorenthalten werden.

Die Vorteile der Priorisierung liegen vor allem in der Transparenz durch den öffentlichen Diskurs sowie in der Chance der Gleichförmigkeit von Verteilungsentscheidungen. Die Entscheidungen für die Bereitstellung von Versorgungsleistungen kann leichter nachvollzogen werden, da die Patienten in vergleichbarer Situation gleich behandelt werden. Mit der Schaffung einer transparenten Situation durch die Festlegung von Regeln kann sowohl das Bewusstsein der Gleichbehandlung als auch die Akzeptanz von Vor- und Nachrangigkeit bei Betroffenen erhöht werden. Ein ganz entscheidender Aspekt einer transparenten Priorisierung ist aus ärztlicher Sicht der Schutz des Patient-Arzt-Verhältnisses als Vertrauensbeziehung. Mangelnde Transparenz schafft Misstrauen.

- Beschäftigte im Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege mit Kontakt zu Patienten oder infektiösem Material,
- Personen ab einem Alter von 6 Monaten mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge eines Grundleidens (...),
- Schwangere (vorzugsweise ab dem zweiten Trimenon) und Wöchnerinnen,
- Haushaltskontaktpersonen, die eine mögliche Infektionsquelle für ungeimpfte Risikopersonen sein können,
- alle übrigen Personen ab dem Alter von 6 Monaten bis 24 Jahren,
- alle übrigen Personen ab dem Alter von 25 bis 59 Jahren,
- alle übrigen Personen ab 60 Jahren.

### Spannungsfeld individuelle Rechte auf medizinische Versorgung in Abwägung mit bevölkerungsbezogener Nutzenmaximierung

§ 1 Abs. 1 der Bundesärzteordnung besagt: „Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes.“ Im Umgang mit dem § 1 der Bundesärzteordnung ist der Lösungsweg der Schweiz ein gutes Beispiel. Diese hatte eine Influenza-Pandemie-Verordnung am 27. 04. 2005 erlassen, die Ermächtigungen zur Regelung einer Prioritätenliste beinhaltet. Der Text lautet:

„Art. 12 Prioritätenliste

Das Department kann bei einer Mangelage die Zuteilung von Impfstoffen, antiviralen Medikamenten oder anderen geeigneten Arzneimitteln gegen Influenza der Bedrohungslage angemessen mit einer Prioritätenliste und einem Verteilerschlüssel regeln. (...) Mit der Zuteilung ist der größtmögliche Nutzen für die Gesundheit der Bevölkerung anzustreben, insbesondere sollen eine angemessene Gesundheitsversorgung sowie wichtige Dienste erhalten bleiben.“

Die Ermächtigung zur Regelung einer Prioritätenliste in der Schweizer Influenza-Pandemie-Verordnung beinhaltet: „Namentlich kann folgenden Personen-

kategorien Priorität eingeräumt werden.

- Medizinal- und Pflegepersonal;
- Personen, die in wichtigen öffentlichen Diensten wie innere und äußere Sicherheit, Transport, Kommunikation sowie Versorgung mit Energie, Trinkwasser und Nahrungsmitteln tätig sind;
- Personen für die eine Influenzaerkrankung ein erhöhtes Sterberisiko darstellt.

Im Übrigen richtet sich die Zuteilung nach anerkannten medizinischen und ethischen Kriterien.“ (...)<sup>5</sup>

### Triage-Situation unter Kriterien von bevölkerungsbezogener Nutzenmaximierung

Im Katastrophenfall rückt der Erhalt der Gesundheit der Bevölkerung gegenüber dem Grundrecht des Einzelnen in den Vordergrund. Der Medizinethiker Hans-Marin Sass hat Grundregeln für klare Interventionen im Pandemiefall herausgearbeitet:

