

## **Künftige hausärztliche Versorgung**

Diese Darstellung ist 2006 geschrieben und mit einer kleinen Gruppe von Hausärzten beraten worden, als wieder mal eine der Gesundheits“reformen“ anstand.

Dass fast alles davon seine Aktualität behalten, die hausärztliche Situation sich inzwischen jedoch erheblich verschärft hat (dramatischer Mangel an jungen Hausärzten), hat mich beim Durcharbeiten im Dezember 2008 wirklich erschüttert. Hier einige Texte daraus:

### ***1. Redlichkeit erwünscht***

Wir Hausärzte schultern vielfaches Risiko, wir werden fast inkriminiert; regelrecht durchgeführte Labor- und klinische Kontrollen, vor allem die unserer medikamentösen Therapie sind behindert durch Budgets für deren Überschreitung wir finanziell haften. Wenn wir 50% von dem was uns in Fachartikeln zur „sorgfältigen Untersuchung“ ans Herz gelegt wird tun würden, wäre das ein Sprengsatz. Das System lebt von unserer Rechtsunsicherheit. Bei Bedarf schlägt man den Hausärzten auf die Finger, wenn wir falsch liegen: auf Tagungen, in Fachzeitschriften, auch Tageszeitungen. Dabei könnten wir, wenn wir dürften...

Wir brauchen anerkannte Kontrollstandards, die behutsam das umfangreiche Tätigkeitsspektrum der Hausärzte berücksichtigen und die Machbarkeit zur Grundlage haben.

Neu zugelassene und ausgewiesene Leistungen brauchen kritischere Prüfung, ob das Wünschenswerte bei Neuzulassung von Medikamenten, diagnostischen und therapeutischen Verfahren bezahlt werden kann (epidemiologische Recherche). Man kann in den Ausschüssen nicht zulassen, was nicht bezahlbar ist. Unproduktive Verteilungskämpfe sind programmiert wie bei zu eng gehaltenen Hühnern. Da in Deutschland viel Geld im Gesundheitssystem vorhanden ist, mehr als in vielen anderen Ländern, haben wir ein Verteilungsproblem und/oder ein Problem mit den Ansprüchen.

### ***2. Lasst uns arbeiten: Hausärztliche Berufs- und Lebensqualität steigern***

Die Hausärzte sind zum größten Teil komplett abgefüllt mit der Bewältigung ihrer Alltagsarbeit, so dass sich wenige, zu wenige, um ihre Belange kümmern.

Entsprechend sind auch ihre Arbeitsbedingungen. Möglicherweise werden wir überverwaltet: german disease, abwürgen von Effektivität durch kurzlebige, zu komplizierte Detailregelungen. Unsere eigentliche auf Patienten ausgerichtete Arbeit erlahmt in zunehmender Organisationstätigkeit. Wir empfinden schmerzlich, dass wir nach „Feierabend“ umsetzen sollen, was Verwaltungsleute während ihrer regulären Arbeitszeit entworfen haben.

Ganz analog sind die Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern. Hier wie dort bleiben Nachfolger aus, für eine im Kern hochgradig attraktive Berufstätigkeit.

### ***3. Patienten wissen was sie an ihren Hausärzten haben***

Spezifische Aufgaben / Fähigkeiten des Hausarztes zeigen sich am deutlichsten wenn er nicht zur Verfügung steht:

- Hubschrauber- und Notarzteinsätze vom Wochenende- und Feiertagsbetrieb auf die Woche hochgerechnet ergäbe leere Kassen und volle Krankenhäuser. Leistungsfähige Hausärzte, die das zu ihrer Arbeit Nötige haben, sind eine der wichtigsten Säulen bei der Kostenbegrenzung im Gesundheitssystem.
- Vieles im Umgang mit Langzeitkranken ist Psychologie und Mittragen. Die jahre- bis jahrzehntelangen stabilen Kontakte begründen gute Erfahrung und Vertrauen unserer Patienten. All das ist nicht austauschbar.
- Häufige Erkrankungen diagnostizieren (Aufgabe der Selektion) und therapieren wir oft sicherer und wesentlich kostengünstiger als sonst jemand.
- Hierbei verlangt das abwartende Offenlassen Mut, Kraft und gute Kenntnisse von Patient und Krankheitsbild. Auch das leistet sonst niemand in dem Maß. Ein Großteil der Kostenexplosion im niedergelassenen Bereich ist durch den Ersatz von Erfahrung durch Absicherung induziert.
- Ständig aufgegeben ist uns die Betreuung „austherapierter“ Patienten und Strebender in enger Kooperation mit den uns beratenden Klinikärzten und der ambulanten Krankenpflege. Die Transposition des Hospizgedankens auf die örtliche und familiäre Situation ist ein Humanum, das wir aufrechterhalten wollen.
- Die vielfältigen Aufgaben der kleinen Chirurgie erledigen wir auf dem kleinen Dienstweg patientenfreundlich ohne horrende Wartezeiten.

