

erkennen, um so einer „Ausländer-Diskriminierung“ entgegenzuwirken“

Kommentar von Prof. Dr. Thomas Lichte, Institut für Allgemeinmedizin der Universitäten Magdeburg und Halle

Die Entwicklungen in der Schweiz – nach Bericht von Dr. R. Meyer – sind denen in Deutschland ähnlich. Der Allgemeininternist ist (bei den vielen Subspezialitäten) auch im südlichen Nachbarland heute nicht mehr in der Lage, innerhalb des spezialärztlichen Settings zielführend Probleme zu lösen. Er muss sich also anderen Versorgungsbereichen zuwenden; und da bietet sich der hausärztliche Bereich an; diesmal ist uns eben mal die Schweiz hinterher! Aber vielleicht kann sie aus unseren Fehlern lernen (s. Leserbrief Dr. W. Kölling).

Hausärztliche Internisten werden bei selbstkritischer Betrachtung immer wieder erkennen, dass sie selbständig fachinternistische Probleme kaum noch ohne Subspezialisten klären können, dass aber auch im hausärztlichen Bereich u. a. die Synopsis mit den „kleinen Fächern“ fehlt! Bildlich gespro-

chen sieht der Allgemeininternist eben nicht den ganzen Menschen wie der Allgemeinarzt, sondern einen Torso von der Schilddrüse bis zum Enddarm ohne Kopf, Hirn, Seele, Haut, Geschlechtsorgane, Stütz- und Bewegungsapparat.

Die breit weitergebildeten Hausärzte – frühere Fachärzte für Allgemeinmedizin – müssen ihre Erfahrung und ihr Wissen in die (Berufs-)Politik einbringen, um eine breit gefächerte Weiterbildung konkret zu gestalten und diese auch den jungen Kolleginnen und Kollegen – am besten in einem attraktiven Verbundsystem mit gerechter Bezahlung – zu ermöglichen. Die wichtigsten Inhalte mit Fokussierung nicht nur auf technische Fertigkeiten, sondern auf die Notwendigkeiten und Bedürfnisse in der hausärztlichen Versorgungsebene, stellen die Weiterbildungsgremien mit der gesamten DEGAM und dem Hausärzterverband in Deutschland vor die Herausforderung, einen „Hausarzt 2010“ plus zu schaffen.

Nach konkreter Darstellung der Inhalte der hausärztlichen Versorgung mit Gestaltung und Umsetzung einer ent-

sprechenden Weiterbildung kann auch wieder an Entscheidungsgremien herangetreten werden. Nur mit Argumenten sind die Vertreter der (Berufs-)Politik zu überzeugen, dass eine Weiterbildung zum Hausarzt der Zukunft sich breit auf kleine Fächer einlassen muss, und dies ist nur mit einer entsprechend curricularen Weiterbildung möglich. Die jetzige Weiterbildungsordnung lässt dies ohne Weiteres zu, da mit zwei Jahren Innerer Medizin im stationären Bereich eine gute Basis für ärztliche Fertigkeiten geschaffen werden kann und neben 18 Monaten Weiterbildung im hausärztlichen Praxisbereich bis zu 6 weitere (kleine) Fächer auch nach individuellen Wünschen der Ärzte in Weiterbildung evt. auch ambulant in jeweils drei Monaten abgeleistet werden können. Zur Identitätsstiftung im Fach sind begleitende Veranstaltungen und Mentoring sehr sinnvoll.

Eine bessere hausärztliche Weiterbildung und damit auch Versorgung müsste die notwendigen Bedingungen schaffen, um sich gegen den bereits eingetretenen und sich verschärfenden Hausärztemangel erfolgreich zu stemmen.

