
Die Rolle der Hausärzte

Ulrich Weigeldt

Schon jetzt haben wir in Deutschland 43 % chronisch kranke Menschen;¹ 56 % der Patienten mit chronischen Erkrankungen nehmen bereits täglich mehr als fünf Medikamente ein.² Für die steigende Lebenserwartung dieser Menschen (Abb. 1) ist nicht zuletzt auch der medizinische Fortschritt verantwortlich. Allerdings sinkt nicht nur die Mobilität der älter werdenden Bevölkerung – ca. 720.000 Menschen leben bereits heute in einem Heim –, sondern es wächst auch der Koordinationsbedarf bei den ärztlichen und pflegerischen Leistungen. Dabei nehmen die nicht übertragbaren Erkrankungen im Verhältnis zu den Infektionskrankheiten einen immer größeren Raum ein.

Das Resultat ist ein wachsender Bedarf an Leistungen, die klassischerweise im hausärztlichen Versorgungsbereich angesiedelt sind. Kooperation, Koordination, Hausbesuche, Medikationsmanagement mit der Sicht auf den ganzen Menschen, diese ganzheitliche Betrachtung gewinnt umso mehr an Bedeutung, als die Fragmentierung des Gesundheitswesens voranschreitet: Die fachärztliche Versorgung zerfällt in immer mehr Spezialgebiete. Die Bestimmung der erforderlichen Medikation (bzw. die Abwägung, ob eine Reduzierung möglich oder notwendig ist) muss sich an der Rangfolge der Probleme orientieren, an denen der Patient leidet. Wir wissen, dass die Compliance (oder besser Adherence) mit der Zahl der verordneten Arzneimittel abnimmt und schließlich tendenziell gegen Null geht.

In dieser Situation leisten wir uns den Luxus, immer mehr Fachärzte zu produzieren und gleichzeitig immer weniger Hausärzte für die tägliche Versorgung auszubilden

