

Auf dem Prüfstand – die 24 DEGAM-Zukunftspositionen aus der Sicht von niedergelassenen Hausärzten

On Trial – the “DEGAM-Position Paper on the Future” from the Point of View of Family Practitioners

Wolfgang Blank¹, Hannes Blankenfeld², Anna-Maria Frangoulis³, Reinhold Klein⁴, Ute Lachner-Eitzenberger⁵, Claudia Levin⁶, Martin Liebl⁷, Michael Rinecker⁸, Dagmar Schneider⁹, Mirjam Schrön¹⁰, Birgitt Weinhold¹¹, Anton Beck¹²

Zusammenfassung: Zwölf niedergelassene Hausärzte haben die 24 Zukunftspositionen der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) vor dem Hintergrund ihrer täglichen Praxis diskutiert. Sie bewerteten sie als ein enorm hilfreiches Instrument für die Positionierung der Allgemeinmedizin im Gesundheitswesen und die Stärkung des beruflichen Selbstverständnisses. Aus ihrer Sicht sind jedoch Veränderungen und Präzisierungen notwendig. Eine konstruktive Diskussion der Vorschläge soll eine größtmögliche Relevanz und Akzeptanz der Forderungen für die Rahmenbedingungen und Zukunftsoptionen des Fachgebietes erreichen.

Schlüsselwörter: DEGAM-Zukunftspositionen; Hausarzt; Evaluation; Primärarztssystem; Gesundheitsversorgung

Summary: Twelve family practitioners discussed the “Paper on the Future of the German College of General Practitioners and Family Physicians (DEGAM)” against the background of their day-to-day practice. The position paper was considered to be very helpful to strengthen the standing of family medicine in health care and the professional identity of family doctors. Yet it seemed necessary to apply several modifications to the text and specify certain aspects. The presented ideas hopefully trigger a constructive discussion to achieve the highest possible relevance and a broad acceptance for German family medicine’s future options.

Keywords: DEGAM position paper on the future; family practitioner; evaluation; primary care; healthcare

Einführung

Mit den Zukunftspositionen der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) erfolgte 2012 der längst überfällige Schritt, die Tätigkeit von Hausärzten allgemein und im Kontext der gesundheitspolitischen Landschaft zu beschreiben und einzuordnen. Sie sollen helfen, allen Beteiligten im Gesundheitssystem die weitreichenden und wichtigen Aufgaben der Allgemeinmedizin zu vermitteln. Das Präsidium der DEGAM hat die Zukunftspositionen während einer Klausurtagung entworfen und in einem mehrstufigen Diskussionsprozess zusammen mit den Mitgliedern weiterentwickelt [1].

Inwieweit diese Positionen außerhalb der Hochschul- und Gesundheitspolitik von Hausärzten wahrgenommen und bewertet wurden, ist nicht bekannt. In den „DEGAM-Infos“ wurden die einzelnen Positionen vorgestellt und eine kritische Diskussion angeregt [2]. Eine Gruppe von niedergelassenen Hausärzten hat die Thesen auf den Prüfstand gestellt und präsentiert ihr Ergebnis am Beispiel der ersten vier Zukunftspositionen als Diskussionsgrundlage.

Methoden

Zwölf niedergelassene Hausärzte (sechs weiblich, sechs männlich) haben sich seit Oktober 2013 in regelmäßigen Ab-

ständen zu sechs zweitägigen Seminaren getroffen. Alle Ärzte kennen sich durch die gemeinsame Lehrtätigkeit am Institut für Allgemeinmedizin der TU München. Der Altersschnitt lag bei 53 Jahren (39–66) und die durchschnittliche Niederlassungsdauer bei 17 Jahren (5–30; Stichtag 1. Juli 2017). Bei den Treffen wurden jeweils vier der DEGAM-Zukunftspositionen diskutiert und so die eigene berufliche Tätigkeit reflektiert. Jedes Gruppenmitglied wurde Pate für zwei Positionen. In gemeinsamer moderierter Gruppendiskussion und im Konsensusverfahren [4] wurden diese vor dem Hintergrund der persönlich erlebten Versorgungsrealität überarbeitet und in der hier vorliegenden Form zusammengefasst.

¹ Facharzt für Allgemeinmedizin, Kirchberg im Wald; ² Facharzt für Allgemeinmedizin, München; ³ Fachärztin für Allgemeinmedizin, Gilching;

⁴ Facharzt für Allgemeinmedizin, Pfaffenhofen a.d. Glonn; ⁵ Fachärztin für Allgemeinmedizin, Peißenberg; ⁶ Fachärztin für Allgemeinmedizin, München;

⁷ Facharzt für Allgemeinmedizin, Niederaichbach; ⁸ Facharzt für Allgemeinmedizin, Feldkirchen; ⁹ Fachärztin für Allgemeinmedizin, Wangau;

¹⁰ Fachärztin für Allgemeinmedizin, Miesbach; ¹¹ Fachärztin für Allgemeinmedizin, Tiefenbach; ¹² Facharzt für Allgemeinmedizin, Rottenburg a. d. Laaber

Peer reviewed article eingereicht: 11.05.2017, akzeptiert: 30.06.2017

DOI 10.3238/zfa.2017.0486-0492

Ergebnisse

Für alle 24 Zukunftspositionen wurden formale und inhaltliche Veränderungsvorschläge erstellt. Den ursprünglichen Formulierungen wurde ein kommentierter, alternativer Text gegenübergestellt. Die ersten vier Zukunftspositionen werden in diesem Artikel vorgestellt, die weiteren sind in Vorbereitung.