- Das Wohl und Überleben der Gemeinschaft ist das oberste Gebot.
- Behandle bevorzugt diejenigen, die für die Aufrechterhaltung zentraler Dienste von Versorgung und Sicherheit unentbehrlich sind; dazu gehören Mitarbeiter von Versorgungs- und Sicherheitsdiensten sowie medizinisches, hygienisches und pflegerisches Personal.
- Beschränke Bewegungsfreiheit und andere Bürgerrechte, führe Impfung und andere Maßnahmen zur Eindämmung der Katastrophe und Rettung möglichst vieler Menschenleben ein.
- Sei rigoros in der Durchsetzung des Erhaltes der Gesundheit der Bevölkerung.
- Sichere Transparenz und Dokumentation der Maßnahmen für eine spätere kritische Überprüfung zu.<sup>6</sup>

Sass setzt sich mit dieser Problematik unerschrocken und pragmatisch auseinander. Er beschreibt Interventionsmöglichkeiten bei Pandemieszenarien. Er teilt die möglichen Szenarien wie

folgt ein: Schwere Epidemie, ähnlich der Grippewelle von 1918, leichte Pandemie mit um 50 % Infizierten und einer Mortalität von bis zu 20 %, schwere Pandemie mit über 20 % Infizierten und einer Mortalität von über 50 %, Worst-case-Szenario mit über 50 % Infizierten und einer Mortalität von über 50 %.

Beispielhaft sei das dritte Szenario erwähnt: Es bestehen risikoethische Herausforderungen und Prioritäten bei über 20 % Infizierten und einer Mortalität von 50 %: Bei diesem beschreibt Sass die Interventionsmöglichkeiten bei einer schweren Pandemie folgendermaßen.

- Offene und proaktive Information der Bevölkerung,
- Selbstschutz durch Hygiene, Vorratshaltung, (Selbst-)Quarantäne,
- partnerschaftliche Informationen und Training von Verordnungsträgern vor und in der Krise,
- Verfügbarkeit von Palliativa und Sedativa,
- Aufrechterhaltung privater und öffentlicher Dienste sowie der öffentlichen Ordnung,
- selektive Quarantäne und Akzeptanz von Selbstquarantäne,
- Entwicklung von Schutzimpfungen,
- Behandlung von Infektionskranken außerhalb der Krankenhäuser,
- rezeptfreie Virustatika, Palliativa, Sedativa (falls vorhanden),
- Verhinderung von Panik und Rechtlosigkeit,
- Sicherung zur Möglichkeit des Wiederaufbaus von Kernleistungen des gesellschaftlichen Lebens.<sup>7</sup>

Eine solche schwere Pandemie stellt eine Gesellschaft vor eine große Herausforderung. Unklar ist, wie in diesen kritischen Situationen die Menschen sowie jeder einzelne, die staatlichen Organe und institutionellen Marktteilnehmer mit dem Phänomen Angst umgehen und welche psychosomatischen Probleme sich ergeben – unabhängig davon, ob man am Virus erkrankt oder nicht. Es kommt möglicherweise zu Panik und Revolten, zu mehr Rechtsverstößen sowie Einbrüchen in Apotheken und Supermärkten und Gewalttätigkei-

ten. Auch Probleme bei der häuslichen Versorgung von Patienten im nachbarlichen oder familiären Umfeld sowie die ausreichende Verfügbarkeit von Sedativa und Palliativa gehören zu den bisher ungelösten medizinischen und verordnungspolitischen Problemen.

Dass solch ein Szenario nicht aus der Luft gegriffen ist, zeigt die Erdbebenkatastrophe auf Haiti. Sehr schnell entstand dort ein gesellschaftlicher Ausnahmezustand. Es gab viele Verletzte, es wurde geplündert und überfallen. Helfer aus Deutschland mussten lernen, auch mit solchen Bedingungen umzugehen. Katastrophen solchen Ausmaßes können auch für Deutschland nicht sicher ausgeschlossen werden.

