

## Tautewalder Erklärung der Sächsischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin

**1. Die Zukunft der medizinischen Grundversorgung liegt in einem konsequenten hausärztlichen Primärarztssystem. Behandlung, Betreuung und Koordination von Patientinnen und Patienten im Rahmen der Primärversorgung erfolgen durch ein interprofessionelles Team unter hausärztlicher Leitung.**

Hausärztlich koordinierte Versorgung von Patientinnen und Patienten ist bereits in 15 von 28 europäischen Ländern gelebte Realität [1]. Weitere sieben EU-Länder versuchen mit einem Überweisungs- und Zuweisungssystem, den Zugang zu spezialfachärztlichen Versorgungsstufen zu organisieren. Studien untermauern die Kosteneffizienz eines gestuften Versorgungssystems, die mit steigendem Alter der Patientinnen und Patienten und bei psychosomatischen Erkrankungen besonders hoch ist [2]. Die Zunahme von Multimorbidität in der Bevölkerung und der steigende Anteil von Patientinnen und Patienten mit Polypharmazie erfordern hochqualifizierte Hausärztinnen und Hausärzte, die im Team diesen komplexen Anforderungen gewachsen sein müssen. Dies umfasst sowohl deren Koordinierungsfunktion als auch eigene Problemlösestrategien [3–4]. Vor dem Hintergrund einer zunehmend kleinteiliger werdenden Spezialisierungstendenz in vielen Fachrichtungen kommt einem Generalisten und seinem Team die entscheidende Rolle im Versorgungssystem zu [5–6]. Ein interprofessionelles Team in der Hausarztpraxis kann ressourcenorientiert besonders die Versorgung chronisch kranker Patientinnen und Patienten optimieren.

**2. Überbordende Regulierung und ein nicht mehr zu bewältigender Verwaltungsaufwand gefährden die unmittelbare Patientenversorgung. Damit Patientinnen und Patienten wieder die notwendige Zeit und Aufmerksamkeit entgegengebracht werden kann, ist ein Bürokratieabbau zwingend erforderlich.**

Der Anteil der als entbehrlich eingestuftene Bürokratie in den Hausarztpraxen beträgt in verschiedenen Erhebungen im Mittel 57 Arbeitstage im Jahr. Diese Arztleistungen sind kaum delegierbar und fehlen in der unmittelbaren Patientenversorgung. Unter anderem umfasst diese „Bürokratiezeit“ Verordnungen und Bescheinigungen mit 38 %, Auskünfte an Kostenträger mit 20 % und das Ausstellen von Überweisungen 14 % [7]. Eine Entbürokratisierung und Beschränkung auf versorgungsrelevante Arbeitsinhalte ist dringend erforderlich [8]. Auf der Grundlage des diesjährigen Bürokratieindex hat die KBV Forderungen für einen bundesweiten Bürokratieabbau formuliert und betont, dass dieses Abbauziel von 25 % gesetzlich zu verankern sei. Überbordende Bürokratie führt auch zu hausärztlichen Nachwuchsproblemen. Sie ist ein zentraler Hindernisgrund für Studierende, sich für eine eigene Niederlassung zu entscheiden [9].

**3. Eine patientenzentrierte, evidenzbasierte und kostenbewusste Primärversorgung darf nicht von Regressen bedroht werden. Die verantwortungsvolle und individuelle Patientenbehandlung kann nicht länger von Angst vor persönlicher finanzieller Haftung beeinflusst werden.**