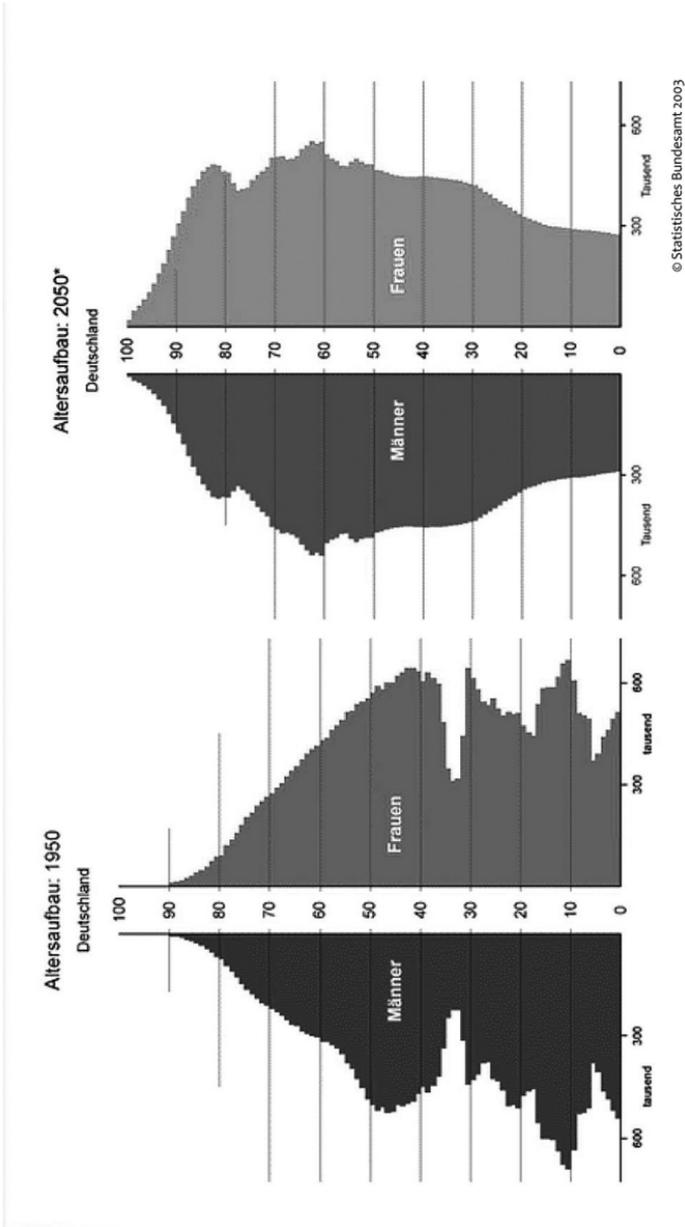


Abb. 1: Demografie in Deutschland 1950–2050

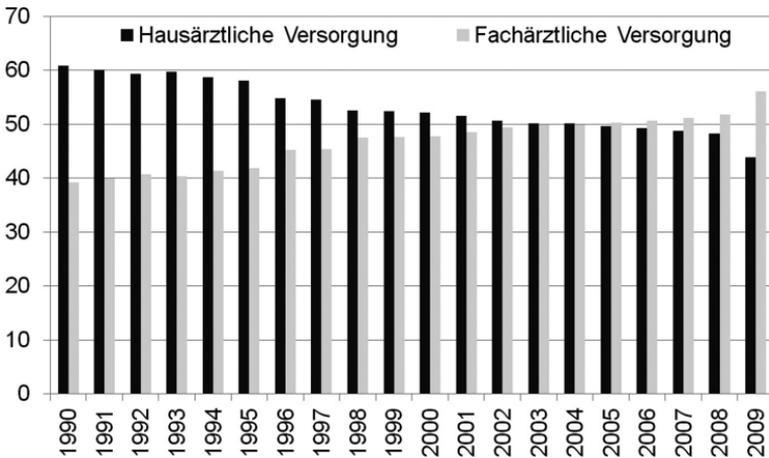


Abb. 2: Ärztliche Versorgung in Deutschland 1990–2009

(Abb. 2). Insgesamt verlieren wir im Übrigen rund 40 % der ausgebildeten Ärzte nach dem Abschluss des Studiums oder sogar noch nach abgeschlossener Facharztweiterbildung, weil sie in andere Berufsfelder als die Versorgung der Patienten abwandern.

Wir stehen nun keineswegs nur in Deutschland vor dem Problem, dass wir immer mehr Spezialisten ausbilden und immer neue Spezialgebiete definieren, aber in absehbarer Zukunft – und in einigen Teilen des Landes schon aktuell – einen Mangel an Generalisten und Fachärzten für Allgemeinmedizin haben (werden). Das Bewusstsein für dieses Problem ist mittlerweile auch in der Politik angekommen, nachdem über lange Jahre hinweg der Ruf nach einer Förderung der Allgemeinmedizin typischerweise als bloßer berufsständiger Lobbyismus denunziert worden war. Die Diskussion, wie ein eklatanter Mangel an Allgemeinärzten in der Primärversorgung abgewendet werden kann, wird nun auf allen politischen Ebenen geführt, bei uns und international. Dabei ist es sicher keine Lösung, sich – beispiels-

weise auf europäischer Ebene – gegenseitig die ausgebildeten Allgemeinärzte streitig zu machen. Gleichzeitig ist es – entgegen den Beteuerungen aus dem Umkreis einiger Universitäten nicht effektiv, die allgemeinärztlichen Aufgaben substitutiv anderen Berufsgruppen zu übertragen. Einschlägige Erfahrungen – insbesondere diejenigen aus den USA mit sogenannten „nurse practitioners“ – sprechen dagegen.

Bevor die Ursachen des Hausärztemangels, dessen voraussichtliches Ausmaß und mögliche Gegenmaßnahmen dargestellt und erörtert werden können, ist es jedoch erforderlich, sich hier noch einmal einen exemplarischen Überblick über das Spektrum der hausärztlichen Tätigkeiten zu verschaffen.