### Ärztliche Perspektive bei einer infektionsschutzrechtlichen „Triage“

Die „Triage“ im Katastrophenfall erfordert einen speziell ausgebildeten Sichtungsarzt. Dieser muss sich zuerst einen Überblick über die Schadensentstehung sowie die Zahl, die Art und die Schwere der Gesundheitsschäden aller Betroffenen verschaffen. Auch muss er feststellen, bei wem unmittelbare Lebensgefahr droht, um sofort eingreifen zu können. Schweben mehrere Schadensopfer in Lebensgefahr, muss der Arzt die Dringlichkeit jedes einzelnen Falles unverzüglich und zutreffend abschätzen. „Triage“ erfordert demnach fachtechnisches Urteilsvermögen, Diagnostik mit einfachsten Mitteln, Mut zur Verantwortung sowie eine rasche Entscheidungsfähigkeit.<sup>8</sup>

Sichtung ist ein dynamischer Prozess, der bei einer Änderung der angebotenen und nachgefragten Ressourcenmenge wiederholt werden muss. Der Arzt kann daher immer wieder gezwungen sein, die Einteilung der Patienten in die Dringlichkeitskategorie und deren Dringlichkeitsreihenfolge zu ändern, abhängig von der Entwicklung des Angebotes medizinischer Ressourcen und der entsprechenden Nachfrage. Die „Triage“ im Katastrophenfall findet Anwendung im infektionsschutzrechtlichen Regelungsbereich, wenn es bei

einer Pandemie zu einem Massenanstieg von Notfällen kommt, bei denen (Priorisierungs-)Entscheidungen getroffen werden müssen. Hier stellt sich die Frage, ob das Haftungsrecht angepasst werden muss?

### Lösungsvorschlag: Einrichtung eines Gesundheitsrates

Eine Möglichkeit wäre die Einrichtung eines „Gesundheitsrates“. Als unabhängiges Gremium, das zur Vorbereitung von Priorisierungsempfehlungen im vorpolitischen Raum zu drohenden defizitären Versorgungsbereichen auch im Pandemiefall eingesetzt wird. Er führt eine Folgenabschätzung durch, um dem Gesetzgeber, der letztlich über Priorisierungen entscheiden muss, kompetent beraten zu können. Im Rahmen der Influenza A (H1N1)-Pandemie wurde eine derartige Aufgabe im Hinblick auf die zeitlich gestaffelte Verabreichung des Pandemieimpfstoffes an bestimmten Risikogruppen von der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut übernommen.

### Fazit

Die Frage „Infektionsschutzrechtliche „Triage“ – Wer darf überleben?“ kann aus medizinischer Sicht wie folgt beantwortet werden: In einer Pandemie kann es zur Verknappung von medizinischen Gütern und bei der medizinischen Versorgung kommen. Diese kann wiederum zur harten Rationierung führen. Die Durchführung einer Priorisierung kann dabei zur Verteilungsgerechtigkeit beitragen. Zur Vorbereitung von Priorisierungsempfehlungen im vorpolitischen Raum sollte ein unabhängiges Gremium gegründet werden.

Im Katastrophenfall rückt der „Erhalt der Gesundheit der Bevölkerung“ gegenüber dem „Grundrecht des Einzelnen“ in den Vordergrund.

Auch aus ärztlicher Sicht ist zu prüfen, ob der Rechtsrahmen im Fall einer Pandemie unterhalb einer Katastrophe anzupassen ist (u.a. Einheit der Rechtsordnung; Neustrukturierung der

Bund-Länder-Kompetenzen).<sup>9</sup> Die Kompetenzen von Bund und Länder auf Basis des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) reichen allein nicht aus, um handeln zu können. □

