



Tautewalder Erklärung der Sächsischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin

1. Die Zukunft der medizinischen Grundversorgung liegt in einem konsequenten hausärztlichen Primärarztsystem.

Behandlung, Betreuung und Koordination der Patienten im Rahmen der Primärversorgung erfolgen durch ein interprofessionelles Team unter Leitung eines Hausarztes.

Hausärztlich koordinierte Versorgung von Patienten ist bereits in 15 von 28 europäischen Ländern gelebte Realität (*OECD*). Weitere sieben EU-Länder versuchen mit einem Überweisungs- und Zuweisungssystem den Zugang zu spezialfachärztlichen Versorgungsstufen durchzuführen.

Studien untermauern die Kosteneffizienz eines gestuften Versorgungssystems, welche mit steigendem Alter der Patienten und bei psychosomatischen Erkrankungen besonders hoch ist (*Schneider et al.*) Die Zunahme von Multimorbidität in der Bevölkerung und der steigende Anteil von Patienten mit Polypharmazie erfordern einen hochqualifizierten Hausarzt, der im Team diesen komplexen Anforderungen gewachsen sein muss. Dies umfasst sowohl die Koordinierungsfunktion des Hausarztes als auch eigene Problemlösestrategien (*Homa, Stange*).

Vor dem Hintergrund einer zunehmend kleinteiliger werdenden Spezialisierungstendenz in vielen Fachrichtungen kommt einem Generalisten und seinem Team die entscheidende Rolle im Versorgungssystem zu (*DEGAM Zukunftspositionen und Independent Commission for the Royal College of General Practitioners and the Health Foundation*). Ein interprofessionelles Team in der Hausarztpraxis kann ressourcenorientiert besonders die Versorgung chronisch kranker Patienten optimieren.

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

Der Anteil der als entbehrlich eingestuften 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 % (*Bürokratieindex KBV 2017*).

Eine Entbürokratisierung und Beschränkung auf versorgungrelevante Arbeitsinhalte ist dringend erforderlich (*Offener Brief an MP*).

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 (*Berufsmonitor KBV*).

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 Hausärzte besteht die Gefahr persönlicher Haftungnahme 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 (*Medikationskatalog KBV*). 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 Kollegen vor Ort ist, desto größer ist die Gefahr eines Regresses, da die hausärztlichen Kollegen sowohl eine viel geringere Arbeitsentlastung durch die gebietsärztlichen Kollegen, als auch eine deutlich höhere Belastung des eigenen Arzneimittel – und Heilmittelbudgets durch medizinisch notwendige Verordnungen haben. Daraus resultiert eine „Doppelbestrafung“ der 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 Patienten bedeutet die Regressgefahr, dass unter Umständen notwendige medikamentöse und nicht-medikamentöse Behandlungen vorenthalten werden. Für junge Ärzte ist die Regressgefahr ein wichtiger Grund, eine Tätigkeit als Hausarzt in eigener Praxis, insbesondere in versorgungsschwachen Regionen mit hoher Arbeitsbelastung, abzulehnen (*Berufsmonitor KBV*).

4. Die Mitgestaltung und Mitverantwortung des 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 Patienten sinnvoll und notwendig.

Die aktive Mitgestaltung und Mitverantwortung des Patienten am Behandlungs- und Heilungsprozess muss unter Berücksichtigung des individuellen Krankheitsgeschehens und persönlicher Voraussetzungen gefördert werden. Dies bedeutet einerseits, den Patienten beim Verstehen seiner Krankheiten, notwendigen Diagnostiken und Therapien zu unterstützen (*Härter et al.*), andererseits aber auch ein Bewusstsein für unnötige diagnostische und therapeutische Verfahren und die damit verbundenen vermeidbaren Kosten und Gefahren für den Patienten zu entwickeln.

Eine angemessene finanzielle Beteiligung der Patienten an den Kosten von unnötigen oder überflüssigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen bzw. nicht indizierten 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. € (2012) auf 36,53 Mrd. € (2016). Dieser Trend ist durch Fehl-Inanspruchnahme zum großen Teil zu erklären (Spitzenverband der GKV) und wäre bei einer adäquaten Eigenbeteiligung und höherer Gesundheitskompetenz der Patienten umzukehren. Dieses Plus an Ausgaben wird eher von der steigenden Anzahl der niedergelassenen Fachspezialisten verursacht als von den seit 2005 im Anteil stabil und gleich bleibenden Anzahl der Hausärzte (2005: 59,1 vs. 2016 61,3 Tsd., vgl. *VdEK Report*).