Diskussion

Primär diente die Diskussion der Positionen den Seminarteilnehmern dazu, sich gemeinsam über die verschiedenen Aspekte der eigenen Tätigkeit nachhaltig Gedanken zu machen und die eigene hausärztliche Tätigkeit intensiv zu reflektieren. Die Beteiligten fanden in diesem Prozess viele offene und veränderungswürdige Punkte und wollten diese einer breiteren interessierten Öffentlichkeit vorstellen.

Alle 24 Zukunftspositionen wurden übereinstimmend als wichtig wahrgenommen. Auffallend waren zum einen die wissenschaftslastige Formulierung, zum anderen erschienen einzelne Forderungen der Praxisrealität und dem subjektiv wahrgenommenen Versorgungsauftrag in der Hausarztpraxis

Name	Niederlassung	Praxisform	Einwohner Praxisort [3]
Anton Beck	Oktober 1997	EP	7.827
Wolfgang Blank	Juli 1998	üGP mA	4.325
Hannes Blankenfeld	Januar 2009	EP mAiW	1.450.381
Anna-Maria Frangoulis	Januar 2002	EP	18.340
Reinhold Klein	Januar 1986	GP	2.040
Ute Lachner-Eitzenberger	August 1993	GP mA	12.516
Claudia Levin	September 1986	EP mAiW	1.450.381
Martin Liebl	Juli 2009	GP	3.975
Michael Rinecker	Januar 1996	EP mA	7.190
Dagmar Schneider	Mai 1996	GP	3.831
Mirjam Schrön	November 2012	EP	11.382
Birgitt Weinhold	November 2006	EP mAiW	1.969

EP = Einzelpraxis; **EP mA** = Einzelpraxis mit angestellten Ärzten;
EP mAiW = Einzelpraxis mit angestelltem Arzt in Weiterbildung;
GP = Gemeinschaftspraxis; **GP mA** = Gemeinschaftspraxis mit angestellten Ärzten;
üGP mA = überörtliche Gemeinschaftspraxis mit angestellten Ärzten

Tabelle 1 Gruppenteilnehmer

nicht angemessen. Genereller Widerspruch zu einzelnen Positionen war selten. Detailliert wird hierauf bei der Diskussion der einzelnen Positionen eingegangen.

Wir wünschen uns, dass die erarbeiteten Vorschläge zu einer konstruktiven

Diskussion sowohl in unserer Fachgesellschaft als auch in der Hausärzteschaft anregen und dazu beitragen, die Aufgaben und Rahmenbedingungen der Allgemeinmedizin in den Zukunftspositionen genauer und praxisnäher zu formulieren.

Zukunftsposition 1

Originalformulierung	Veränderungsvorschlag	Diskussion
Angesichts zunehmender Spezialisierung und Fragmentierung der Gesundheitsversorgung sind Hausärztinnen und Hausärzte als Generalisten wichtiger denn je.	Hausärzte* sind als Fachärzte Generalisten für den ganzen Menschen.	Der Text dieser Position benennt sowohl die Funktion und Bedeutung als Generalist als auch seine Aufgaben und Besonderheiten als Hausarzt, insbesondere in der Kooperation mit Spezialisten. In der Überschrift sollte der Kern des erläuternden Textes – der Hausarzt ist der Generalist – und die vorhandene und dazu nötige fachärztliche Kompetenz des Hausarztes betont werden.
Generalismus bezeichnet eine medizinische Herangehensweise, die vom konkreten Patienten und seinen Problemen ausgeht. Hausärztinnen und Hausärzte sind nicht primär organ- oder aufgabenzentriert, sondern sehen sich als Spezialisten für den ganzen Menschen. Darin ist kein Anspruch auf Allzuständigkeit enthalten, vielmehr ist es angesichts der immer differenzierteren und spezialisierteren Behandlungsoptionen eine Aufgabe der Hausärztin und des Hausarztes, die langzeitige und umfassende Betreuung, z.B. bei chronisch (mehrfach) Kranken, zum Teil selbst zu leisten und bei Bedarf zwischen verschiedenen Disziplinen bzw. Professionen zu koordinieren.	Hausärzte sind ausgebildete Generalisten, d.h. sie sind Spezialisten für den ganzen Menschen und arbeiten konkret beschwerdebezogen und nicht organ- oder aufgabenzentriert. Sie betreuen Patienten aufgrund akuter und chronischer Beratungsanlässe über viele Jahre hinweg. Dabei können die meisten dieser Beratungsanlässe im eigenen Bereich geklärt werden. Weitere Kernkompetenzen des Hausarztes sind Prävention, Gesundheitsbildung sowie die Zusammenarbeit mit verschiedenen Professionen und Disziplinen und deren Koordination. Dies ermöglicht ihnen, die richtigen Patienten zum richtigen Zeitpunkt dem richtigen (Sub-)Spezialisten zuzuführen.	Richtigerweise wird der Hausarzt als Generalist bezeichnet und der Begriff des Generalisten erklärt. Hausärzte sind jedoch nicht „einfach so“ Generalisten, sondern werden explizit dazu ausgebildet. Dieser Aspekt und die Leistungen der Hausärzte, sollten im Text nachdrücklich verdeutlicht werden. Der Einschub: „Darin ist kein Anspruch auf Allzuständigkeit enthalten, ...“ und die Formulierung „... Betreuung ... zum Teil selbst zu leisten ...“ wirken wenig selbstbewusst. Der Text sollte unmissverständlich verdeutlichen, dass Gesundheitsbildung, Prävention, die Zusammenarbeit mit den unterschiedlichen Berufsgruppen und (Sub-)Spezialisten sowie die Koordinierung der Patienten ein hohes Maß an allgemeinmedizinischer Kompetenz erfordern und Kernqualifikationen des Hausarztes sind.