### Literatur

- [1] *Handbuch der Deklarationen, Weltärztebund, Erklärungen und Entschließungen, 2008, Seite 258*
- [2] *Walus, A.: Pandemie und Katastrophennotstand: Zuständigkeitsverteilung und Kompetenzmängel des Bundes. Die öffentliche Verwaltung, Heft 3, 2/2010, S. 127–133. W Kohlhammer Verlag Stuttgart*
- [3] [http://www.bevoelkerungsschutz-portal.de/clin\\_174/BVS/DE/VeroeffDokumente/veroeffDokumente\\_node.html?gtp=545876\\_unnamed%253D11](http://www.bevoelkerungsschutz-portal.de/clin_174/BVS/DE/VeroeffDokumente/veroeffDokumente_node.html?gtp=545876_unnamed%253D11)
- [4] *Fuchs, C., Nagel, E., Raspe, H.: Rationalisierung, Rationierung und Priorisierung – was ist gemeint. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 106, Heft 12, 20. 03.2009*
- [5] *818.101.23 Verordnung über Maßnahmen zur Bekämpfung einer Influenza-Pandemie (Influenza-Pandemieverordnung, IPV) vom 27. April 2005 (Stand am 1. Juli 2007), Der Schweizerische Bundesrat. [http://www.admin.ch/ch/d/sr/818\\_101\\_23/index.html](http://www.admin.ch/ch/d/sr/818_101_23/index.html)*
- [6] *Sass, H. M.: Ethische Risiken und Prioritäten bei Pandemien, Zentrum für Medizinische Ethik Bochum. Ruhruniversität Bochum. Hrsg.: Sass, H. M., Vollmann I., Zenz, M. Medizinische Materialien, Heft 181, Oktober 2009, Seite 5–6*
- [7] *Sass, H. M.: Ethische Risiken und Prioritäten bei Pandemien, Zentrum für Medizinische Ethik Bochum. Ruhruniversität Bochum. Hrsg.: Sass, H. M., Vollmann, I., Zenz, M. Medizinische Materialien, Heft 181, Oktober 2009, Seite 12–13*
- [8] *Zimmermann, J.: Modellierung von Priorisierungsregeln am Spezialfall der Triage. In Priorisierung in der Medizin – Interdisziplinäre Forschungsansätze, Medizinmanagement und Gesundheitsökonomie, Hrsg.: Wohlgemut, W. A., Freitag, MH, Seite 218–231. Medizinisch wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2009*
- [9] *Kloepfer, M., Deye, S.: Pandemie als Herausforderung für die Rechtsordnung; DVBL Abhandlungen, 01. 10. 2009, S. 1208–1221*

Behandlung der Dyslipidämie

# Zusätzliche Gabe von Nicotinsäure / Laropiprant

**Lässt sich mit einem Statin in der üblichen Dosierung keine adäquate Besserung des Lipidprofils bei Patienten mit gemischter Dyslipidämie erwirken, so kann die Zugabe von Nicotinsäure mit verzögerter Wirkstofffreisetzung in Kombination mit Laropiprant effektiver sein als eine Verdoppelung der Statindosis. Dies zeigten die Ergebnisse einer kürzlich publizierten Studie, in der die Kombinationstherapie nicht nur eine signifikante Besserung des Lipidprofils bewirkte, sondern auch dazu führte, dass signifikant mehr Patienten den LDL-Zielwert erreichten.**

Neben der Änderung des Lebensstils kommt der konsequenten medikamentösen Behandlung zentrale Bedeutung zu, um das hohe kardiovaskuläre Risiko von Patienten mit primärer Hypercholesterinämie oder gemischter Dyslipidämie zu senken. Primär wird üblicherweise ein Statin eingesetzt. Doch längst nicht alle Patienten erreichen unter der Statingabe die LDL-Cholesterin-Zielwerte (NCEP ATP III, National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III). Im Rahmen einer doppelblinden, randomisierten, multizentrischen Studie wurde daher untersucht, inwieweit sich das Lipidprofil von Patienten mit primärer Hypercholesterinämie oder gemischter Dyslipidämie durch eine Behandlung mit Nicotinsäure/Laropiprant mit veränderter Wirkstofffreisetzung (Tredaptive®) in Kombination mit einem Statin im Vergleich zu einer Verdoppelung der Dosis des Statins verbessern lässt.