Ein wesentliches Element, das in der Diskussion um den Hausarzt als Lotsen, als Koordinator und Wegweiser durch das Gesundheitssystem gerne unterschlagen wird, ist die direkte Versorgungskompetenz. Die hausärztliche Tätigkeit umfasst ein weites Feld auch in der Prävention. Nicht nur die Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 SGB V spielen hier eine nicht zu vernachlässigende Rolle.

Durch die kontinuierliche Betreuung der Patienten und ggf. ihrer Familien in ihrem sozialen und beruflichen Umfeld („Längsschnittbetrachtung“) ist die Erkennung von individuellen Risikofaktoren für Hausärzte eine solche Selbstverständlichkeit, dass sie dies bislang nicht als besondere Leistung reklamiert haben. Und angesichts der Zahl der Patienten, die in die Praxis kommen, sind epidemische Verläufe, aber auch allergische Erkrankungen schnell zu erkennen und einzuordnen („Querschnittbetrachtung“). Diese Kompetenzen erwirbt man als Hausarzt in der täglichen Praxis gewissermaßen von selbst. Sie können allerdings noch deutlich verbessert werden, und dazu sind mit der Etablierung der strukturierten Weiterbildung in der Allgemeinmedizin auch die Voraussetzungen geschaffen worden. Die einschlägigen Angebote sind ein nicht zu unterschätzendes Element im Gesamtreich der ärztlichen

Fortbildung, da sie im Rahmen der später vorzustellenden Verträge für eine hausarztzentrierte Versorgung zielgenau auf den Erhalt und die Verbesserung der hausärztlichen Kompetenzen abzielen. Dafür hat der Deutsche Hausärzteverband ein Institut ins Leben gerufen, das Institut für hausärztliche Fortbildung (IhF). Vor allem durch seine Unabhängigkeit von Interessengruppen (wie der pharmazeutischen Industrie) und durch die direkte Praxisrelevanz seiner Angebote hat sich das IhF einen tadellosen Ruf erworben. Seine Fortbildungsmodule und auch die Zertifikate für andere Fortbildungsanbieter werden von Ärztekammern und Krankenkassen gleichermaßen geschätzt und anerkannt.

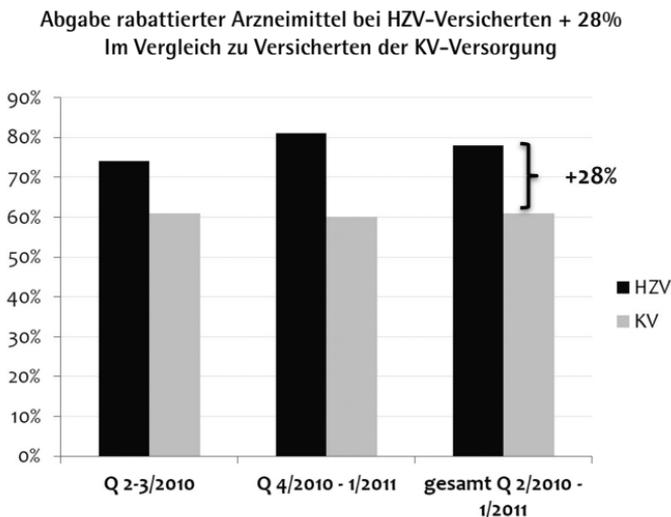


Abb. 3: Einsparungen durch Rabattverträge
Quelle: AOK Baden-Württemberg

Neuerdings bietet das Institut (zusammen mit Partnern) auf einer Online-Plattform namens „HausMed“ auch zertifizierte Coaches zur Unterstützung bei der Gewichtsabnahme, beim Verzicht auf das Rauchen oder beim Umgang mit depressiven Erkrankungen an. Die Arbeit mit Disease-Ma-

nagement-Programmen (DMP) schließt sich hier nahtlos an. Diese DMP liegen vor für Diabetes, Asthma/COPD, Herzinsuffizienz und Brustkrebs. Bis auf Letzteren sind sie fester Bestandteil der hausärztlichen Praxis.