<p>Die Hauptaufgabe der Hausärztinnen und Hausärzte wird auch in Zukunft die Primär- und Grundversorgung sein. Das bedeutet, dass Hausärztinnen und Hausärzte als erste Anlaufstelle fungieren und auf dieser Versorgungsebene die Mehrzahl (ca. 90 %) der Beratungsanlässe abschließend geklärt werden kann. Darüber hinaus besteht der Vorteil einer gleichzeitigen Bearbeitung mehrerer Beratungsanlässe während eines Arztkontaktes. Hausärztinnen und Hausärzte sehen sich neben ihrer Hauptaufgabe in der Primärversorgung auch als Kooperationspartner einer gegliederten Versorgung, in der (sub-)spezialistische Vorgehensweisen bei der Diagnose und Therapie einzelner Erkrankungen notwendig sind. Angesichts verkürzter stationärer Liegezeiten und der Zunahme altersbedingter Erkrankungen, Multimorbidität und psychischer (Ko-)Morbiditäten gewinnt die langfristige, anlassübergreifende Betreuung an Bedeutung. Hausärztinnen und Hausärzte haben als einzige Facharztgruppe eine besonders breite Weiterbildung und können aufgrund ihrer Arbeitsweise die von ihnen betreuten Menschen als ganze Personen behandeln, ihr Kranksein mit den jeweiligen Lebenskontexten zusammenbringen und dieses Wissen im Sinne einer „personenzentrierten Medizin“ diagnostisch und therapeutisch unmittelbar berücksichtigen. Eine hochrangige britische Expertengruppe (Independent Commission 2011) hat, unter der Devise „Guiding Patients Through Complexity: Modern Medical Generalism“, folgende Kernelemente des Generalismus benannt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wahrnehmung der Patientenperson und ihrer Probleme als Ganzes, Einordnung dieser Probleme in Lebenssituation (besonders wichtig bei psychischen Problemen) und Familienbezug • Ansprechbarkeit für noch nicht differenzierte Probleme aus einem weiten Spektrum • Kooperation und Koordination mit einer Vielzahl anderer Leistungserbringer bzw. Hilfsquellen • Kontinuierliche Betreuung über einzelne Krankheitsepisoden • Anlassunabhängige Versorgung (z.B. präventive Leistungen) • Unterstützung des Patienten bei der Nutzung unterschiedlicher Versorgungsangebote 	<p>Hausärzte sind trotz des für Patienten derzeit freien Zugangs zu allen Versorgungsebenen die Primärversorger im Gesundheitswesen. Hausärzte sind die einzige Facharztgruppe mit einem besonders breiten Aufgaben- und Zuständigkeitsbereich. Hausärzte versorgen zur Zufriedenheit ihrer Patienten über 90 % [5] der Beratungsanlässe im eigenen Bereich. Sie sind multitaskingfähig, d.h. in der Lage, im Rahmen einer Konsultation eines Patienten, bei diesem mehrere Organsysteme und Beratungsanlässe zu behandeln und entsprechende Untersuchungen durchzuführen. Als Generalisten berücksichtigen Hausärzte folgende Kernelemente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wahrnehmung der ratsuchenden Person und ihrer Probleme als Ganzes, Einordnung dieser Probleme in die Lebenssituation und Würdigung des Familienbezugs • Ansprechbarkeit für noch nicht differenzierte Probleme aus einem weiten Spektrum • Kooperation mit einer Vielzahl anderer Leistungserbringer bzw. Hilfsquellen und deren Koordination • Kontinuierliche Betreuung über einzelne Krankheitsepisoden hinweg • Anlassunabhängige Versorgung (z.B. präventive Leistungen) 	<p>Im Originaltext werden die bestehenden und grundsätzlichen Hauptaufgaben und die Leistungsfähigkeit des Hausarztes beschrieben. Die Herausforderungen des demografischen Wandels und dessen konkrete Auswirkung auf die Tätigkeit des Hausarztes werden betont. Nach unserer Überzeugung ist dies kein neuer, sondern ein langjähriger, längst implementierter Teil der hausärztlichen Versorgung. Anschließend wird auf die für den Hausarzt wichtigen Kernelemente verwiesen, wie sie vom Royal College of General Practitioners benannt wurden. Mit der Zitierung der Kernelemente des Generalisten wiederholt sich der Text inhaltlich, weshalb dieser im Sinne einer besseren Lesbarkeit verkürzt werden kann. Besonders hervorgehoben werden sollte in dieser ersten Position, dass Hausärzte jetzt schon die Primärversorger im Gesundheitswesen sind. Möglich ist ihnen dies aufgrund ihrer breiten Weiterbildung, ihrer allgemeinmedizinischen Arbeitsweise und ihres Leistungsspektrums.</p>
--	--	---

