

## „Starke Anreize zur Prävention und Nachhaltigkeit setzen“

Es ist ein eher düsteres Bild, das der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem gut 900 Seiten starken Sondergutachten zeichnet. Im Interview gibt Ratsmitglied Ferdinand Gerlach kritisch wie konstruktiv Einblick in die ärztliche Versorgung im deutschen Gesundheitssystem.

Der Sachverständigenrat warnt in seinem aktuellen Gutachten unter anderem vor einem Hausärztemangel. Insbesondere in strukturschwachen ländlichen Regionen drohen Versorgungsengpässe. Welche Lösungsmöglichkeiten sehen Sie?

**Ferdinand Gerlach:** Wir erwarten einen empfindlichen Hausärztemangel – zunächst vor allem auf dem Land und im Osten Deutschlands, zunehmend aber auch im Westen und in den ärmeren Bereichen großer Städte. So verschieden wie die Ursachen (unter anderem Nachwuchsmangel, „Landflucht“, unattraktive Arbeits- und Einkommenssituation) müssen auch die Gegenmaßnahmen sein. Je nach Region kommen zwei Modelle, gegebenenfalls auch kombiniert, in Frage: Eine zentrale Hausarztversorgung mit Konzentration größerer Primärversorgungspraxen in zentralen Orten und eine dezentrale Hausarztversorgung, bei der jede Gemeinde Standort ärztlicher Grundversorgung ist. Die Sicherstellung muss im dezentralen Konzept gegebenenfalls über nur tageweise besetzte Zweig- oder Kooperationspraxen beziehungsweise mit umlaufenden Landarztbussen erfolgen. Regionen mit einer Bevölkerungsdichte unter 100 Einwohnern pro Quadratkilometer könnten als „Landarztträume“ gekennzeichnet werden, in denen die dort Tätigen eine erhöhte Vergütung und weitere Erleichterungen erhalten. Länder, Landkreise und Gemeinden müssen versuchen, durch Investitionen in die Infrastruktur und spezielle Angebote für junge Hausärzte und ihre Familien ihren Standort so attraktiv wie möglich zu gestalten.

Umfragen zufolge mangelt es unter Medizinstudenten grundsätzlich an der Bereitschaft, künftig als Hausarzt tä-



Prof. Dr. med. Ferdinand Gerlach, MPH, Direktor des Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main, ist Mitglied im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.

tig zu werden. Wie könnte der Beruf des Hausarztes wieder attraktiver werden?

**Ferdinand Gerlach:** Studierende müssen bereits während ihrer Ausbildung Gelegenheit haben, die vielfältige hausärztliche Tätigkeit „live“ zu erleben. Studien zeigen, dass Praktika in akademischen Lehrpraxen eine positive Beeinflussung des späteren Berufsweges bewirken. Da hoch spezialisierte Universitätskliniken sich auf die Maximalversorgung konzentrieren müssen, sind an allen Universitäten auch allgemeinmedizinische Lehrstühle sowie ein hoher Stellenwert der Allgemeinmedizin im Curriculum erforderlich: Erst durch gezielte Auseinandersetzung mit der hausärztlichen Grundversorgung in Lehre und Forschung können Studierende für eine Karriere in der Allgemeinmedizin begeistert werden. Flankierend sollte die Allgemeinmedizin auch im Praktischen Jahr und in den Examensprüfungen einen höheren Stellenwert haben. Kommen eine besser strukturierte Weiterbildung, flexible und attraktive Arbeitsmöglichkeiten sowie eine bessere Honorierung hinzu, werden sich wieder mehr Absolventen für den Beruf des Hausarztes entscheiden.

Die hausärztliche Versorgung ist im deutschen Gesundheitswesen im Wesentlichen auf die gesundheitliche Akutversorgung ausgerichtet. Welche Rolle spielen Prävention und Nachhaltigkeit?

**Ferdinand Gerlach:** Unser gesamtes Gesundheitssystem ist traditionell eher auf die Versorgung akuter Gesundheitsstörungen ausgerichtet. Ein Patient mit einem Herzinfarkt profitiert zum Beispiel von einem hervorragend ausgebauten Rettungswesen sowie sehr guten kardiologischen Interventionsmöglichkeiten. Sowohl hinsichtlich der vorherigen Vermeidung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen als auch bei der anschließenden Langzeitversorgung, etwa der Einstellung des Blutdrucks und der Beratung zur Lebensführung, sind wir im internationalen Vergleich deutlich schlechter vorbereitet. Der Rat schlägt ein Zukunftskonzept vor, in dem die

Honorierung über sektorübergreifende, prospektive, kontaktunabhängige Pauschalen, kombiniert mit wenigen, aber gezielten qualitätsbezogenen Anreizen, erfolgt. Dabei wären Leistungsanbieter – vereinfacht gesagt – nicht mehr gezwungen, möglichst viele Leistungen an möglichst kranken Patienten zu erbringen. Stattdessen würden sie an der Gesunderhaltung der von ihnen betreuten Versichertenpopulation verdienen. Dieser Ansatz würde sehr starke Anreize für Prävention und Nachhaltigkeit setzen.