In der Zusammenfassung zeigt sich ein hochintegrierter Ansatz der hausärztlichen Medizin mit fließenden Übergängen von der Prävention (ob primär, sekundär oder tertiär) zur kurativen Medizin.

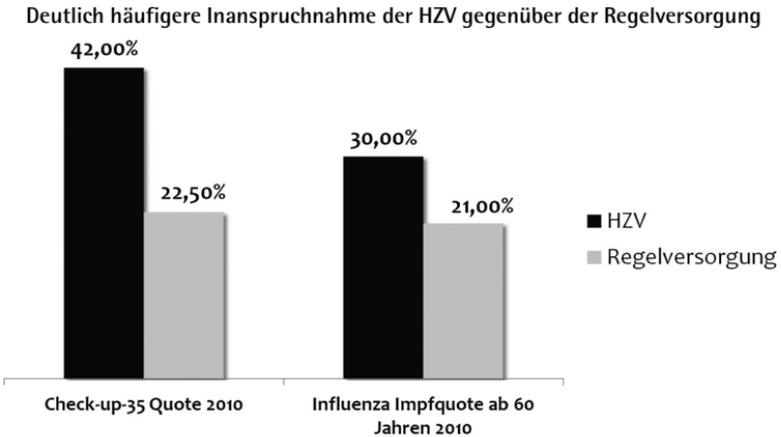


Abb. 4: Präventionserfolge in der hausarztzentrierten Versorgung

Eine konsequente Umsetzung einer hausarztzentrierten Versorgung – wie in dem seit 2008 laufenden gemeinsamen Vertrag des Deutschen Hausärzteverbandes und des sog. Medi-Verbundes mit der AOK Baden-Württemberg – befindet sich derzeit noch in der Evaluation. Erste bekannt gewordene Ergebnisse zeigen jedoch bereits einen sehr positiven (freilich von Experten nicht anders erwarteten) Trend. So ist die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen bei der an dem Modell teilnehmenden Patientenklientel deutlich höher als bei der im herkömmlichen Kollektivvertrag verbliebenen Vergleichsgruppe (Abb. 4). Auch die „Durchimpfungsraten“ und die Leitlinien-Adherence wei-

sen in der hausarztzentrierten Versorgung deutlich bessere Werte auf als im Kollektivvertrag (Abb. 5).

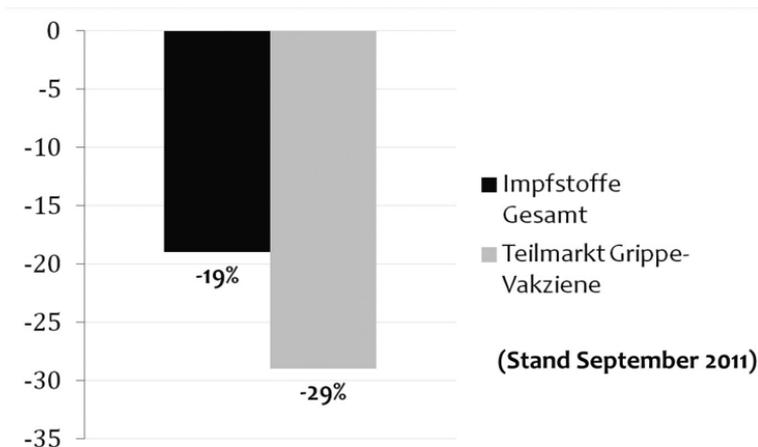


Abb. 5: Impfstoff-Ausgaben
Quelle: Ärzte Zeitung vom 7.11.2011

Die Evaluationsergebnisse werden in Kürze durch die AOK Baden-Württemberg im Zusammenhang vorgestellt. Einige Ergebnisse, die sich bereits abzeichnen, werden durch die Abbildungen 3–5 veranschaulicht.

Wenn das nun alles so ist, warum haben wir dann weniger Hausärzte, als wir benötigen, und warum streben gerade jüngere Ärztinnen und Ärzte diesen schönen Beruf zu selten an?