Bekommen Ärzte in den Medien einen schlechten Ruf? Hausärzte relativ wenig. Möglicherweise maschinenpark- und honorargeschädigte meist privat-versicherte Journalisten bescheren der Ärzteschaft mit beißender Kritik eine schlechte „Presse“. Hausärzte sind hierbei selten Verursacher. Ungläubiges Lächeln und Staunen würden die Krankenkassenhonorare bei unseren Patienten hervorrufen. Veröffentlichen wir sie doch in Zukunft – der beste Schutz für uns Hausärzte. Das beste Argument ist unsere Arbeit.

### ***4. Hausarztmanual und Verwaltungskursbuch der Hausärzte***

#### ***Die Informationsflut beherrschen, ein Einstieg: 1000 und 100 Blätter***

Die im vielstimmigen Chor der Fachgesellschaften, Standespresse, Fachzeitschriften, Lehrbücher, Weiterbildungsveranstaltungen, Mitteilung der Pharmaindustrie und anderer sich häufenden, teils widersprüchlichen, sich summierenden Empfehlungen sind nicht gut überschaubar, schon gar nicht realisierbar, noch weniger finanzierbar. Das Gesundheitssystem würde auf der Stelle kollabieren, wenn alles umgesetzt würde (s.o.). Damit dies nicht geschieht haben wir die Budgetierung.

Ein Vorschlag:

Erstellung eines „**Hausarztmanual**“ das volumenbegrenzt bleiben und das regelmäßig z. B. alle 2 Jahre aktualisiert werden muss.

Kriterien:

Was ist häufig, was ist selten? Das ist für uns Hausärzte immer wieder eine zentrale Frage für die oft keine Angaben zu finden sind, die aber bei rationalem Arbeiten in Diagnostik und Therapie von größter Bedeutung ist. Braun und andere haben dies im Bereich Krankheitshäufigkeiten bei unausgelesenem Krankengut geleistet.

Nach Häufigkeit geordnete Angaben zu Differenzialdiagnose, Befunden und Symptomen, Medikamenten (Mittel der Wahl... abgestaffelt), zu erwartenden Laborveränderungen wäre eine große Hilfe für uns und ein reiches Betätigungsfeld für die verschiedenen Fachbereiche der Medizin, auch für Epidemiologen, also reichlich Arbeit für die nächsten Jahre. Im Manual fänden wir Standards, auf die wir uns beziehen könnten, medizinisch und wirtschaftlich. Damit hört das Prügelknabendasein und das Inkriminieren von uns Hausärzten auf, d. h. hausärztliche Differenzialdiagnose, Diagnostik, Therapie und Therapiekontrollen, Heil- und Hilfsmittel für ein Krankensbild würden gegliedert in pflicht- und weiterführende Maßnahmen. Alle Pflichtmaßnahmen im Manual stünden bzgl. Kostenübernahme nicht zur Disposition.

Ein gut funktionierendes Hausarztssystem auf der Basis so erarbeiteter Grundlagen darf nicht im Bedarfsfall finanziell oder juristisch verfolgt werden. Hier wäre ein Ansatz, um die jetzige Problematik zu beenden.

Das Hausarztmanual unter Einbeziehung der evidenzbasierten Medizin ist Orientierung und Hilfe, kann aber nie ärztliche Entscheidungen ersetzen. Unersetzlich ist die ärztliche Therapiefreiheit, die Handwerk zum Geschick, zur ärztlichen Kunst werden lässt. Therapiefreiheit ist u. a. aus folgenden Gründen nicht verzichtbar:

- wegen des individuellen Ansprechens von Patienten auf Therapien
- wegen der unterschiedlichen Verträglichkeit mancher Therapien
- wegen der spezifischen Erfahrung und Kenntnisse der Ärzte

Selbstverständlich werden Mitglieder der oben erwähnten Fachleute wie Epidemiologen, Ordinarien, Lehrstühle für Allgemeinmedizin, unsere Leute vom den Hausärzteverbänden einige Zeit brauchen, bis ein solches Manual in den ersten Elementen erstellt ist. Aber ein Anfang sollte baldmöglichst gemacht werden. Wenn jedoch Vorschläge dort Eingang finden, die nach obigen Gesichtspunkten alltagstauglich sind, werden wir besser arbeiten können. Denn wir Hausärzte brauchen wissenschaftliche und verwaltungsmäßige Unterstützung. Wir dürfen nicht zulassen, dass lediglich ad libitum Forderungen aufgestellt werden ohne Hilfe oder Sachverstand bei der Umsetzung, also:

- bezahlbare Diagnostik
- bezahlbare Therapie und Therapiekontrollen.