Im Zuge der demografischen Entwicklung nimmt die Zahl der mehrfach und chronisch Erkrankten zu. Wie und in welchem Maße muss sich das deutsche Gesundheitssystem darauf einstellen?

**Ferdinand Gerlach:** Kurz gesagt: Die Zukunft ist chronisch. Die größten Herausforderungen für unser Gesundheitswesen liegen in der nachhaltigen und individuell angemessenen Betreuung von zunehmend häufiger mehrfach chronisch Erkrankten. Bisher verhalten sich Gesundheitssystem und chronisch Kranke eher passiv. Beide reagieren vor allem auf akute Probleme. Nach dem Chronic Care-Modell kommt es jedoch auf eine „produktive Interaktion“ zwischen (im Idealfall) informierten, aktivierten Patienten und vorausschauenden (pro-aktiv) handelnden Praxisteams an. Studien zeigen, dass so bessere funktionelle und klinische Ergebnisse erreicht werden. Flankierend müssen klinische Leitlinien und regionale Versorgungskonzepte an die besonderen Bedürfnisse von Mehrfacherkrankten angepasst werden. Das Ganze – etwa ein sinnvoll abgestimmter Arzneimitteleinsatz – ist mehr als die Summe der Teile, die sich aus der isolierten Betrachtung jeder einzelnen Erkrankung ergibt.

Sie sehen aber auch Handlungsbedarf im Kinder- und Jugendalter. So wächst ein Fünftel eines jeden Geburtsjahrgangs mit psychosozialen Belastungen und Defiziten an materiellen und sozialen Ressourcen auf. Worin könnte eine Verbesserung der gesundheitlichen Chancen bestehen?

**Ferdinand Gerlach:** Während die große Mehrzahl der etwa 700.000 Kinder, die jährlich in Deutschland geboren werden, bei guter bis sehr guter Gesundheit ist und insofern gut gerüstet für die Herausforderungen des vor ihnen liegenden Lebens erscheint, hat etwa ein Fünftel deutlich schlechtere Chancen auf ein gesundes Leben. Die wichtigsten Ursachen, die dieses Risiko erklären, finden sich in der Lebenslage der Eltern und machen de-

ren Kinder besonders vulnerabel. Kinderarmut stellt bevölkerungsbezogen den wichtigsten erklärenden Faktor für Gesundheits- und Entwicklungsdefizite dar. Die Senkung der Kinderarmut sowie Investitionen in möglichst frühe Bildungsangebote haben deshalb höchste Priorität. Dies zeigt, dass eine Verbesserung, neben Programmen zur (kompensatorischen) Primärprävention und Gesundheitsförderung, weit über die Möglichkeiten der Krankenversorgung und der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgeht. Hier sind auch die Bildungs-, Familien-, Sozial- und Arbeitsmarktpolitik gefragt. Für eine öffentlich diskutierte Zunahme von Vernachlässigung sowie Gewalt gegen Kinder gibt es keine verlässlichen Anhaltspunkte. Trotzdem stellt dies ein gravierendes Gesundheitsproblem dar. Eine Analyse der institutionellen und rechtlichen Instrumente des Kinderschutzes zeigt, dass sich die Effektivität dieses grundsätzlich gut strukturierten Systems durch eine bessere materielle Ausstattung und Qualifikationsstruktur sowie Kooperationen erhöhen ließe.

Arzneimitteltherapie und -sicherheit werden laut Gutachten künftig an Bedeutung gewinnen. Besteht Handlungsbeziehungsweise Verbesserungsbedarf?

**Ferdinand Gerlach:** Es gibt mehrere Ansatzpunkte zur Optimierung. So führt Multimorbidität häufig auch zu vermehrten Arzneimittelverordnungen (Polypharmazie). Etwa 35 Prozent der Männer und 40 Prozent der Frauen über 65 Jahre erhalten gleichzeitig neun und mehr Wirkstoffe in Dauertherapie. Medikationsbedingte Risiken sind damit ein Kernproblem der Versorgung alter Menschen. Um Betroffene vor unkoordinierter Übertherapie zu schützen und die Arzneimittelsicherheit bei älteren Menschen zu erhöhen, bietet sich unter anderem der Einsatz von Listen mit potenziell problematischen Arzneimitteln an. Arzneimittel sollten in Zulassungsstudien an den Patientenpopulationen (zum Beispiel älteren Mehrfacherkrankten) geprüft werden, die diese Arzneimittel später benötigen. Bei der Arzneimittelversorgung für Kinder bestehen Defizite bei der Entwicklung, Zulassung und Anwendung. Seltene (Kinder-)Krankheiten (orphan diseases) sind therapeutisch und pharmazeutisch zu wenig erforscht, hier scheint eine Verbesserung der materiellen Anreize für die pharmazeutische Industrie zielführend. Auf der Ebene der Anwendung findet sich (immer noch) ein unbegründet breiter Einsatz von Psychostimulanzien sowie von Antibiotika bei Virusinfekten.

Die Fragen stellte Annette Kessen.