Einen Hinweis zur Beantwortung dieser Frage geben die Ergebnisse einer Umfrage unter Studierenden: Es wird die hohe Bürokratielast in der hausärztlichen Praxis genannt, ferner die Regressbedrohung bei der Medikamentenversorgung der Patienten und schließlich auch die geringere Einkommenserwartung im Vergleich zu spezialisierten Fachgebieten. In der universitären Ausbildung, also im Studium, spielt die Allgemeinmedizin – ganz im Gegensatz zu ihrer

wichtigen und zunehmenden Bedeutung in der primären Versorgung der Bevölkerung – eine untergeordnete Rolle; sie ist gewissermaßen das Aschenputtel im Kreis der Spezialfächer. Im Vergleich mit den Niederlanden wird diese Benachteiligung besonders deutlich: Dort gibt es (bei acht Universitäten) acht Lehrstühle für Allgemeinmedizin, in Deutschland sind es (bei 38 Universitäten) lediglich 14. Glücklicherweise sehen wir hier einen tendenziellen Anstieg der Zahl der Lehrstühle und Angebote und eine zunehmende Akzeptanz des Faches im Sinne eines Querschnitt- und Generalistenfaches.

Befragungen unter Ärztinnen und Ärzten, die sich in der Weiterbildung in Allgemeinmedizin befinden, ergeben, dass die Berufswahl „Hausarzt“ fast immer mit dem Kennenlernen des Faches verbunden wird. Deshalb ist die Präsenz der Allgemeinmedizin im Studium von enormer Bedeutung. Dazu gehören neben dem universitären Lehrangebot Praktika, Famulaturen und möglichst auch Zeiten im Praktischen Jahr (PJ).

Trotz aller guten Ansätze und allen guten Willens gibt es einen Bereich, der nach wie vor völlig unbefriedigend ist, nämlich die Honorierung der Hausärzte in Deutschland. Dabei geht es nicht nur (aber natürlich auch) um die im internationalen Vergleich (Niederlande, Schweiz, Skandinavien etc.) unterdurchschnittliche Höhe des Einkommens, welche die Allgemeinmediziner auch im Vergleich zu den spezialisierten Arztgruppen schlecht abschneiden lässt. Es geht vielmehr auch und vor allem um das *System* der Honorierung im Bereich der gesetzlichen Krankenkassen (bei denen etwa 90 % der Versicherten versichert sind), um die damit verbundene Bürokratie und um die permanenten Änderungen innerhalb des Systems, die einen verschwenderischen Verbrauch von geistigen und zeitlichen Ressourcen bei den Hausärzten nach sich ziehen.

Ich kann die Verhältnisse hier nur kurz und grob skizzieren: Die Krankenkassen handeln mit den Kassenärztlichen

Vereinigungen im Voraus ein Honorarvolumen aus, das diese dann zu verteilen haben. Auch die konkrete Umsetzung dieser Vereinbarungen – ob mehr zentral oder mehr regional, ob mehr oder weniger Morbiditätsorientierung, ob mehr oder weniger Leistungsbereiche, die zusätzlich („extrabudgetär“) honoriert werden sollen – ist aufgrund lobbyistischer Beeinflussung der Gesetzgebung einem ständigen Wechsel unterworfen. Diesem Budget stehen auf der anderen Seite die Leistungen gegenüber, die in einem sog. einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abgebildet werden, welcher wiederum vom Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in einem sog. Bewertungsausschuss vereinbart wird. Die permanenten Änderungen des EBM erfordern jeweils Anpassungen der Praxis-Software und bringen einen erheblichen Schulungsbedarf bei Ärzten und nichtärztlichem Personal mit sich.