Zugangsorientierter primärmedizinischer Versorgungsauftrag

Die bislang sicheren Grundlagen unserer Tätigkeit und damit auch die bisherigen Definitionen unseres Faches* (siehe <http://www.degam.de/fachdefinition.html>) werden derzeit unterminiert:

- der Wert von Medizinstudium/Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin (=> Agnes, VeraH, Mopra o. ä.)
- Hausbesuche als besonderes Merkmal eines Hausarztes (=> Agnes, VeraH, Mopra o.ä.)
- die persönliche Arzt-Patient-Beziehung und die „erlebte Anamnese“ (=> Großspraxen, zunehmende Bürokratisierung)
- die Individualität der Behandlung (=> DMP, Leitlinien, Behandlungspfade)
- eine qualitativ hochwertige Versorgung (=> Pauschalierung in EBM...)
- das Vertragsmonopol der KVen (=> alle 2 Jahre erneute Ausschreibung der §73b/73c-Verträge?)
- der Sicherstellungsauftrag der KVen (=> 2011 Ende der Niederlassungsplanung?)

Diese Verunsicherung bei gleichzeitig extremem Zeitdruck (ca. 2–3 x so viele Patientenkontakte pro Woche wie in vergleichbaren Ländern; durchschnittlich um mehrere Stunden höhere Wochenarbeitszeit) führen über Zukunftsängste, Burn-out, und frühzeitiger Praxisaufgabe bei Nachwuchsmangel gerade im hausärztlichen Bereich zu immer mehr Versorgungsgapsen.

Angesichts des raschen Wandels der Strukturen ist eine zeitgemäße Definition notwendig, um eine großflächige, erreichbare und funktionierende allgemeinmedizinische Versorgung zu gewährleisten. Wenn man die regionale Versorgungsqualität analog den Hilfsfristen der Rettungsdienste in den Mittelpunkt stellt, ergibt sich ein modernes Modell, das mit Indikatoren und Benchmarking klare Zielvorgaben für die Politik bietet.

Dazu möchte ich – in Ergänzung der inhaltlich guten DEGAM-Definition – einige Thesen für Grundbedingun-

gen einer zugangsorientierten primärmedizinischen Versorgung vorschlagen:

1. Niedrigschwellige Basisversorgung: für jeden (WHO-Forderung) sollte eine primärmedizinische = allgemeinärztliche Versorgung ohne „Kassengebühr“ zur Verfügung stehen.

2. Kompetenz: auf der Primärversorgungsebene sollte die Mehrzahl (z. B. mindestens 60 %) der Beratungsanlässe geklärt werden können.

3. Wohnortnähe: eine Primärversorgung sollte für fast alle (z. B. mindestens 90 % der Bevölkerung) innerhalb von kurzer Zeit (z. B. max. 30 min Fahrzeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder 15 min mit PKW) erreichbar sein.

4. Schnelligkeit: in dringlichen Fällen sollte kurzfristig (z. B. an Werktagen innerhalb von 24 h) ein Behandlungstermin möglich sein.

5. Positivlisten: auf dieser Ebene sollten (mindestens 80 %) der Medikamenten/

Heilmittel/Hilfsmittel ohne Regressgefahr über kassenübergreifende (!) Positivlisten verordnungsfähig sein.

6. Dezentrale Datenverwaltung: die Sammlung, Bewertung und Speicherung der Patienten-Behandlungs-Daten sollte in bewährter Weise immer dezentral auf der Primärversorgungsebene erfolgen – es sei denn, ein Patient widerspricht dem schriftlich.

7. Standardisierte Erfassung: Der Großteil (z. B. mindestens 80 %) der Diagnosen und der wichtigen Prozeduren auf der Primärversorgungsebene werden standardisiert entsprechend ICPC bzw. den RSA (Risiko-Struktur-Ausgleich)-Diagnosen erfasst.

8. Eindämmung der Bürokratie: z. B. AU-Pflicht erst nach >5 Werktagen; quartalsübergreifende Überweisungen, kein kassenindividuelles Rabattchaos bei Arzneimitteln, standardisierte EDV-Schnittstellen, ...