Wer soll das Hausarztmanual koordinieren / machen, wer bezahlen? Sicherlich am ehesten privatwirtschaftliche Institute, etwa ein oder mehrere Verlage. Bezahlen wird am ehesten, wer von effektiv arbeitenden Hausärzten profitiert:

Die Öffentlichkeit insgesamt (Bundesgesundheitsministerium) und Krankenkassen. Wirklich gute Ansätze, zwar noch nicht ganz im Sinn der oben genannten Manuskriptkriterien, jedoch im Sinn der Alltagstauglichkeit, sind zu finden:

Gesenhues, Stefan Zisché, Rainer: Praxisleitfaden Allgemeinmedizin 5. Auflage, Urban und Fischer Vlg. München 2006

Rebhandl et. al. (Hrsg.): Evidence based Medicine – Guidelines für Allgemeinmedizin, Deutscher Ärzteverlag 2006

Auf 100 Blättern (200 Seiten) sollte komprimierbar sein, kurz, präzise, was uns Hausärzten die verschiedenen Verwaltungsebenen zur Realisierung auferlegen: Öffentlicher Gesundheitsdienst, Ärztekammer, KV, Krankenkassen u. a.: ein „**Verwaltungskursbuch der Hausärzte**“. Es sollte nur hausarztrelevante Punkte enthalten. Gerade die sich ständig verkürzende Halbwertszeit von Verwaltungsvorschriften mindert unsere Lebensqualität enorm. Das muss sich ändern. Ganz wesentlich ist auch hier die regelmäßige Aktualisierung, wobei eine Besonderheit ist, dass Aktualisierungen immer nur einmal im Jahr akzeptiert werden sollten. Viele Verwaltungsvorschriften erübrigen sich bei längerem Nachdenken oder stellen sich als falsch heraus, sodaß die Jahressperre für Aktualisierungen ein angemessener Filter für zu viele Vorschriften wäre.

#### **Eklatantes Beispiel: Einnahme der Praxisgebühr**

1. Wir werden unentgeltlich zum Vorzimmer von Verwaltungsleuten gemacht
2. Gedacht ganz einfach:  
Wer in die Praxis kommt, zahlt 10 Euro
3. Inzwischen zählen unsere Damen an der Praxisanmeldung über 30 Ausnahmetatbestände
4. Die Praxisgebühr ist zu großen Teilen wieder abgeschafft; damit es aber nicht zu einfach wird, eben nur zum Teil.

Wesentlich ist auch, dass Verwaltungsvorschriften nicht am Heiligen Abend publiziert werden, mit Gültigkeitsbeginn für den 01.01.

### **5. Verantwortung der Hausärzte**

Wie oben erwähnt wende ich mich ganz heftig dagegen, dass uns Hausärzten Verpflichtungen auferlegt werden, ohne wie oben dargestellt, strukturierte und handfeste Hilfen dazu zu liefern. Jedoch vieles an Unfreiheit kommt nicht von Ungefähr. Wenn wir fachlich auf der Höhe sind, bleiben wir freier. Berufsfreude folgt den Kenntnissen. Die Präsentation des Wissens (vgl. oben) ist aber wesentlich. Wahr ist, dass viele Hausärzte (wie andere Selbstständige und Angestellte in höheren Positionen auch) nach einem 10-Stunden-Tag abendliche Fortbildungsangebote oder Wochenendprogramme wahrnehmen, dass an den Abenden und an den Wochenenden [www.dr-med-klings.de](http://www.dr-med-klings.de)

sehr häufig Verwaltungsaufgaben erledigt werden und private Weiterbildung betrieben wird.

Weiterhin gibt es eine nicht gerechtfertigte Mengenausweitung der Patientenzahl in manchen Praxen. Auch wenn die individuelle Leistungsfähigkeit der Hausärzte sehr unterschiedlich ist, gibt es unter Umständen eine Überschätzung der eigenen Möglichkeiten. Ab einer gewissen Patientenzahl ist eine solide Patientenversorgung nicht mehr gewährleistet. Dann finden viele Patienten in zu großen „Versorgerpraxen“ nicht was sie benötigen. Die Inhomogenität der Patienten, der Menschen die zu uns kommen ist ebenso groß wie die der Hausärzte selber.

### ***6. Der Hausarzt als Lotse ohne Steuer***

Lotse allein genügt nicht, dies wäre eine ganz üble Berufsauffassung. Ich habe den Verdacht, dass dieses Konzept hauptsächlich von Kollegen in Fachgremien und von Verwaltungsfachleuten konzipiert ist, die sehr weit von der Realität des Hausarztalltags entfernt sind. Die Vorstellung von einem telefonierenden, in Papierbergen scharrenden Agenten ist für mich abstoßend. Hausärzte haben im Regelfall mit Absicht das volle Leben und nicht das Papier gewählt. Eingebettet in einen verwaltungsmäßig dezimierten Aufwand, macht die Lotsenfunktion Sinn.

Wenn wir Hausärzte an Fachkollegen oder in die Klinik überweisen, ist es vollkommen recht, wenn Diagnostik, Differenzialdiagnostik und Therapieeinleitung das ganze fachärztliche Können widerspiegeln. Zur Zeit werden aber die Fachärzte durch den freien Facharztzugang durch viel zu viele Durchschnittsfälle belastet. Die immer wieder hochgespielte Konkurrenzsituation zwischen Hausärzten, Fachärzten und Krankenhausärzten kann ich in meiner Alltagsrealität überhaupt nicht erkennen. Die Zusammenarbeit ist hilfreich, konstruktiv und man kann auch sagen, dass im Lauf der Jahre eine sehr gute Vertrauensbasis erwächst.