Dieser EBM ist zwar grundsätzlich auf einer betriebswirtschaftlichen Grundlage erarbeitet worden, jedoch ist diese Betrachtungsweise häufig, insbesondere bei persönlichen ärztlichen Leistungen, auch wieder verlassen worden. Ein Vergleich zwischen einer persönlicher Leistung (wie einem Hausbesuch) und einer technischen (wie einer MRT-Schicht) mag das verdeutlichen: Während die technische Leistung (inklusive der Beurteilung des Ergebnisses) planbar ist und ohne direkte Interaktion mit dem Patienten stattfinden kann, ist bei der persönlichen Leistungserbringung immer eine Interaktion zwischen Patient und Arzt notwendig; außerdem ist sie selten planbar und selten vorhersehbar, und zwar nicht nur was den zeitlichen, sondern auch was den psychischen Aufwand betrifft. Insgesamt entspricht die Mittelzuweisung für die hausärztliche Primärversorgung der deutschen Bevölkerung in etwa den Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für die Verwaltung.

Der Hausarzt ist die erste Anlaufstelle bei gesundheitlichen Problemen. Oft wird unterschätzt, wie hoch die Pro-

blemlösungskraft der hausärztlichen Versorgung ist. Etwa 80 Prozent der vorgetragenen Patientenprobleme kann der Hausarzt abschließend lösen. Nur in den übrigen Fällen muss er Fachärzte hinzuziehen, und nur für diese Fälle ist der Begriff „Lotse“ zutreffend. Die Prävention ist ein weiteres, wichtiges und oft unterschätztes Arbeitsfeld der hausärztlichen Versorgung. Dies betrifft die Früherkennung nach § 25 SGB V („Check-up 35“), Kindervorsorgeuntersuchungen sowie die Durchführung der Jugendvorsorgeuntersuchung (J 1) und die Impfungen beispielsweise gegen Tetanus, Diphtherie oder gegen Influenza (bei älteren und gefährdeten Personen). Wenig thematisiert und in der Gebührenordnung nicht zu finden ist beispielsweise die Sturzprävention im Rahmen von Hausbesuchen bei älteren Menschen. Gefahrenquellen wie Teppichläufer, höhere Schwellen usw. werden dabei häufig erkannt und können dann rasch beseitigt werden. Darüber hinaus gibt es aber auch noch die tertiäre Prävention nach durchgemachten Erkrankungen wie Schlaganfall oder Herzinfarkt, ggf. mit der Einleitung rehabilitativer Maßnahmen. So gesehen ist die hausärztliche Versorgung gekennzeichnet durch einen fließenden Übergang zwischen Prävention und Kuration.

Das tradierte System des Kollektivvertrags und der Kassenärztlichen Vereinigungen ist diesem Leistungsspektrum der hausärztlichen Praxis nicht mehr gerecht geworden. Durch die Konzentration auf die Honorierung einzelner Leistungen ist zwar die Illusion aufrechterhalten worden, dass Leistung honoriert wird. Die Quotierungen und Abstaffelungen haben jedoch unter den herrschenden Budgetbedingungen immer mehr zur Entwertung vor allem der „sprechenden Medizin“ geführt. Die Hausärzte sahen sich – wie andere Fachgruppen auch – in einem Hamsterrad der Leistungserbringung gefangen, aus dem es kein Entrinnen gab. Das ist einer der wesentlichen Gründe, weswegen gerade die Hausärzte darüber nachgedacht haben, ein System zu generieren, das diese Schwächen nicht aufweist

