

Einigkeits- Appelle und Herbstnebel

- eine Antwort auf den NAV- Vorsitzenden

von Prof. Dr. Klaus-Dieter Kossow

Berlin, 13. September 2017 – Mit Blick auf die anstehenden Herausforderungen in der ambulanten Versorgung appelliert der Bundesvorsitzende des Verbandes der niedergelassenen Ärzte Deutschlands an die Einigkeit aller Praxisärzte:

„Die ambulante Versorgung unserer Patienten kann nur gemeinsam gelingen. Daher ist es widersinnig, wenn sich eine Arztgruppe gegenüber allen anderen als unverzichtbar erklärt und für sich reklamiert, allein qualifiziert und legitimiert zu sein, im Mittelpunkt der Versorgung zu stehen“, stellt der Bundesvorsitzende des NAV-Virchow-Bundes, Dr. Dirk Heinrich, fest.

Daher müsse der erste Schritt einer neuen Bundesregierung sein, den Einstieg in den Ausstieg aus der Budgetierung zu beschließen: „Hierzu müssen zunächst alle Leistungen der Grundversorgung entbudgetiert werden. Dies muss für Leistungen der Hausärzte wie der Fachärzte gleichermaßen gelten“.

Vordergründig wirbt Heinrich mit einem klassischen Einigkeits- Appell an alle niedergelassenen Ärzte – wie wir ihn von KBV – Funktionsträgern seit Jahrzehnten hören – für Geschlossenheit im Kampf gegen die Budgetierung. Im Hintergrund stützt der Vorsitzende des NAV die Forderung des KBV Vorstands, durch Eingliederung der sogenannten „grundversorgenden Fachärzte“ in die Primärversorgung die Strukturierung der ambulanten Versorgung nach Paragraph 73 SGB V aufzuheben. Der Paragraph sieht eine Gliederung in eine hausärztliche und fachärztliche Versorgung vor. Nur Allgemeinärzte sind nach diesen gesetzlichen Bestimmungen Hausärzte per se. Internisten und Kinderärzte können wählen, ob sie als Haus- oder Fachärzte arbeiten wollen. Alle anderen Ärzte mit Spezialgebiet werden der fachärztlichen Versorgung zugeordnet.

Der KV ist vorgegeben, das mit den Krankenkassen auszuhandelnde Gesamthonorar obligatorisch in ein hausärztliches und ein fachärztliches Budget aufzuteilen, sofern nicht Budget – freie Leistungen vereinbart wurden.

Ferner entspricht es dem Willen des Gesetzgebers, dass nach Paragraph 76 SGB V der sozialversicherte Patient einen Hausarzt wählt, ohne dass bisher den Patientinnen und Patienten finanzielle Nachteile daraus erwachsen, wenn Sie diesen Willen des Gesetzgebers missachten.

Selbst wenn man den Wünschen des NAV Vorsitzenden Dr. Heinrich nach Abschaffung der Budgets folgen wollte, so dürfte man doch auf gar keinen Fall die gravierenden Konsequenzen für die Qualität der ambulanten Versorgung akzeptieren, wenn man ausschließlich im Spezialgebiet weitergebildeten Fachärzten die Kompetenz für die Primärversorgung zuordnen würde.

Krankenhausabteilungen, in denen die Spezialisten immer noch den wesentlichen Teil ihrer Weiterbildung absolvieren, sehen von den gut 1000 häufigeren Diagnosen in einer Allgemeinpraxis im Laufe der gesamten Weiterbildung höchstens bis zu 50 Krankheitsbilder. Diese werden mit dem methodischen Arsenal der Spezialgebiete erfolgreich versorgt. Immer aber handelt es sich bei den in der Weiterbildung von Spezialisten gesammelten Erfahrungen um das Resultat der Behandlung von selektierten Patienten, die erst dann zum Substrat der Weiterbildung werden, wenn sie die hausärztliche Primärversorgung und die ambulante Fachversorgung bereits durchlaufen haben.

Die Ärztekammern betonen seit sieben Jahrzehnten, dass das Rückgrat der Qualitätssicherung die Weiterbildung im künftigen Fachgebiet ist. Wer sich an der Primärversorgung beteiligen möchte, sollte daher wenigstens zwei Jahre Erfahrung im hausärztlichen Sektor aufweisen, dies auch deshalb, weil eine erfolgreiche Behandlung einer großen Zahl von Krankheitsbildern ausschließlich mit naturwissenschaftlichen und technischen Methoden nicht gelingen kann.

Das Bio – psycho – soziale Weltbild, welches vor 20 Jahren durch Finanzierung der Arbeitsgruppe durch die Bosch- Stiftung als Grundlage für die Primärversorgung erarbeitet worden ist, gilt heute als unumstößliches Allgemeingut.

