

Hausarzt: Ein Beruf ohne Zukunft?

Ein (leider keineswegs fremder) Aufschrei aus Deutschland

Einerseits werden deutschen Hausärzten zusätzliche Aufgaben überbunden, andererseits stecken sie in Heil- und Arzneimittelbudgets, und ihr Einkommen sinkt. Dem in klassischer Weise tätigen Hausarzt muss aber eine auskömmliche berufliche Tätigkeit möglich sein.

DANIEL LOHMANN

Eine Begriffsbestimmung vorab: Die hausärztliche Medizin im Sinne des Autors umfasst die Tätigkeit der Allgemeinmediziner und hausärztlichen Internisten sowie – in der entsprechenden Altersgruppe – die der Kinder- und Jugendärzte. Spezifische Fragen der Allgemeinmedizin sind nicht Gegenstand dieses Aufsatzes.

Zum Thema: Bis zur Neuordnung des Gesundheitswesens nach 1945 – in manchen, vor allem ländlichen Gegenden dieser Republik bis weit in die Sechzigerjahre hinein – deckte die hausärztliche Medizin den Bereich der ambulanten Versorgung der Bevölkerung nahezu vollständig ab.

Hausärzte waren chirurgisch, pädiatrisch, dermatologisch, zum Teil auch geburtshilflich tätig. Sie nahmen die Erstversorgung von Unfallopfern ebenso wahr wie den Bereich der heutigen Notfallmedizin. Das Tätigkeitsfeld war also weit, die jeweilige Eindringtiefe entsprach dem damaligen Wissensstand der Medizin. Komplexe Fragestellungen wurden meist im stationären Rahmen bearbeitet (z.B. mitunter auch die Einstellung eines Hochdrucks oder Diabetes mellitus).

Die heutige ambulante Versorgungslandschaft stellt sich komplett verändert dar. Eine fachärztliche Versorgung für fast jede medizinische Fragestellung findet sich (noch?) nahezu flächendeckend in allen Winkeln des Landes. Hausärztlich tätige Kolleginnen und Kollegen widmen sich vor allem ihrer originären Aufgabe, primärer Ansprechpartner der Menschen für alle Gesundheits- und Krankheitsfragen zu sein.

Nun aber kündigen sich erneut elementare Veränderungen in der Struktur hausärztlichen Arbeitens an, oder diese Verände-

rungen haben schon stattgefunden. Unverhohlen vermitteln Gesundheitspolitiker, aber auch ärztliche Standesvertreter der hausärztlich tätigen Ärzteschaft, dass mit einem auskömmlichen Arbeiten «nur» auf dem Boden der originären Krankenversorgung und präventiven Medizin und innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung nicht mehr länger gerechnet werden darf. Vom Patienten direkt zu bezahlende «Individuelle Gesundheitsleistungen» (IGeL), der Wellnesssektor und sonstige Geschäftsfelder ausserhalb der sogenannten Kassenleistungen werden als «Ausweg» anempfahlen.

Gleichzeitig – und zum Teil im vorausseilenden Gehorsam auf standespolitische Intention hin – werden mit verpflichtenden Fortbildungen, gesetzlich verordnetem Qualitätsmanagement und dem Projekt der elektronischen Arzt- und Patientenkarte Ressourcen in noch unklarer Höhe gebunden. Dabei fehlt es an validen Konzepten und Finanzierungsmodellen, um für die Zukunft auch nur die basale hausärztliche Versorgung in der Fläche sicher zu stellen.