und dabei dem tradierten System wirtschaftlich und qualitativ mindestens ebenbürtig ist. Sie haben dabei auf den Gedanken des Vertrags- bzw. Systemwettbewerbs gesetzt. In den vergangenen zehn Jahren haben sie dieses Ziel konsequent verfolgt und durch viele Beschlüsse der Gremien des Deutschen Hausärzteverbandes mit seinen gut 30.000 Mitgliedern bekräftigt. Sie haben dabei die Politik überzeugen können und – selbstverständlich auch mit einem gewissen Nachdruck – entsprechende Gesetzesänderungen erreicht. Die entscheidende gesetzliche Vorgabe ist dabei der § 73b SGB V, der den Krankenkassen auferlegt, ihren Versicherten eine *hausarztzentrierte Versorgung* anzubieten. Zu betonen ist hier, dass es sich um ein Angebot handelt, das Versicherte wie Hausärzte freiwillig annehmen können. Allein diese Verpflichtung, den Versicherten ein solches Angebot zu unterbreiten, wurde jedoch von der Mehrheit der Krankenkassen zunächst vehement bekämpft und dann unterlaufen. Sie haben anscheinend befürchtet, dass dieses Angebot in großem Maße angenommen würde und dass dann die gegebene bequeme Situation mit der Zahlung einer befreienden Gesamtvergütung an die Kassenärztlichen Vereinigungen zur Sicherstellung der Versorgung nicht mehr ausreichen würde. In den Verträgen nach § 73b SGB V ist die Leistungsbeschreibung und die Honorierung neu auszuhandeln. Eine Krankenkasse in Deutschland hat schon vor der Verpflichtung, eine hausarztzentrierten Versorgung anzubieten, über ein Ausschreibungsverfahren zusammen mit dem Hausärzteverband und dem Medi-Verbund (das ist ebenfalls ein Zusammenschluss niedergelassener Ärzte, dem allerdings auch Fachärzte angehören) eine solche Versorgung etabliert. Die Führung dieser Krankenkasse, der AOK Baden-Württemberg, hat erkannt, dass dem zukünftigen Mangel an Hausärzten in der Fläche und der mangelhaft ausgeprägten Steuerung im Gesundheitswesen damit effektiv entgegengewirkt werden kann. Dieser Vertrag, dem inzwischen über eine Million Versicherte und fast 4000 Haus-

ärztinnen und Hausärzte beigetreten sind, beruht auf der Einschreibung des Versicherten bei einem von ihm gewählten Hausarzt. An diese Einschreibung ist er ein Jahr gebunden. Dies wird mitunter als Einschränkung der freien Arztwahl kritisiert. Allerdings ist die Beziehung zu einem frei gewählten Hausarzt in der Regel außerordentlich dauerhaft. Die freie Arztwahl sollte im Übrigen nicht verwechselt werden mit der freien Wahl der Versorgungsebene, welche in dem immer komplizierter werdenden Medizinbetrieb sicherlich weder unter qualitativen noch unter wirtschaftlichen Aspekten sinnvoll erscheint.

In der Honorarordnung ist festgelegt, dass der Hausarzt für jeden eingeschriebenen Versicherten eine jährliche Grundpauschale erhält, die durch Zuschläge für Qualität und Leistungsumfang ergänzt wird. Kritisiert wird, interessanterweise vor allem von Gehaltsempfängern, dass es sich hier um ein Honorar für Nichtstun handele. Mitunter ist es zwar im Medizinbetrieb vielleicht sogar eine Überlegung wert, Nichtstun zu honorieren – das ist aber nicht der Gedanke hinter dieser Pauschale. Sie ist eher eine Vorhaltepauschale (wie sie beispielsweise auch die Niederländer kennen). Sie dient dazu, die Frequenz der Kontakte zwischen Patienten und Arzt auf ein vernünftiges Maß zu beschränken, den Patienten unnötige medizinische Interventionen zu ersparen und sie zu ermuntern, Eigenverantwortung zu übernehmen – die in diesem Fall nicht auf eine irgendwie geartete finanzielle Selbstbeteiligung reduziert ist.

Die Qualitätszuschläge gehen davon aus, dass der Hausarzt seine Möglichkeiten, wie beispielsweise sonografische Untersuchungen, dann anwendet, wenn das medizinisch geboten ist, und dass er nicht unter kameralistischen Budgetbedingungen kalkulieren muss. Für längere Krankheitsepisoden gibt es dann ab dem Folgequartal eine weitere Behandlungspauschale. Ein Zuschlag für die Behandlung chronisch kranker Patienten wird für jedes Quartal bezahlt, in dem eine Behandlung stattgefunden hat, um die Konzentration

auf diese Patientengruppe zu fördern und die Zeit, die für diese Menschen aufgebracht werden muss, explizit zu honorieren. Zur Entlastung der Hausärztinnen und Hausärzte – gerade bei der Betreuung chronisch Kranker – wird ein Zuschlag zur Chronikerpauschale (in Abb. 6, unten links) gezahlt, wenn die Praxis über eine speziell weitergebildete medizinische Fachangestellte – eine sog. Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (VERAH®) – verfügt. Daneben gibt es eine überschaubare Zahl von Einzelleistungen wie die Notfallbehandlung u. Ä.