9. Delegierbarkeit von Routine-tätigkeiten: wie z. B. Routine-Hausbesuchen und von Standard-Beratungen (DMP, Impfungen, Grippeprechstunde, ...) ist durch geschultes Assistenzpersonal möglich**.

10. Rahmenbedingungen: Evidenzbasierung und Qualitätssicherung durch primärmedizinische Versorgungsforschung, Leitlinien und Selbstverwaltung***.

Anmerkungen:

* **Definition Allgemeinmedizin der DEGAM**

(Beschluss der Jahreshauptversammlung vom 21.9.2002)

Der Arbeitsbereich der Allgemeinmedizin beinhaltet die Grundversorgung aller Patienten mit körperlichen und seelischen Gesundheitsstörungen in der Notfall-, Akut- und Langzeitversorgung sowie wesentliche Bereiche der Prävention und Rehabilitation. Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte sind darauf spezialisiert, als erste ärztliche Ansprechpartner bei allen Gesundheitsproblemen zu helfen.

Die Arbeitsweise der Allgemeinmedizin berücksichtigt somatische, psychosoziale, soziokulturelle und ökologische Aspekte. Bei der Interpretation von Symptomen und Befunden ist es von besonderer Bedeutung, den Patienten, sein Krankheitskonzept, sein Umfeld und seine Geschichte zu würdigen (hermeneutisches Fallverständnis).

Die Arbeitsgrundlagen der Allgemeinmedizin sind eine auf Dauer angelegte Arzt-Patienten-Beziehung und die erlebte Anamnese, die auf einer breiten Zuständigkeit und Kontinuität in der Versorgung beruhen. Zu den Arbeitsgrundlagen gehört auch der Umgang mit den epidemiologischen Besonderheiten des unausgelesenen Patientenkollektivs mit den daraus folgenden speziellen Bedingungen der Entscheidungsfindung (abwartendes Offenhalten des Falles, Berücksichtigung abwendbar gefährlicher Verläufe).

Das Arbeitsziel der Allgemeinmedizin ist eine qualitativ hochstehende Versorgung, die den Schutz des Patienten, aber auch der Gesellschaft vor Fehl-, Unter- oder Überversorgung einschließt.

Der Arbeitsauftrag der Allgemeinmedizin beinhaltet:

- Die primärärztliche Filter- und Steuerfunktion, insbesondere die angemessene und gegenüber Patient und Gesellschaft verantwortliche Stufendiagnostik und Therapie unter Einbeziehung von Fachspezialisten.

- Die haus- und familienärztliche Funktion, insbesondere die Betreuung des Patienten im Kontext seiner Familie oder sozialen Gemeinschaft, auch im häuslichen Umfeld (Hausbesuch).

- Die Gesundheitsbildungsfunktion, insbesondere Gesundheitsberatung und Gesundheitsförderung für den Einzelnen wie auch in der Gemeinde.

- Die Koordinations- und Integrationsfunktion, insbesondere die gezielte Zuweisung zu Spezialisten, die federführende Koordinierung zwischen den Versorgungsebenen, das Zusammenführen und Bewerten aller Ergebnisse und deren kontinuierliche Dokumentation, sowie die Vermittlung von Hilfe und Pflege des Patienten in seinem Umfeld.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Uwe Popert
Arzt für Allgemeinmedizin
Lehrbeauftragter der Abt. Allgemeinmedizin
Universität Göttingen
Goethestr. 70
34119 Kassel
E-Mail: uwe.popert@t-online.de

** Ähnliche Entwicklungen auf den Ebenen der spezialisierten Versorgung für Standard-Eingriffe sind wegen des begrenzten Fachspektrums vergleichbar einfach umsetzbar z. B. bei Koloskopien, Herzkathetern, Belastungs-EKG, Metallentfernungen ...

*** Andere Punkte wie 73b-Verträge oder das eRezept wurden bewusst ausgeklammert, weil sie keinen eigenen Wert haben, sondern nur ggf. Mittel zum Zweck sind.