Kernaussage

Hausärzte haben die Kompetenz und den Überblick. Ihre besondere Qualität und Wertigkeit in der medizinischen Versorgung muss in dieser Position noch deutlicher herausgestellt werden.

* Es sind stets Personen weiblichen und männlichen Geschlechts gleichermaßen gemeint. Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird im Folgenden nur die männliche Form verwendet.

Zukunftsposition 2

Originalformulierung	Veränderungsvorschlag	Diskussion
Die Hausarztpraxis der Zukunft ist eine Teampraxis.	Die Hausarztpraxis der Zukunft arbeitet im Team.	Der Originaltext beschreibt die Hausarztpraxis der Zukunft als Teampraxis auf drei Ebenen: als internes Team Arzt/MFA (Praxisteam), als externes Team mit nichtärztlichen Medizinischen Fachgruppen und als externes Team mit Ärzten anderer Fachbereiche (definierte Kooperationsformen). Dies sollte in der Überschrift klarer herausgestellt werden.

<p>Hausärztinnen und Hausärzte wollen und müssen zunehmend in hausärztlichen Teams sowie im Team mit Angehörigen anderer Berufsgruppen (insbesondere Medizinischen Fachangestellten, Pflegekräften, Physio-/Ergotherapeuten, Sozialarbeitern etc.) und Disziplinen (anderen Fachärzten, Psychologen etc.) zusammenarbeiten.</p>	<p>Die Hausarztpraxis der Zukunft arbeitet zunehmend im Team. Sie arbeitet mit anderen fachärztlichen und medizinischen Berufsgruppen im Gesundheitswesen intensiv zusammen. Die Zusammenarbeit ist geprägt von flachen Hierarchien, gegenseitiger Anerkennung und Wertschätzung zwischen den Berufs- und Fachgruppen. Dreh- und Angelpunkt der Koordination der Patientenbetreuung sind der Hausarzt und sein Praxisteam.</p>	<p>Das „im Team-Arbeiten müssen“ drückt einen Zwang aus, der als Drohung missverstanden werden könnte. Es grenzt möglicherweise auch qualitativ hochwertig in Einzelpraxen arbeitende Ärzte aus. Die Beschreibung der tendenziellen Zunahme der Arbeit im Team lässt hingegen viele Optionen offen. Gleichzeitig sollte mehr der Charakter der Teamarbeit, der auf Augenhöhe zwischen den Professionen beruht, betont werden. Die zentrale Koordination muss dabei beim Hausarzt und seinem Praxisteam liegen, das in der Regel die Hauptverantwortung für den betreuten Patienten trägt. Die Patientenversorgung profitiert von der koordinierten Arbeit im Team. Patienten und Teammitglieder brauchen einen festen und verlässlichen Bezugspunkt in der Patientenbetreuung. Dies ist originäre Aufgabe der Hausarztpraxis und sollte so im Text adressiert werden.</p>
<p>Eine Patientenversorgung im Team bietet Hausärztinnen und Hausärzten die Chance, die steigenden Anforderungen der Versorgung chronisch Kranker zu bewältigen und ...</p>	<p>Durch die hausärztlich gesteuerte enge Vernetzung der verschiedenen Professionen sowie strukturierte regelmäßige Absprachen zwischen den Versorgungsbereichen kann eine Patientenversorgung im Team die stetig steigenden Anforderungen an die Versorgung chronisch Kranker optimal erfüllen.</p>	<p>Der Satz enthält gleich zwei wichtige, aber verschiedene Teilforderungen. Die erste Forderung, die komplexe Versorgung chronisch Kranker, benötigt besonders qualifizierte Mitarbeiter inner- und außerhalb der Praxis, Zeit für die Patientenbehandlung sowie Ressourcen für die Koordination der einzelnen Beteiligten. Eine Forderung nach Qualifizierungs- bzw. Implementierungsmöglichkeiten und einer angepassten Honorierung dieser Bereiche ist notwendig und konsequent. Die Auswirkungen auf die Arbeitswirklichkeit der tätigen Ärzte kann dann im abschließenden Satz betrachtet werden.</p>