Für Hausärztinnen und Hausärzte besteht die Gefahr persönlicher Haftung durch Arzneimittel- und Heilmittelregresse unabhängig von einer wissenschaftlich fundierten und qualifizierten primärärztlichen Patientenbetreuung durch teilweise realitäts- und versorgungsferne Kriterien (z.B. Medikationskatalog der Kassenärztlichen Vereinigung [10]). Für den Regressfall werden regionale und arztindividuelle Besonderheiten der Versorgung nur ungenügend berücksichtigt, als Vergleich dient ein rein rechnerisch ermittelter Durchschnitt der hausärztlichen Fachgruppe innerhalb der KV (z.B. weniger verordnete Heilmittel durch die Vergleichsgruppe). Ein Mehrbedarf an Mitteln, gerade im ländlichen und unterversorgten Versorgungsbereichen wird somit nicht ausreichend abgebildet. Je geringer die Anzahl der ärztlichen Kolleginnen und Kollegen vor Ort ist, desto größer ist die Gefahr eines Regresses, da die hausärztlichen Kolleginnen und Kollegen sowohl eine viel geringere Arbeitsentlastung durch die gebietsärztlichen Kolleginnen und Kollegen als auch eine deutlich höhere Belastung des eigenen Arzneimittel- und Heilmittelbudgets durch medizinisch notwendige Verordnungen haben. Daraus resultiert eine „Doppelbestrafung“ der Kolleginnen und Kollegen, insbesondere in ländlichen und unterversorgten Bereichen. In der primärärztlichen Versorgung führt die drohende Regressgefahr zum Zwecke der Lastenverteilung zwischen Haus- und Gebietsärzten zu nicht notwendigen, aber zusätzliche Kosten verursachenden Überweisungen und Krankenhauseinweisungen. Für Patientinnen und Patienten bedeutet die Regressgefahr, dass ihnen unter Umständen

den notwendige medikamentöse und nicht-medikamentöse Behandlungen vorenthalten werden. Für junge Ärztinnen und Ärzte ist die Regressgefahr ein wichtiger Grund, eine hausärztliche Tätigkeit in eigener Praxis, insbesondere in versorgungsschwachen Regionen mit hoher Arbeitsbelastung, abzulehnen [9].

**4. Die Mitgestaltung und Mitverantwortung der Patientinnen und Patienten am Behandlungs- und Heilungsprozess muss unter Berücksichtigung des Krankheitsgeschehens und der individuellen Möglichkeiten gefördert werden. Für eine ressourcenschonende und ihren Wert schätzende Inanspruchnahme des Gesundheitswesens ist eine finanzielle Eigenbeteiligung der Patientinnen und Patienten sinnvoll und notwendig.**

Die aktive Mitgestaltung und Mitverantwortung der Patientinnen und Patienten am Behandlungs- und Heilungsprozess muss unter Berücksichtigung des individuellen Krankheitsgeschehens und persönlicher Voraussetzungen gefördert werden. Dies bedeutet einerseits, Patientinnen und Patienten beim Verstehen seiner Krankheiten, notwendigen Diagnostiken und Therapien zu unterstützen [11], andererseits aber auch ein Bewusstsein für unnötige diagnostische und the-

rapeutische Verfahren und die damit verbundenen, vermeidbaren Kosten und Gefahren für Patientinnen und Patienten zu entwickeln. Eine angemessene finanzielle Beteiligung der Patientinnen und Patienten an den Kosten unnötiger oder überflüssiger diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen bzw. nicht indizierter Inanspruchnahmen des Gesundheitswesens (z.B. von Notfallambulanzen) sollte durch die Kostenträger erfolgen, um gesundheitliche und finanzielle Folgen von Überversorgung zu vermeiden. Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen nur für ärztliche Behandlung (ohne Früherkennung, Impfung, Dialyseleistungen) stieg in den letzten Jahren von 28,74 Mrd. Euro (2012) auf 36,53 Mrd. Euro (2016). Dieser Trend ist zum großen Teil durch Fehlanspruchnahme zu erklären [12] und wäre bei einer adäquaten Eigenbeteiligung und höherer Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten umzukehren. Das Plus an Ausgaben wird eher von der steigenden Anzahl der niedergelassenen Fachspezialisten verursacht als von der seit 2005 im Anteil stabil und gleich bleibenden Anzahl der Hausärztinnen und Hausärzte (2005: 59,1 vs. 2016 61,3 Tsd., vgl. [13]). Die SGAM unterstützt ausdrücklich die Entwicklung und Verbreitung qualitativ hochwertiger und evidenzbasierter Patienteninformationen

für eine gemeinsame Entscheidungsfindung (*shared decision making*).