Verunglimpfungen und Mehrbelastungen

Zusätzlich wird der Hausarzt als «... Facharzt für banale Erkrankungen, Überweisungen und Krankschreibungen ...» (Originalton Gesundheitsministerin a.D. Fischer) verunglimpft. Im Rahmen der derzeit modernen sogenannten Professionalisierung auf allen Feldern der Medizin (gegenwärtig z.B. der Palliativmedizin, der Betreuung von chronisch Kranken, der Bearbeitung von Rehabilitationsanträgen etc.) wird die Kompetenz der Hausärzte in diesen ihren originären Arbeitsfeldern bestritten. Ganz so, als wären bis dato alle Menschen stets in den Abstellkammern der Kliniken oder gänzlich unversorgt gestorben (was sicher gelegentlich noch vorkommt und ein nicht hinzunehmender Umstand ist), als wären alle chronisch Kranken vor Einführung der Disease-Management-Programme (DMP) ausschliesslich unter- oder über-, auf jeden Fall aber fehlversorgt gewesen, als wären Hausärzte bisher nicht in der Lage gewesen, Anträge auf Rehabilitationsleistungen auszufüllen. Dabei haben die demografische Entwicklung, die Weiterentwicklung des allgemeinen medizinischen Standards sowie der ständig steigende Anspruch an das Leistungsvermögen der Medizin zu einem Quantensprung im qualitativen und quantitativen Anforderungsprofil und Leistungsspektrum hausärztlich tätiger Kolleginnen und Kollegen geführt. Neu eingeführte Verwaltungsbestimmungen (wie z.B. die unsägliche Pflichtversicherung bei Arbeitsunfähigkeit einer jeden Angestellten oder

die verpflichtende sicherheitstechnische und betriebsmedizinische «Betreuung» des Kleinbetriebes Arztpraxis) sowie die allgemein beklagte überbordende Bürokratie (Stichwort DMP) sind hier nur ein Teil des Problems. Auch die originär medizinischen Anforderungen haben massiv zugenommen. Einige Vergleiche aus eigenem Haus (Gemeinschaftspraxis für Allgemeinmedizin in kleinstädtischem Umfeld):

Wurden im Jahre 1993 noch 3 von 1500 Patienten pro Quartal dauerhaft antikoaguliert, so zählen wir jetzt deren 38 (insbesondere durch eine leitliniengerechte Antikoagulation bei Patienten mit Vorhofflimmern). Erhielten 1993 noch 3 von 1500 Patienten pro Quartal eine immunsuppressive Basistherapie (z.B. Immunsuppression bei schubförmig verlaufender MS, Azathioprin bei Colitis ulcerosa, MTX bei rheumatoider Arthritis etc.), so sind dies heute 40. Die dadurch erforderlichen zusätzlichen regelhaft durchzuführenden Kontrollen allein im Laborbereich sind leicht vorstellbar.

Ein weiteres Beispiel: Die angeblich – laut palliativmedizinischer «Expertenmeinung» – in der Hausarztpraxis so seltene häusliche Weg- und Endbegleitung von Patienten in palliativmedizinischen Situationen exerzierten wir in einem dokumentierten Sechsjahreszeitraum 113-mal. Damit begleiteten wir 56 (!) Prozent aller Patienten aus unserer Praxis, die in diesem Zeitraum gestorben sind, auf ihrer letzten Wegstrecke.

Unterdotierte Hausarztmedizin und (lukrative) Gelegenheitsmedizin

Ohne jeden Zweifel ist die akademische «Ausrüstung» der Hausärzte für diese intellektuell, emotional und zeitlich aufwendigen Tätigkeiten verbesserungsfähig und -würdig. An den Grundsätzen evidenzbasierter Versorgungsforschung orientierte anstelle von «drittfinanziertes» und interessengesteuerter Fort- und Weiterbildung tut not. Dazu passt es nun aber ganz und gar nicht, dass der einzige Allgemeinmedizinische Lehrstuhl in Schleswig-Holstein seit nunmehr fast zwei Jahren unbesetzt ist.

Dafür passt es aber leider zur aktuellen Situation der Hausarztmedizin, dass die Praxen, die sich ausschliesslich der Grundversorgung der Kranken, Alten und Bedürftigen widmen, unter den Bedingungen der Heil- und Arzneimittelbudgets kaum überlebensfähig sind. Dazu passt auch, dass zum Beispiel mit einer Botox-Faltentherapie oder dem Kinesiotaping deutlich mehr Geld zu verdienen ist als mit der genuinen Hausarztmedizin (sage niemand: «Das können Sie doch auch»; ein engagierter Hausarzt mit grosser Praxis wird neben seiner Grundtätigkeit schlicht keine Zeit dafür erübrigen können; und er wird trotzdem ständig das Gefühl haben, einer wichtigen Fragestellung nicht angemessen begegnet zu sein). Dazu passt, dass multimorbide Patienten nach Verlegung aus dem Krankenhaus in ein Pflegeheim nicht als bedürftige Mitmenschen, sondern als Kostenrisiko gesehen und folglich gemieden werden.