<p>... dabei gleichzeitig eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf (Teilzeittätigkeit/angestellte Tätigkeit) zu erreichen.</p>	<p>Zudem schafft die interprofessionelle Arbeitsteilung für jüngere Ärztegenerationen die Voraussetzungen für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf und damit eine ausgeglichene Work-Life-Balance.</p>	<p>Kommenden Ärztegenerationen sind die Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie eine akzeptable Work-Life-Balance zunehmend wichtig. Dies betrifft insbesondere Frauen, die einen Großteil der Hausärzte der Zukunft ausmachen werden. Junge Ärzte wünschen sich eine Arbeit im Team sowie eine individuelle Arbeitszeitplanung. Dies kann unabhängig von der Praxisform durch moderne Praxisorganisation im Bereich des Zeitmanagements und eine interprofessionelle Arbeitsteilung leichter umgesetzt werden.</p>
<p>Auch in Einzelpraxen, deren Zahl sinkt, werden die Zusammenarbeit im (Klein-)Team und die praxisübergreifende Vernetzung intensiviert.</p>	<p>Dieser Teilsatz entfällt.</p>	<p>Der Satz suggeriert eine relative Abnahme von Einzelpraxen. Tatsächlich ist der relative Anteil an Einzelpraxen mit 60 % über die vergangenen Jahre konstant geblieben [6–8].</p>
<p>Einer erfolgreichen Teamzusammenarbeit dürfen die jeweiligen Honorierungs- bzw. Anreizsysteme nicht entgegenstehen. Der über die Teamarbeit erreichte Nutzen erfordert vielmehr neue Vergütungsstrukturen, insbesondere eine angemessene Honorierung aller beteiligten Professionen.</p>	<p>Der durch die Zusammenarbeit erreichbare Nutzen erfordert neue Vergütungsstrukturen, die Aufwand und Qualifikation der Beteiligten realistisch abbilden und für die Gesundheitsberufe attraktiv machen.</p>	<p>Beide Sätze sagen im Grunde dasselbe aus und könnten positiv mit Konzentration auf den zweiten Teilsatz umformuliert werden.</p>
<p>Bereits heute findet die Mehrzahl der Neuniederlassungen in Kooperationen statt (APO-Bank und Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung: Existenzgründungsanalyse für Ärzte 2009/2010). Randomisierte kontrollierte Studien in deutschen Hausarztpraxen zeigen, dass ein Case Management chronisch Kranker durch Medizinische Fachangestellte in deutschen Hausarztpraxen sehr gut akzeptiert wird und die Versorgung verbessert (Gensichen et al. 2009). Multiprofessionelle und interdisziplinäre Kooperationen sind ein zentrales Element international empfohlener Modelle für Primärversorgungspraxen (Sachverständigenrat 2009).</p>	<p>Knapp 60 % aller Hausärzte sind in einer Einzelpraxis niedergelassen, 40 % in Kooperationsformen [6]. Das Case Management chronisch Kranker durch Medizinische Fachangestellte in deutschen Hausarztpraxen wird sehr gut akzeptiert und verbessert die Versorgung [9]. Multiprofessionelle und interdisziplinäre Kooperationen sind zentrales Element international empfohlener Modelle für Primärversorgungspraxen [10].</p>	<p>Einzelpraxen machen konstant 60 % der Neugründungen von Praxen aus [6]. Frauen gründen deutlich häufiger eine Einzelpraxis als Männer [11].</p>

