

Die Praxis zukunftsfähig machen

Sondergutachten des Sachverständigenrats

Da empfehlen Experten, die ganze medizinische Versorgung umzukrempeln – und keiner hört hin. Da wird zum Beispiel das nahe Ende der Einzelpraxis eingeläutet – und in der Ärzteschaft bleibt alles ruhig. Das im Frühsommer vorgelegte Sondergutachten 2009 des „Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen“ mit dem Titel „Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“ wurde so gut wie gar nicht diskutiert. Im Herbst haben deshalb die sieben „Gesundheitsweisen“, darunter drei Ärzte, ihr zäh zu lesendes 900-Seiten-Opus (auch die Kurzfassung hat noch 184 Seiten) noch einmal persönlich in Berlin erläutert.

Der einsame Einzelkämpfer in seiner Praxis kann's nicht mehr schaffen. Er kommt aus dem Hamsterrad kaum noch raus. „An einem beliebigen Montag sind acht Prozent der deutschen Bevölkerung beim Arzt“, sagte einer der Sachverständigen, Ferdinand M. Gerlach, Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin der Universität Frankfurt/Main. Mit 18 Arztkontakten pro Person und Jahr sind wir Spitze, und trotz der zehn Euro „Eintrittsgeld“ stieg die Frequenz in den letzten vier Jahren noch an: um sieben Prozent. Dafür sind bei uns die Konsultationszeiten um fast ein Drittel kürzer als im europäischen Durchschnitt, womit wir das Schlusslicht sind.

Die Zahl der Hausärzte geht bedenklich zurück, und „der medizinische Nachwuchs ist weiblich“ (zu 70 Prozent), sagte Gerlach. Ärztinnen bevorzugen wegen ihrer Familienpflichten Fächer mit geringerer

Belastung, neigen zur Teilzeitarbeit und zur Anstellung, scheuen die Risiken von Investitionen, sind weniger bereit zu dauerhaften Bindungen an einen Ort und bevorzugen die Stadt. Schon heute nimmt der Ärztemangel in strukturschwachen ländlichen Gegenden gefährliche Ausmaße an.

Das ist aber nur die quantitative Seite des Defizits. Ein Hausarzt brauche einen 18-Stunden-Tag (manche dürften nahe dran sein), um auch qualitativ die von den Sachverständigen ausgearbeiteten Anforderungen zu erfüllen. Schon deshalb werde derzeit „durchschnittlich weniger als die Hälfte einer evidenzbasierten Versorgung tatsächlich realisiert“, liest man im letzten, dem wichtigsten (und im Zentrum unseres Berichtes stehenden) Kapitel, in dem die Experten ihr Zukunftskonzept vorstellen. Welche Anforderungen an das ganze

Gesundheitswesen künftig gestellt werden, beschreiben und begründen die vorangehenden Kapitel. Hier nur soviel:

Chronisch Kranke im Mittelpunkt

In einer immer älter werden Bevölkerung steigt bekanntlich die Zahl der chronisch und mehrfach Kranken. Unser Versorgungssystem, noch immer vorwiegend auf Akutpatienten eingestellt, hinkt dieser Entwicklung hinterher. Und es lässt an Effektivität und an (ökonomischer) Effizienz vor allem deshalb zu wünschen übrig, weil es allenthalben an Koordination fehlt. Die Sachverständigen sehen die „mehrdimensionale Koordination“ als das „leitende Prinzip einer zielorientierten künftigen Gesundheitsversorgung“, die in guter Qualität auch in ländlichen Regionen gesichert sein soll.

Gefordert wird eine Versorgung, die allen regionalen Besonderheiten und jeder Altersgruppe mit ihren spezifischen somatischen und psychischen Gesundheitsproblemen gerecht wird. In Deutschland wächst zum Beispiel jedes fünfte Kind mit besonderen (vor allem psychosozialen) Belastungen auf, also mit erhöhten Gesundheitsrisiken. Hier ist Prävention gefragt! Ein spezielles, im Gutachten thematisiertes Problem, der schwierige Übergang chronisch kranker Jugendlicher von der kinderärztlichen in die Erwachsenenversorgung, hat BERLINER ÄRZTE schon in Heft 9/2009 (S. 22/23) aufgegriffen. Doch als größte Herausforderung stellt sich die angemessene Versorgung der alten multimorbiden Patienten dar.

Wie macht man's denn im Ausland?

Aufgaben genug für die Grundversorgung durch den Hausarzt, dessen Schlüsselposition für das gesamte Gesundheitswesen das Gutachten besonders hervorhebt. Die Sachverständigen haben viele Konzepte für eine gute Gesundheitsversorgung aus aller Welt analysiert und die wichtigsten (samt ihren Risiken) am Beispiel der Primärversorgung dargestellt – als Grundlage für ihr „Zukunftskonzept

ANZEIGE

einer koordinierten Versorgung mit regionalem Bezug“. Zunächst stellten sie jene Grundzüge zusammen, die allen diesen Konzepten gemeinsam sind:

- + Orientierung an der veränderten Morbidität (Überwiegen chronischer Krankheiten) und an den veränderten Erwartungen der Patienten;
- + Notwendigkeit nicht nur punktueller, sondern systematischer Reformen auf allen Ebenen des Gesundheitswesens;
- + Koordination der Versorgung über deren verschiedene Stufen hinweg gemäß den gesundheitlichen Bedürfnissen der Patienten;
- + eine gute Primärversorgung als Grundvoraussetzung integrierter Versorgungsmodelle.