«Dank» solcher Strukturen werden in Zukunft Patienten mit hohem medizinischem und pflegerischem, vielleicht sogar palliativmedizinischem Betreuungsbedarf vermehrt nur unter Schwierigkeiten überhaupt einen Hausarzt finden.

In der Zusammenschau bleibt zu konstatieren, dass hausärztlich tätige Kolleginnen und Kollegen ständig wachsenden Anforderungen unterliegen (bei belegbar ständig sinkenden Einkommen, vor allem durch steigende Kosten, ausgedrückt als sinkender Gewinn vor Steuern – aber das soll hier nicht Thema sein). Wird der klassische Hausarzt in der medizinischen Versorgungslandschaft von morgen noch gewünscht, darf es zu keinen weiteren Belastungen der Hausärzte kommen. Investitionen in zukünftige Strukturen der Gesundheitslandschaft (z.B. alle E-Health-Projekte) können nicht zulasten beziehungsweise auf Kosten der Hausärzte eingeführt werden. Ich bin durchaus EDV-Nutzer und kein elektronischer «Bilderstürmer», aber die geplanten Einführungen bedienen nicht primär unsere eigenen ärztlichen, sondern fremde Interessen!

Eine Professionalisierung der Hausärzte wird nicht durch Verunglimpfung ihrer bisherigen Leistungen und durch Zwangsmassnahmen, sondern nur durch eine Förderung unterstützender Strukturen (z.B. Lehrstühle für Allgemeinmedizin, Kompetenznetze, Qualitätszirkelarbeit, Versorgungsforschung in den Praxen etc.) zu erzielen sein. Es kann nicht allen Ernstes von der ärztlichen Selbstverwaltungsebene eine Empfehlung zu IGeL und zur «Besetzung» des Wellnesssektors ausgesprochen werden, wenn die Basisversorgung kranker Patienten noch und in zunehmendem Masse Lücken aufweist. Dem in klassischer Weise tätigen Hausarzt, ob in Einzelpraxis (obschon wohl kein Modell der Zukunft), Gemeinschaftspraxis oder in anderen Organisationsstrukturen, muss eine auskömmliche berufliche Tätigkeit möglich sein. Bevor dies für die Zukunft nicht gesichert ist, muss mit weiteren «freiwilligen» ärztlichen Vorleistungen auf den übrigen Feldern der Krankenversorgung und des Gesundheitswesens Schluss sein.

Fazit

Entsprechend der aktuellen Analyse des gesamten deutschen Gesundheitswesens durch Professor Beske («... das Gesundheitswesen in Deutschland ist besser als sein Ruf ...») ist auch der Zustand der hausärztlichen Medizin in Deutschland noch besser, als dies in der ärztlichen und nichtärztlichen Öffentlichkeit gerne dargestellt wird. Ändern sich jedoch die politischen und innerärztlich gesetzten Rahmenbedingungen für die hausärztliche Medizin nicht, wird die alte, hier etwas abgewandelte Frage: «Und wer betreut dich hausärztlich, wenn du alt und krank bist?» in Zukunft wohl nur noch mit einem Fragezeichen zu beantworten sein. ■

Dr. med. Daniel Lohmann
Facharzt für Allgemeinmedizin
Lehrbeauftragter der Allgemeinmedizin an der
Universität Schleswig-Holstein Campus Kiel
E-Mail: drlohm@gmx.de

Erstpublikation in «Der Allgemeinarzt» 7/2007. Die hier überarbeitete Übernahme erfolgt mit freundlicher Genehmigung von Verlag und Autor.