

Multitasking ist nötig – auch in der Politik

Multitasking is Essential – Also in Politics

Uwe Popert

Die Medizinstudentin Verena Tobert hat in ihrer Bachelorarbeit 226 konsekutive Beratungssituationen bei zwölf Hausärzten beobachtet (s. Seite 222–226). Sie stellte fest, dass je Sprechzimmerkontakt zwei bis drei Organsysteme bzw. zwei bis drei Beratungsanlässe bearbeitet wurden. Und das in weniger als der Hälfte der Zeit, die in vergleichbaren Ländern dafür zur Verfügung steht.

Wenn die Ergebnisse auf das deutsche Gesundheitssystem insgesamt übertragbar sind (und es spricht derzeit nichts dagegen), hätte das weit reichende Konsequenzen: Einerseits wird damit die Aufgabenlast und auch die Zeitnot deutscher Hausärzte dargestellt, andererseits deren Unersetzbarkeit, hohe Weiterbildungsanforderungen und auch die insbesondere durch Zeitdruck leidende Attraktivität des Berufes.

Deutschland hat bereits jetzt im internationalen Vergleich extrem wenig Hausärzte: Nur noch weniger als 15 % der arbeitenden Ärzte sind hausärztlich tätig (OECD-Durchschnitt: etwa 30 %). Von diesen wird in den nächsten fünf Jahren voraussichtlich rund die Hälfte in Rente gehen. Also etwa 10 % bzw. 5.000 der 50.000 pro Jahr. Selbst bei vollständiger Auslastung der 7.500 finanzierten Stellen für mindestens zwei Praxisjahre allgemeinärztlicher Weiterbildung, wäre das weniger als die Hälfte des Bedarfes. Weil einerseits viele ausgebildete Allgemeinmediziner in andere Arbeitsbereiche abwandern, und zusätzlich die geforderte Work-Life-Balance eine andere ist als bisher, rechnet man, dass drei Neulinge maximal zwei Auscheidende ersetzen können.

Die Politik glaubt, gegen den sich abzeichnenden Mangel in Stadt und Land insbesondere folgende Patentrezepte zu haben: mehr nichtärztliches Personal, Internet-Patientenakten und Video-Sprechstunden.

• **Nichtärztliches Personal:** Bereits jetzt gibt es einen eklatanten Mangel an ausgebildetem Fachpersonal, das allerdings kein Multitasking im geforderten Sinn leisten kann. International typisch für Krankenschwesternsprechstunden sind hochspezialisierte Bereiche.

• **Telemedizin und Online-Patientenakten:** Es wurde noch nie gezeigt, dass damit Hausärzte ersetzt werden können. Im Gegenteil: Die Arbeit mit unübersichtlicheren größeren Datenmengen, deren Pflege und die alltäglichen technischen Probleme erfordert zusätzliche Zeit.

• **Video-Sprechstunden:** Der Anteil der dafür in Frage kommenden Beratungsanlässe ist nur geringfügig größer als bei – ohnehin schon möglichen – Telefonaten; Multitasking ist kaum möglich. Der Zeitbedarf und auch die haftungsrechtlichen Probleme gegenüber einer Live-Konsultation sind höher.

Das bedeutet, dass die Politik durch parallele Maßnahmen die hausärztlichen Lasten verringern muss, denn zeitliche Reserven gibt es nicht (deutsche Hausärzte arbeiten schon jetzt länger und deutlich schneller als ihre Kollegen im europäischen Ausland):

• **Weniger Bagatellfälle:** Die faktische Notwendigkeit von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ab dem ersten Krankheitstag füllt die Wartezimmer unnötig. Patienten mit grippalen Infekten, Durchfällen, Kopfschmerzen, Menstruationsbeschwerden usw. benötigen eigentlich keine ärztliche Hilfe. Abhilfe: Notwendigkeit ärztlicher AU-Atteste erst nach einer Woche.

• **Weniger Bürokratie:** Faktisch undurchschaubare Regelungen bei der Verordnung von Medikamenten, Heil- und Hilfsmittel sowie hochkomplexe

Abrechnungs- und Kodierungsregelungen dienen derzeit in Kombination mit den zunehmenden Regressen eher der Abschreckung als einer effektiven Patientenversorgung. Positivisten und hausärztliche Basis-kodierung sind nötig. Und nachhaltige Umorientierung: Mehr Geld alleine reicht nicht, wenn hochqualifizierte Arbeitszeit knapp ist. Vor Umsetzung von – immer wieder üblichen – politischen Zusatzanforderungen (wie z.B. Stammdatenpflege für die Krankenkassen) muss geklärt werden, welche bisherigen Leistungen entfallen sollen, um eine Neuerung umzusetzen.

• **Vereinfachte Abrechnung:** EBM, GOÄ, BG-Abrechnung und unterschiedliche HzV-Modelle sind gerade für Neueinsteiger und Halbtagskräfte erhebliche Hürden. Zudem fördert die derzeitige GOÄ unnötige Technik und unnötige individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL). Einheitliche Einschreibemodelle sind eine einfache und international häufig praktizierte Alternative.

Die Politik kann natürlich auch weiter zuschauen – das erhöht die Aufgabenlast aber bereits mittelfristig und verringert die Optionen.

So oder so – Multitasking ist nötig.

Interessenkonflikte: Uwe Popert ist Hausarzt, will spätestens mit 70 Jahren in Rente gehen und hätte dann gerne eine gesicherte medizinische Versorgung.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Uwe Popert
Arzt für Allgemeinmedizin
Sprecher der DEGAM-Sektion Versorgung
Goethestraße 70
34119 Kassel
uwe.popert@web.de