Selbst in den Bestsellern für das Laienpublikum in USA, Israel und neuerdings auch in unserem Land ist beispielsweise durch den Universalhistoriker Harari, Professor an der Universität zu Jerusalem, herausgearbeitet worden, dass eine umfassende Betrachtung des menschlichen Lebens einschließlich der Erkrankungen desselben nicht nur die naturwissenschaftliche Methode umfasst. Vielmehr müssen Erkrankungen, die mit Angst, Antriebsstörungen, Niedergeschlagenheit und anderen

Gefühlen einhergehen, immer auch wissenschaftlich begründete Methoden der Psychologie anwenden. Diese finden in den Weiterbildungsstädten im stationären Sektor schon deshalb keine hinreichende Berücksichtigung, weil die Patientin dort nur kurz verweilen und in einer Sondersituation der Abhängigkeit leben.

Neben den naturwissenschaftlichen und psychologischen Methoden sind die vielfältigen intersubjektiven Lebensgemeinschaften der Menschen, wie zum Beispiel Ehe, Partnerschaft, Familie, Religionsgemeinschaften, Arbeitsteams, Vereine der Freizeitgestaltung, politische Parteien und Richtungen aber auch unser Rechtssystem wichtige Grundlagen des Alltagslebens, die für die Bewältigung der Erkrankungen eine wesentliche Rolle spielen. Ärzte müssen dem gerecht werden. Besonders die Hausärzte haben die Möglichkeit, den Patienten und seine Familie über längere Zeiträume zu begleiten und sowohl die Empfehlungen zur Prävention als auch zur Krankheitsbehandlung unter Berücksichtigung und in Kenntnis der gesellschaftlichen Lebensbedingungen der Patientin zu geben.

Es würde eine unverantwortliche Teilung der Verantwortung der Ärzte für die Patientin bedeuten, wenn man die für die Behandlung erforderliche Koordination verschiedener Spezialisten und Gesundheitsfachberufe keiner Arztgruppe und Arzt-Persönlichkeit verbindlich zuordnen würde. Aus diesen Gründen ist die oben beschriebene Gliederung der Versorgung sinnvoll. Sie ist aber nicht ausreichend. In Ländern mit einer strikter organisierten Primärversorgung wie Niederlande, England Kanada, Neuseeland, und in den skandinavischen Staaten gelingt mit geringerem Aufwand an Mitteln ein besser koordiniertes Gesundheitswesen – gerade deshalb weil man dort auf die doppelte Facharztschiene ambulant und stationär verzichtet und vielmehr die hausärztliche Versorgung der Spezialversorgung verbindlich vorangestellt hat.

Im Vergleich zu den genannten Ländern bietet das deutsche Gesundheitssystem mittlerweile kaum noch Vorteile in Bezug auf die Wartezeit. Diese fällt vielmehr jetzt auch schon bei uns in den Fachpraxen wegen der dort gewählten Organisationsformen auffallend lang an.

Keineswegs sollte man daher noch mehr Patientin in die Spezialversorgung eingliedern, wo sie dann wegen tatsächlicher oder angeblicher Risiken jedes Vierteljahr wieder bestellt werden. Die Spezialversorgung muss offenbleiben für Fälle die der Hausarzt nicht bewältigt und die er ohne Zeitverzug delegieren möchte.

Im Übrigen wünsche ich mir, dass Herr Kollege Dr. Heinrich erkennt, dass er die Verhältnisse im deutschen Gesundheitswesen in bizarrer Weise verzerrt sieht. Es sind nicht die Hausärzte, die einen alleinigen Versorgungsanspruch geltend machen. Vielmehr haben wir sieben Jahrzehnte einer Weiterbildungspolitik hinter uns, in denen eine Vielzahl von Fachgebieten die Interessen der Mehrheiten der Spezialisten in den Ärztekammern dadurch gestützt haben, dass sie Monopole für Fachgebiete mit der Forderung nach einem „Facharzt - Standard“ zu begründen versuchten, auch wenn dies für die Qualitätssicherung nicht nötig tat. Man hat es der hausärztlichen Versorgung auch dadurch schwer gemacht, dass man argumentativ und rechtlich ihre Kompetenzen beschnitt und bestritt. Auch damit hängen die aktuellen Nachwuchsprobleme zusammen. Sie sind lösbar, wenn Fachärzte, die in ihrem Spezialgebiet nicht mehr genug verdienen, die Weiterbildung für eine kompetente hausärztliche Tätigkeit abschließen. Es geht nicht ohne Allgemeinmedizin.