Kernaussage

Knapp 60 % der Hausärzte sind in Einzelpraxen niedergelassen – mit leicht steigender Tendenz. Eine DEGAM-Zukunftsposition sollte die Umsetzungsmöglichkeiten des Teamgedankens für Einzel- und Gruppenpraxen gleichberechtigt darstellen.

Zukunftsposition 3

Originalformulierung	Veränderungsvorschlag	Diskussion
Hausärztinnen und Hausärzte bieten ein umfassendes Behandlungsspektrum für alle Patientengruppen an.	Hausärzte* bieten ihre umfassende medizinische Expertise allen Menschen an.	Diese Position bezieht sich darauf, dass Hausärzte selbstverständlich für alle Menschen da sind, unabhängig von Alter, Geschlecht, sozialem Status, Herkunft oder Weltanschauung, also ganz im Sinn der Genfer Deklaration [12]. Da ihr Leistungsangebot über die Behandlung von Krankheiten hinausgeht, sollte dies auch in der Überschrift ausgedrückt werden.
Hausärztinnen und Hausärzte sind erste Ansprechpartner bei den meisten somatischen und psychosozialen Gesundheitsproblemen des Patienten. Das Leistungsangebot reicht von Prävention, Gesundheitsförderung und Krankheitsfrüherkennung über die Akut- und Langzeitversorgung bei psychischen sowie bei chronischen Erkrankungen bis hin zur Palliativversorgung. Von Kindern bis Senioren richtet sich das Angebot an alle Altersstufen, Berufe und Ethnien.	Hausärzte sind erste Ansprechpartner für alle somatischen und psychosozialen Gesundheitsprobleme von Patienten jeden Alters. Das Leistungsangebot reicht von Prävention, Gesundheitsförderung und Krankheitsfrüherkennung über die Versorgung von akuten Erkrankungen sowie der Langzeitbetreuung bei chronischen Erkrankungen bis hin zur Begleitung am Lebensende. Hausärzte bieten ihre breite Expertise allen Menschen jeder Altersstufe an, unabhängig von ihrem Geschlecht, ihrer Herkunft, ihrem sozialen Status und ihrer Weltanschauung.	Wir schlagen leichte Veränderungen des Originaltextes vor, um noch deutlicher herauszustellen, dass Hausärzte die ersten Ansprechpartner für alle Fragen rund um die Gesundheit vom Anfang bis zum Ende des Lebens sind. Auch sollte noch klarer werden, dass jeder Mensch in Deutschland dieses Leistungsangebot in Anspruch nehmen kann.
Nach Barbara Starfield (1998) ist das Angebot einer umfassenden Versorgung für alle Bevölkerungsgruppen („comprehensiveness“) ein wesentliches Merkmal einer guten Primärversorgung. In Deutschland hatten im Jahr 2007 93 % der Versicherten der Gmünder Ersatzkasse Kontakt zum ambulanten Versorgungssystem. Dabei lag die Behandlungsrate bei Hausärztinnen und Hausärzten im Durchschnitt bei 68 %, bei Fachspezialisten zwischen 8 % bei Urologen und 31 % bei fachärztlich tätigen Internisten (Grobe et al. 2008).	Das Angebot einer umfassenden Versorgung für alle Bevölkerungsgruppen ist ein wesentliches Merkmal einer guten Primärversorgung [13]. In Deutschland hatten im Jahr 2013 fast 90 % der Erwachsenen Kontakt zum ambulanten Versorgungssystem. Die Gruppe der Allgemeinärzte (42,5 % der ambulant tätigen Ärzte) bildet dabei die mit Abstand am häufigsten frequentierte Gruppe. 82,0 % der Frauen und 76,7 % der Männer im Alter von 18 bis 79 Jahren suchen mindestens einmal im Jahr eine Praxis für Allgemeinmedizin auf [14].	Die lediglich leichten Veränderungen sollen die Lesbarkeit und Verständlichkeit verbessern. Bezüglich der statistischen Kennzahlen wurde eine aktuellere Quelle zitiert.
<p>Kernaussage Hausärzte behandeln nicht nur Patienten, ihr Arbeitsfeld ist wesentlich weiter gefasst.</p> <p>* Es sind stets Personen weiblichen und männlichen Geschlechts gleichermaßen gemeint. Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird im Folgenden nur die männliche Form verwendet.</p>		

Zukunftsposition 4

Originalformulierung	Veränderungsvorschlag	Diskussion
Die hausärztliche Versorgung benötigt stabile und förderliche Rahmenbedingungen.	Ein hausärztliches Primärarztsystem schafft stabile und förderliche Rahmenbedingungen für die Gesundheitsversorgung.	Im Originaltext wird vorrangig ein Primärarztsystem mit seinen verschiedenen Facetten gefordert. Dies kann bereits in der Überschrift adressiert werden. Die exakte Beschreibung erfolgt im Fließtext, der im Original nachrangig dargestellt ist. Er muss unseres Erachtens zum besseren Verständnis aber vorangestellt werden, um die dann folgenden Unterpunkte zu erklären.
Für die DEGAM ist die Hausarztpraxis die Versorgungsebene, auf der die meisten Patienten-Probleme bereits selbst gelöst werden. Dies gewährleistet, dass Fachspezialisten gezielt auf der Versorgungsebene tätig werden können, für die sie weitergebildet worden sind. Zentral ist, dass durch angemessene Rahmenbedingungen Voraussetzungen für die Förderung der hausärztlichen Betreuung im Praxisteam, insbesondere für die wachsende Zahl chronisch Erkrankter geschaffen werden. Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung (insbesondere in Baden-Württemberg) konnten einige der geforderten Rahmenbedingungen bereits umsetzen. Es ist aber zu erwarten, dass sich das ganze Potenzial der	Für die DEGAM ist die Hausarztpraxis die Versorgungsebene, auf der die meisten Patientenprobleme gelöst werden. Dies gewährleistet, dass Fachspezialisten gezielt auf der Versorgungsebene tätig werden können, für die sie weitergebildet worden sind. Zentral ist, dass durch angemessene Rahmenbedingungen Voraussetzungen für die Förderung der hausärztlichen Betreuung im Praxisteam, insbesondere für die wachsende Zahl chronisch Erkrankter geschaffen werden.	Der erste Teil ist die zentrale Forderung der Position 4 und muss an exponierter Stelle am Anfang stehen. Der zweite Teil beschreibt aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen, die in eine langfristig geltende Zukunftsposition nicht integriert werden sollten.