Was die Beziehung zum Patienten betrifft, so stimmen alle diese Modelle in drei Punkten überein: Die Kontinuität der persönlichen Arzt-Patient-Beziehung muss unbedingt erhalten bleiben, die Patientenpräferenzen sollten stärker berücksichtigt und Entscheidungen partnerschaftlich getroffen werden, wie überhaupt die Patienten aktiv am Behandlungsprozess zu beteiligen sind.

Auch im Organisatorischen stimmen die internationalen Modellkonzepte weitgehend überein: Die Praxen müssen größer werden (bis zu zehn Hausärzte schließen sich zusammen), die Fachangestellten brauchen bestimmte Qualifikationen, um mehr Aufgaben übernehmen zu können, damit den Ärzten Zeit fürs Wesentliche bleibt. Anzustreben ist eine stärkere Patientenbindung (Einschreibsystem). Die Vergütung setzt sich zusammen aus einer Pauschale („Capitation“) sowie Zuschlägen für nachgewiesene Versorgungsqualität und für zu fördernde Einzelleistungen (wie Prävention, Hausbesuche).

Hausarzt- wird „Primärversorgungs“-Praxis

Aus den international gewonnenen Erkenntnissen und Erfahrungen kondensierten die Sachverständigen den Vorschlag einer wohnortnahen Primärversorgungspraxis „für eine zukunftsorientierte, generationengerechte Grundversorgung“ in Deutschland. Dieses Modell, das bewusst viel Spielraum für Varianten bietet, will einerseits die veränderten Motive und Interessen des ärztlichen Nachwuchses berücksichtigen, andererseits die Hauptzüge hausärztlicher Versorgung (persönliche Arzt-Patient-Beziehung!) bewahren. Die kleinere Hausarztpraxis soll zur größeren und leistungsfähigeren „Primärversorgungspraxis“ werden, in der eine „strukturierte und differenzierte Planung der Versorgung“ und eine stärkere Aufgabenteilung innerhalb des Praxisteam möglich ist.

Zu den hierfür genannten Beispielen gehören: Die nachhaltige Langzeitversorgung der Diabetiker (mit programmiertem Wiedereinbestellen zu Kontrollen und Erinnern z.B. an eine fällige Augenhintergrunduntersuchung), das systematische Einladen zu Impfungen oder die Planung präventiver Hausbesuche, etwa, um alte chronisch Kranke vor der Einweisung zu bewahren. Möglich wären von einer bestimmten Praxisgröße an auch getrennte Sprechstunden für akut und für chronisch Kranke, Präventionssprechstunden und – im Verbund mit den nötigen Angeboten unterm selben Dach.

Für die Prävention und die nachhaltige Langzeitversorgung nach den individuellen Bedürfnissen der chronisch Kranken ist die eindeutige Zugehörigkeit zu einer Praxis erforderlich; das heißt, die Versicherten sollten sich nach freier Wahl in einer Primärversorgungspraxis einschrei-

ben. Der Sachverständigenrat befürwortet auch das „Gate keeping“, das heißt, der Weg zum Spezialisten sollte immer über den Hausarzt führen, weil sonst keine Koordination der Versorgung (besonders chronisch Kranker) möglich ist.

Keine Reform ohne Nutzenachweis!

Als Vergütung wird eine (risikoadjustierte) Kopfpauschale – „Capitation“ – mit Boni vorgeschlagen, zum Beispiel für vermiedene Einweisungen oder messbare Qualitätsverbesserungen. Der Gefahr von Patientenselektion, Leistungsverweigerung und Versorgungsmängeln sollte vor allem durch Qualitätssicherung, Transparenz und Stärkung der Patientenrechte entgegengewirkt werden.

Die Risiken der Verschlechterung sind vor allem aus amerikanischen Managed Care-Modellen bekannt, weshalb die Sachverständigen deren ungeprüfte Übernahme nicht empfehlen, wohl aber eine bessere Koordination über traditionelle Sektorengrenzen (Hausarzt-Spezialist-Klinik) hinweg.

Dieses Sondergutachten enthält viele Konzeptvarianten und Details, und es schlägt grundlegende Veränderungen des Gesundheitswesens vor – um seiner Zukunftsfähigkeit und Finanzierbarkeit willen. Der Sachverständigenrat (der schon früher eine intensiviertere Versorgungsforschung forderte) besteht aber darauf, dass alle neuen Versorgungsmodelle wissenschaftlich begleitet und evaluiert werden müssen. Hoffentlich hört die Politik in diesem Punkt auf ihre Berater. Pfusch hatten wir bei „Gesundheitsreformen“ schon mehr als genug.

Rosemarie Stein