1.216 Patienten, die unter einer herkömmlichen Statintherapie den LDL-Zielwert nicht erreichten, wurden nach einer sechswöchigen Run-in-Phase unter Simvastatin (10 oder 20 mg) oder

Atorvastatin (10 mg) randomisiert und 12 Wochen lang entweder zusätzlich mit Nicotinsäure/Laropiprant (vier Wochen lang 1g/20mg, dann Steigerung auf 2g/40mg) behandelt oder in der Vergleichsgruppe mit der doppelten Dosis von Simvastatin oder Atorvastatin. Primärer Endpunkt der Studie waren die Veränderungen der LDL-Cholesterinwerte, sekundäre Endpunkte die Effekte der beiden Behandlungsstrategien auf weitere Parameter des Lipidmetabolismus wie das HDL-Cholesterin, das Gesamtcholesterin, die Triglyceride und auch das Triglycerid/HDL-Verhältnis, das LDL/HDL-Verhältnis sowie das Apolipoprotein B und das Apolipoprotein A-I. Ein weiterer Endpunkt war die Anzahl der Patienten, die unter der Behandlung den LDL-Cholesterin-Zielwert erreichten.

## Mit Nicotinsäure / Laropiprant signifikant häufiger zum Zielwert

Die zusätzliche Gabe von Nicotinsäure/Laropiprant bewirkte eine signifikant stärkere Senkung des LDL-Cholesterins und der Triglyceride bei zugleich signifikant ausgeprägter Steigerung des HDL-Cholesterins als die Verdoppelung der Statindosis. Auch die übrigen Prüfparameter wurden unter der Kombinationstherapie signifikant stärker gebessert als in der Vergleichsgruppe, wobei der Prozentsatz der Patienten, die den LDL-Cholesterin-Zielwert erreichten, im Nicotinsäure/Laropiprant-Arm mit 58 Prozent gegenüber 45 Prozent unter der doppelten Statindosis ebenfalls signifikant höher war ( $p = 0,003$ ).

Die Behandlungseffekte waren in allen untersuchten Behandlungsgruppen konsistent und unabhängig vom Alter, vom Geschlecht, von der ethnischen

## Impressum ASUpraxis

**ASUpraxis – Der Betriebsarzt**  
ASUpraxis ist ein regelmäßiges Special für Betriebsärztinnen / Betriebsärzte und redaktioneller Bestandteil der Zeitschrift *Arbeitsmedizin, Sozialmedizin Umweltmedizin (ASU)*

### Chefredaktion

J. Dreher (verantwortlich)

### Redaktion

Dr. med. U. Hein-Rusinek  
Dr. med. R. Hess-Gräfenberg  
Dr. med. A. Schoeller  
Dr. med. M. Stichert

### Anschrift für Manuskripteinsendung:

Redaktion ASUpraxis  
Alfons W. Gentner Verlag  
Forststraße 131  
70193 Stuttgart  
E-Mail: [asu@gentner.de](mailto:asu@gentner.de)

Herkunft und von der Ausprägung des jeweiligen kardiovaskulären Risikostatus. Die zusätzliche Gabe von Nicotinsäure/Laropiprant erwies sich als allgemein gut verträglich, wobei 15 Prozent der Patienten unter der Kombination des Statins mit Nicotinsäure/Laropiprant und 7 Prozent unter der verdoppelten Statindosis die Medikamenteneinnahme vorzeitig beendeten.

Nach Ansicht der Autoren zeigt die Studie eine deutliche Überlegenheit der zusätzlichen Gabe von Nicotinsäure/Laropiprant zu einer bereits laufenden Statinbehandlung gegenüber der Dosisverdoppelung des Lipidsenkers im Hinblick auf die einzelnen untersuchten Lipidparameter wie auch im Hinblick auf das Erreichen der LDL-Cholesterin-Zielwerte.

Allgemeine Informationen sind im Internet unter [www.msdd.de](http://www.msdd.de) unter „Presse“ abrufbar. Mit dem Benutzernamen „msd“ und dem Passwort „aktuell“ haben Sie Zugang zu unseren Presseseiten. □