**5. Die Sächsische Gesellschaft für Allgemeinmedizin steht einer zunehmenden Digitalisierung und neuen Anwendungsmöglichkeiten in der hausärztlichen Medizin aufgeschlossen gegenüber. Voraussetzungen sind die sinnvolle Ergänzung und Erweiterung der Behandlungsmöglichkeiten unter Beachtung von Patientensicherheit und Praktikabilität. Digitalisierung und Telemedizin ergänzen die hausärztliche Tätigkeit, können sie aber nicht ersetzen.**

Der Einsatz telemedizinischer Anwendungen kann zeitliche und räumliche Distanzen der Behandlung überwinden und die Hausarztpraxis entlasten (z.B. durch Monitoring klinischer Parameter wie Blutdruck, Blutzucker, O<sub>2</sub>-Sättigung u.a.). Telemedizin kann für die Teams der Hausarztpraxen und deren Patientinnen und Patienten mit Einsparung zeitlicher und personeller Ressourcen verbunden sein [14]. Interpretation und Validität der telemedizinischen Messwerte und die sich daraus ergebenden weiterführenden diagnostischen und therapeutischen Handlungen sowie die ganzheitliche Betreuung der Patientinnen und Patienten verbleiben im zentralen Aufgabenprofil der Hausärztinnen und Hausärzte.

## Literatur

1. OECD/EU (2016). Strengthening primary care systems. In: Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris 2016. [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance\\_eur-2016-5-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2016-5-en) (letzter Aufruf am 16.05.2018)
2. Schneider A, Donnache E, Tauscher M, et al. Vergleich der ambulanten Versorgungskosten bei Patienten mit und ohne hausärztliche Steuerung – Ergebnisse einer Routinedatenanalyse aus Bayern. *Z Allg Med* 2017; 93: 297–304
3. Homa L, Rose J, Hovmand PS, et al. A participatory model of the paradox of primary care. *Ann Fam Med* 2015; 13: 456–465
4. Stange KC, Ferrer RL. The paradox of primary care. *Ann Fam Med* 2009; 7: 293–299
5. DEGAM-Zukunftspositionen. [www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte\\_Ueber\\_uns/Positionspapiere/DEGAM\\_Zukunftspositionen.pdf](http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte_Ueber_uns/Positionspapiere/DEGAM_Zukunftspositionen.pdf) (letzter Aufruf am 16.05.2018)
6. Independent commission for the Royal College of General Practitioners and the Health Foundation. Guiding patients through complexity: modern medical generalism. Health Foundation 2011. [www.health.org.uk/sites/health/files/GuidingPatientsThroughComplexityModernMedicalGeneralism.pdf](http://www.health.org.uk/sites/health/files/GuidingPatientsThroughComplexityModernMedicalGeneralism.pdf) (letzter Aufruf am 16.05.2018)
7. Bürokratieindex 2017: Belastung in den Arztpraxen leicht gestiegen. [www.kbv.de/html/1150\\_31650.php](http://www.kbv.de/html/1150_31650.php) (letzter Aufruf am 16.05.2018)
8. Offener Brief an den Ministerpräsidenten: Stopp dem Regulierungswahn! *Ärzteblatt Sachsen*: Ausgabe 5/2018, S. 178. [www.slaek.de/media/dokumente/04presse/aerzteblatt/archiv/2011-2020/2018/05/0518\\_178.pdf](http://www.slaek.de/media/dokumente/04presse/aerzteblatt/archiv/2011-2020/2018/05/0518_178.pdf) (letzter Aufruf am 16.05.2018)
9. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Berufsmonitor. <http://kbv.de/html/5724.php> (letzter Aufruf am 16.05.2018)
10. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV): Medikationskatalog. [www.kbv.de/html/medikationskatalog.php](http://www.kbv.de/html/medikationskatalog.php) (letzter Aufruf am 16.05.18)
11. Härter M, Dirmaier J, Scholl I, et al. The long way of implementing patient-centered care and shared decision making in Germany. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 2017; 123: 46–51
12. Spitzenverband der GKV. GKV-Kennzahlen. [www.gkv-spitzenverband.de/gkv\\_spitzenverband/presse/zahlen\\_und\\_grafiken/gkv\\_kennzahlen/gkv\\_kennzahlen.jsp](http://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/zahlen_und_grafiken/gkv_kennzahlen/gkv_kennzahlen.jsp) (letzter Aufruf am 06.06.2018)
13. Verband der Ersatzkassen (VdEK). Daten zum Gesundheitswesen: Ärztliche Behandlung. [www.vdek.com/presse/daten/d\\_ausgaben\\_aerztliche\\_behandlung.html](http://www.vdek.com/presse/daten/d_ausgaben_aerztliche_behandlung.html) (letzter Aufruf am 06.06.2018)
14. van den Berg N, Meinke C, Heymann R, et al. AGnES: Hausarztunterstützung durch qualifizierte Praxismitarbeiter. *Dtsch Arztebl Int* 2009; 106: 3–9