<p>hausärztlichen Versorgung (WHO 2008) erst entwickelt, wenn gute Rahmenbedingungen für Hausarztpraxen flächendeckend über einzelne Kassenarten und Regionen hinweg geschaffen werden.</p>		
<p>Für eine zukunftsorientierte Entwicklung der hausärztlichen Primärversorgung sind stabile und förderliche Rahmenbedingungen eine unverzichtbare Voraussetzung. Notwendig sind vor allem</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Förderung einer stabilen Arzt-/Patientenbeziehung und die Übernahme von konkreter Verantwortung (z.B. durch Einschreibemodelle) • die Förderung sinnvoller, evidenzbasierter Leistungskomplexe, die in der Qualität gesichert sind (z.B. ein Medikations-Check), insbesondere bei der Betreuung chronisch Erkrankter • die Förderung von im Praxisteam (z.B. durch VERAH) erbrachten Leistungen • die Förderung der interdisziplinären Kooperation und Vernetzung mit anderen Leistungserbringern (auch der Pflege) • die Förderung einer wohnortnahen, leicht zugänglichen Versorgung und der Notdienstaufgaben • die Senkung der im internationalen Vergleich besonders hohen Kontaktfrequenz (z.B. durch kontaktunabhängige Pauschalierungen und Förderung gesprächsintensiver, zeitlicher Zuwendung) 	<p>Ein hausärztliches Primärarztssystem beruht auf folgenden Säulen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primary Care: Der Allgemeinarzt als erste konsultierte Instanz im Gesundheitswesen sollte wohnortnah und unmittelbar erreichbar sein und über den weiteren Weg des Patienten im Gesundheitswesen entscheiden (der Arzt als Gatekeeper). • Personal Care: Der Allgemeinarzt widmet sich dem Patienten persönlich und erbringt die erforderlichen Leistungen selbst. Hierbei kommt der Arzt-Patienten-Beziehung selbst eine bedeutende therapeutische Rolle zu. • Continuity of Care: Herausgestellt wird die allgemeinärztliche Langzeitbetreuung desselben Patienten in den unterschiedlichsten gesundheitlichen Belangen, abgegrenzt von der Betreuung durch den Spezialisten, der stets die gleichen Krankheitsbilder seines jeweiligen Fachgebiets bei immer wieder anderen Patienten sieht. • Comprehensive Care: Der Allgemeinarzt, der im Vergleich zu allen anderen Versorgungsbereichen der persönlichen Alltagswelt des Kranken am nächsten steht, muss für die vielfältigen sozialen, psychologischen und biographischen Belange des Kranken offen sein. 	<p>Bereits seit 1969 existiert eine Beschreibung eines Primärarztssystems [15], die heute noch die aktuellen Forderungen umfasst, wobei nach Möglichkeit der Arzt und sein Team tätig werden (Zukunftsposition 2). In der Verknüpfung der Zukunftsposition mit aktuellen politischen Forderungen besteht die Gefahr, dass die grundsätzliche Zielrichtung in Partikularinteressen aufgesplittert und damit marginalisiert wird. Der Bezug auf die ursprüngliche Forderung von 1969 ist als Ziel zeitlos.</p>
<p>Eine Praxisbindung von Patienten ist die Voraussetzung zur Übernahme von Versorgungsverantwortung, unterstützt Kontinuität und Umfang („comprehensiveness“) der hausärztlichen Betreuung und ermöglicht damit eine sinnvolle Nutzung von Ressourcen. Im internationalen Vergleich zeigen primärarztorientierte Gesundheitssysteme einen höheren Nutzen für die Versorgung der Bevölkerung. Im Gegensatz zu einer rigiden Zugangskontrolle („gatekeeping“) soll eher die Funktion der Hausärztin und des Hausarztes als Berater und Türöffner („gateopener“) zu sinnvollen Behandlungsmöglichkeiten im Vordergrund stehen. Auch in hausärztlichen Zusammenschlüssen soll weiterhin eine personale, individuelle Zuordnung zwischen einem persönlich verantwortlichen Arzt/Ärztin und einem individuellen Patienten ermöglicht werden.</p>	<p>Die Umsetzung dieser Rahmenbedingungen ist notwendig, um eine Praxisbindung von Patienten als Voraussetzung zur Übernahme von Versorgungsverantwortung zu gewährleisten. Kontinuität und Umfang der hausärztlichen Betreuung werden so effektiv unterstützt und eine sinnvolle Nutzung der vorhandenen Ressourcen gewährleistet. Die Hausarztpraxis ist die Versorgungsebene, auf der die meisten Patienten-Probleme abschließend gelöst werden [5]. Im internationalen Vergleich versprechen primärarztorientierte Gesundheitssysteme einen höheren Nutzen für die Versorgung der Bevölkerung. Im Gegensatz zu einer rigiden Zugangskontrolle („gatekeeping“) soll eher die Funktion des Hausarztes als Berater und Türöffner („gateopener“) zu sinnvollen Behandlungsmöglichkeiten im Vordergrund stehen. Unabhängig von der Versorgungsform soll weiterhin eine personale, individuelle Zuordnung zwischen einem persönlich verantwortlichen Arzt und einem individuellen Patienten ermöglicht werden.</p>	<p>Leichte Umformulierungen zur besseren Lesbarkeit. Formulierungen wie „Auch in hausärztlichen Zusammenschlüssen ...“ ist missverständlich und diskriminiert diese. Die Formulierung als Versorgungsform erscheint hier neutraler. Als Kommentar für die vorhergehenden Forderungen erscheint dieser Textteil bestens geeignet.</p>
<p>Kernaussage Nur ein hausärztliches Primärarztssystem sichert die Zukunft der Gesundheitsversorgung. Dies muss expliziter gefordert werden.</p>		

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadresse
 Dr. med. Wolfgang Blank
 Facharzt für Allgemeinmedizin
 Regener Straße 13
 94259 Kirchberg
 Tel.: 09927 441

„Die Pfiffigen“ ...
 ... sind zwölf aktive und ehemalige Lehrärzte der TU München, die sich zweimal jährlich für ein Wochenende in den Bayerischen Wald oder ein niederbayerisches Kloster zurückziehen. In „absoluter Abgeschiedenheit“ diskutieren sie aktuelle allgemeinmedizinische Themen vor dem Hintergrund ihrer akademischen und praktischen Erfahrungen.