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 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, O₂-Sättigung u.a.). Telemedizin kann für Hausärzte und Patienten mit Einsparung zeitlicher und personeller Ressourcen verbunden sein (*Van den Berg et al.*).

Interpretation und Validitätssicherung der telemedizinischen Messwerte und die sich daraus ergebenden weiterführenden diagnostischen und therapeutischen Handlungen sowie die ganzheitliche Betreuung des Patienten verbleiben im zentralen Aufgabenprofil des Hausarztes.

Literatur

- van den Berg N, Meinke C, Heymann R, et al. 2009. AGnES: Hausarztunterstützung durch qualifizierte Praxismitarbeiter. DtschArztebl. International 106(1-2):3-9.
- Bürokratieindex 2017: Belastung in den Arztpraxen leicht gestiegen. Frei verfügbar unter http://www.kbv.de/html/1150_31650.php (letzter Aufruf 16.5.2018)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV): Berufsmonitor. Frei verfügbar unter <http://kbv.de/html/5724.php> (letzter Aufruf 16.5.2018)
- DEGAM –Zukunftspeditionen http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber_uns/Positionspapiere/DEGAM_Zukunftspeditionen.pdf (letzter Aufruf 16.5.2018)
- Härter M, Dirmaier J, Scholl I, Donner-Banzhoff N, Dierks M-L, Eich W, Müller H, Klemperer D, Koch K, Bieber C. The long way of implementing patient-centered care and shared decision making in Germany. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 2017, 123. Jg., S. 46-51.
- Homa L, Rose J, Hovmand PS, et al. A participatory model of the paradox of primary care. Ann Fam Med 2015; 13: 456–465
- Hübsch, G., Gottschall, M., Mergenthal, K., Schübel, J., Bergmann, A., & Voigt, K. (2015). Sächsische Hausarztpraxen auf dem Weg zur Teampraxis?. Z Allg Med, 91, 264-268.
- Independent Commission for the Royal College of General Practitioners and the Health Foundation. Guiding patients through complexity: modern medical generalism 2011 http://www.rcgp.org.uk/policy/commissn_on_generalism.aspx (letzter Aufruf 16.5.2018)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV): Medikationskatalog. Frei verfügbar unter <http://www.kbv.de/html/medikationskatalog.php> (letzter Aufruf 16.5.18)
- Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD 19. Legislaturperiode: Ein neuer Aufbruch für Europa, Eine neue Dynamik für Deutschland, Ein neuer Zusammenhalt für unser Land - (https://www.bundesregierung.de/Content/DE/_Anlagen/2018/03/2018-03-14-koalitionsvertrag.html) (letzter Aufruf 16.5.2018)
- Mergenthal, K., Banduhn, S., Marini, A., März, B., & Müller, V. (2014). Engagiert aber schlecht bezahlt! Studie zum subjektiven Berufsbild von Medizinischen Fachangestellten. ZFA-Z. Für Allg., 90, 445-450.
- OECD/EU (2016), "Strengthening primary care systems", in: Health at a Glance: Europe 2016 - State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2016-5-en (letzter Aufruf 16.5.2018).
- Offener Brief an den Ministerpräsidenten: Stopp dem Regulierungswahn! Ärzteblatt Sachsen: Ausgabe 5/2018, S. 178, https://www.slaek.de/media/dokumente/04presse/aerzteblatt/archiv/2011-2020/2018/05/0518_178.pdf (letzter Aufruf 16.5.2018)
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Sondergutachten 2009. Frei verfügbar unter <http://www.svr-gesundheit.de> (letzter Aufruf 16.5.2018)
- 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.
- Spitzenverband der GKV. GKV-Kennzahlen. Frei verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/zahlen_und_grafiken/gkv_kennzahlen/gkv_kennzahl_en.jsp (letzter Aufruf 6.6.2018)
- Stange KC, Ferrer RL. The paradox of primary care. Ann Fam Med 2009; 7: 293–299
- Verband der Ersatzkassen (VdEK). Daten zum Gesundheitswesen: Ärztliche Behandlung. Frei verfügbar unter: https://www.vdek.com/presse/daten/d_ausgaben_aerztliche_behandlung.html (letzter Aufruf 6.6.2018)