Honorarordnung in AOK Baden-Württemberg auf dem „Bierdeckel“

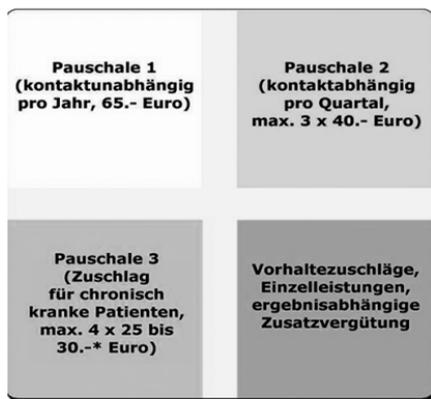


Abb. 6: Vereinfachung des Honorarsystems

Quelle: AOK Baden-Württemberg

Das Honorarniveau ist dadurch bei den Hausärzten in Baden-Württemberg, die diesem Vertrag beigetreten sind, nicht unerheblich gestiegen. Für die Refinanzierung werden Effizienzgewinne durch einen rationalen Einsatz von Arzneimitteln herangezogen. Dazu werden in der vertragsbegleitenden obligaten Fortbildung Qualitätszirkel zur rationalen Arzneimitteltherapie angeboten, und durch ein Softwaremodul wird die Verschreibung rabattierter Arznei-

mittel unterstützt. Mit der Krankenkasse werden Ziele vereinbart, deren Erreichung zu einer Prämierung führen kann. Im Gegensatz dazu findet die beabsichtigte Steuerung der Medikamentenausgaben im Kollektivvertrag lediglich über die Regressbedrohung statt – auch wenn vor dem Regress eine Beratung stattfinden muss.

Die Steuerung durch positive Anreize, die für diesen Hausarztvertrag charakteristisch ist, ist ein nicht zu unterschätzendes Element zur Steigerung der Berufszufriedenheit und damit auch eine Motivationshilfe für den ärztlichen Nachwuchs.

Durch Prognos-Befragungen in den Jahren 2010 und 2011 konnten wir feststellen, dass auch die Versicherten mit diesem Vertrag rundum zufrieden sind (2010: 96,9 %, davon 39,8 % sehr zufrieden; 2011: 96,0 %, davon 48,0 % sehr zufrieden). Ein weiterer Beleg für die allgemeine Zufriedenheit ist auch die konstante Teilnahme über die drei betrachteten Jahre seit Vertragsbeginn 2008. Es gibt kaum Ausschreibungen aus dem Vertrag, und zwar weder bei den Versicherten noch bei den Hausärzten.

Den Herausforderungen der Gegenwart und erst recht der Zukunft in Bezug auf Demografie und Morbiditätsentwicklung können wir nur gerecht werden, wenn wir die Primärversorgung und damit die hausärztliche Medizin stärken, ihre Problemlösungskraft nutzen und ihre Kompetenz einsetzen, die jeweils notwendige Hinzuziehung von spezialistischer Fachkompetenz, aber auch von nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen patientengerecht zu steuern. Das Versagen des tradierten korporatistischen Systems erfordert das Beschreiten neuer Wege mit einer Stärkung wettbewerblicher Elemente und mit geeigneten Anreizsystemen sowie mit einer deutlichen Verminderung der bürokratischen Belastung bei den Heilberufen insgesamt und bei den Hausärzten im Besonderen.

Anmerkungen

¹ 43 % der deutschen Bevölkerung haben mindestens eine chronische Erkrankung, bei den über 65-Jährigen sind es sogar 70 % (vgl. Gerlach, Ferdinand M.: Wider die Dominanz des Dringlichen [www.allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de/lehre/lehre12/allgmed_vor_II_2012_04_25_ger_wider_dominanz_des_dringlichen.pdf], Folie 25)

² Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Sondergutachten 2009. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Baden-Baden 2009.