Literatur

1. Scherer M. Mit konkreten Antworten für Aufbruchsstimmung sorgen: Die 24 Zukunftspositionen der DEGAM. *Z Allg Med* 2012; 88: 452–453
2. DEGAM Infos. Der Hausarzt 5/2013: 26. www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Presse/DEGAM_in_den_Medien/2013/HA1305_DEGAM_final.pdf (letzter Zugriff am 31.05.2017)
3. www.statistikdaten.bayern.de/genesis/online/data?operation=ergebnistabelleUmfang&levelindex=2&levelid=1496240631518&downloadname=12411-001 (letzter Zugriff am 31.05.2017)
4. Lamnek S. Gruppendiskussion. In: Lamnek S. *Qualitative Sozialforschung*, 5. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz, 2010: 372–434
5. Gerlach FM, Scherer M. 48. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin 2014. www.egms.de/dynamic/de/meetings/degam2014/index.htm (letzter Zugriff am 31.05.2017)
6. Existenzgründungsanalyse Ärzte 2014/2015, September 2016: 1–8. www.apobank.de/content/dam/g8008-00/ueber_uns/presse/160926/existenzgruendungsanalyse-aerzte-2015.pdf (letzter Zugriff am 31.05.2017)
7. Gesundheitsdaten KBV 2015. <http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17020.php> (letzter Zugriff am 31.05.2017)
8. Das Gründerfieber ist verflogen. *Ärzte Zeitung online*, 21.04.2014. www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/praxismanagement/praxisfuehrung/article/853500/praxisgruendung-gruenderfieber-verflogen.html?sh=1&h=595517402 (letzter Zugriff am 31.05.2017)
9. Gensichen J, von Korff M, Peitz M, et al. Case management for depression by health care assistants in small primary care practices: a cluster randomized trial. *Ann Intern Med*. 2009; 151: 369–378
10. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009 Kurzfassung. www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2009/Kurzfassung-2009.pdf (letzter Zugriff am 31.05.2017)
11. Existenzgründungsanalyse Ärzte 2014/2015 – Geschlechter im Vergleich. Oktober 2017: 1–7. www.apobank.de/content/dam/g8008-00/ueber_uns/presse/161017/Existenzgruendung%20Aerzte%202015_Gender.pdf (letzter Zugriff am 31.05.2017)
12. Weltärztebund: Deklaration von Genf. www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Genf.pdf (letzter Zugriff am 31.05.2017)
13. Starfield B. *Primary care: balancing health needs, services and technology*. New York: Oxford University Press, 1998: 448
14. Gesundheitsberichtserstattung des Bundes. *Gesundheit in Deutschland*. Berlin: RKI 2015; Kapitel 5.1: Ambulante Versorgung: 302–309. www.gbe-bund.de/pdf/GESBER2015.pdf (letzter Zugriff am 31.05.2017)
15. Herrmann M, Braun V, Schwantes U. Stärkung der hausärztlichen Versorgung durch ein Primärärztsystem. *Jahrbuch für kritische Medizin*; 2013; 32: 41. www.med.uni-magdeburg.de/jkmg/wp-content/uploads/2013/03/JKM_Band32_Kapitel06_Herrmann_Braun_Schwantes.pdf (letzter Zugriff am 31.05.2017)



DEGAM-Leitlinien frei im Netz

Die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) stehen frei im Internet zur Verfügung. Die wissenschaftlich fundierten und vor der Veröffentlichung in Praxen erprobten DEGAM-Leitlinien richten sich nicht nur an Hausärzte, sondern auch an Patienten und Praxismitarbeiter. Neben der Langversion gibt es zu jeder Leitlinie eine Kurzfassung für die Anwendung im Praxisalltag. Mehrere tausend Leitlinien-Sets werden in Praxen und Universitäten in der täglichen Arbeit mit Patienten eingesetzt. Alle Module können auf der DEGAM-Leitlinien-Homepage (www.degam-leitlinien.de) oder auf der Homepage der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, <http://leitlinien.net/>) bei Bedarf heruntergeladen und ausgedruckt werden.

Kontakt:

Dr. Philipp Leson
DEGAM-Bundesgeschäftsstelle
Friedrichstraße 133
10117 Berlin
Tel.: 030 209669800
Fax: 030 209669899
E-Mail: presse@degam.de
Homepage: www.degam.de

PD Dr. med. Anne Barzel
DEGAM-Geschäftsstelle Leitlinien
c/o Institut für Allgemeinmedizin
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg
Tel.: 040 741059769
Fax: 040 741053681
E-Mail: leitlinien@degam.de