

„Wir brauchen mehr Generalisten“

Als Vorsitzender des Sachverständigenrats Gesundheit ist der Allgemeinarzt Ferdinand Gerlach über den Verdacht erhaben, Anwalt nur einer Sache zu sein. Im gesamtgesellschaftlichen Interesse fordert er einen nationalen Kraftakt, um die Allgemeinmedizin zu stärken.



Professor Dr. Ferdinand Gerlach ist Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin an der Universität Frankfurt und Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). Zudem ist er Vorsitzender des Sachverständigenrats Gesundheit.

Herr Professor Gerlach, als Vorsitzender des Sachverständigenrats sind Sie Deutschlands oberster Regierungsberater in Gesundheitsfragen. Sind Sie auch ein Spezialist?

Ich würde mich eher als Generalist bezeichnen. Denn im interdisziplinär zusammengesetzten Rat haben alle Mitglieder die Aufgabe, über den Tellerrand zu schauen, den Überblick zu behalten und alle Sektoren gleichermaßen zu sehen. Wir äußern uns zu unterschiedlichsten Themen: etwa Arzneimittel-, Hausarzt- und Krankenhausversorgung, zur Pflege, zu Medizinprodukten oder Reha. Hier vertrete ich nicht eine bestimmte Disziplin, sondern

treffe Abwägungen im Gesamtinteresse. Es ist gesetzliche Aufgabe des Rats, Gebiete mit Über-, Unter- und Fehlversorgung zu identifizieren und Vorschläge zur Weiterentwicklung des Gesundheitssystems zu unterbreiten. Hier sehen wir es als unsere Aufgabe an, von einer Partikularbetrachtung wegzukommen, wo man nur einen oder ganz bestimmte Bereiche sieht. Wir brauchen letztlich professions- und sektorenübergreifende Konzepte, mit denen bestehende Grenzen und Hürden überwunden werden können.

Gehört die Zukunft den Generalisten?

Zumindest sind sie unverzichtbar. Zurzeit lässt sich sogar weltweit in verschiedensten Bereichen eine Generalismusdebatte beobachten. So zum Beispiel auch in der Inneren Medizin oder Chirurgie, wo Spezialisierung und Subspezialisierung stark voranschreiten. Unikliniken beispielsweise bezeichnen sich heutzutage nicht mehr als „Kliniken der Maximalversorgung“, sondern als „Kliniken der Supramaximalversorgung“. Auch die Forschungsgebiete der verschiedenen Disziplinen werden zunehmend kleinteiliger. Das ist auch durchaus sinnvoll, weil Fortschritt und Komplexität sich rasant beschleunigen. Aber gerade deshalb braucht man jemanden, der den Überblick behält und die ganzen Puzzleteile wieder zusammensetzt, der etwa bei multimorbiden Patienten Prioritäten setzt. Spezialisierung und Generalismus sind insofern zwei Seiten einer Medaille.

Hat die Allgemeinmedizin ihre Nische gefunden? Setzt sie tatsächlich die Bausteine für die Spezialisten zusammen?

Das ist eine ihrer Aufgaben. Allgemeinmedizin hat den generalistischen Auftrag, den ganzen Menschen zu sehen und nicht nur einzelne Organe oder Methoden. Der Hausarzt hat in jedem Gesundheitssystem eine sehr wichtige Lotsen- und Filterfunktion. Diese Rolle ist sehr wichtig, wird aber quantitativ überschätzt. Etwa 90

bis 95 Prozent aller Patientenanliegen werden hierzulande abschließend in der Hausarztpraxis geklärt. Nur fünf bis zehn Prozent, und das ist nach internationalem Stand auch sinnvoll, werden an einen Spezialisten überwiesen oder ins Krankenhaus eingewiesen. Der Hausarzt ist also nicht nur ein „Facharzt für Überweisung“, sondern derjenige, der gerade beim multimorbiden und chronisch kranken Patienten einen großen Teil der Versorgungslast trägt.

Gibt es zu wenige Generalisten im deutschen Medizinbetrieb?

Die aktuelle Ärztestatistik der Bundesärztekammer zeigt, dass es inzwischen 80 verschiedene Facharztbezeichnungen und Schwerpunktsetzungen gibt – ohne die Allgemeinmedizin. Nur jeder zehnte Arzt wird derzeit Facharzt für Allgemeinmedizin, 90 Prozent qualifizieren sich als Spezialisten. Wir sind in Deutschland ganz eindeutig in einer Situation, in der wir zu wenige Generalisten haben, die eine flächendeckende, wohnortnahe Grundversorgung sicherstellen und dabei den ganzen Menschen sowie sein psychosoziales Umfeld wie Familie und Arbeitsplatz sehen. Jeder zweite Hausarzt, der heute altersbedingt seine Praxis aufgibt, findet keinen Nachfolger. Nur um den Status quo zu halten, müssten wir mindestens doppelt so viele Allgemeinmediziner weiterbilden als wir das aktuell tun.

Welche Relation zwischen Allgemein- und Fachärzten wäre sinnvoll?

Die internationale Faustformel besagt, dass das Verhältnis von Generalist zu Spezialist bei 60 zu 40 liegen sollte. Das ist in vielen Ländern Realität und früher auch in Deutschland so gewesen. Doch von 1993 bis 2011 ist die Zahl der Hausärzte um über neun Prozent zurückgegangen, die der niedergelassenen Fachärzte gleichzeitig um 54 Prozent angestiegen. Auch die Zahl der berufstätigen Ärzte ist insgesamt gewachsen – im ambulanten Bereich um 16 Prozent, im stationären Sektor um 38 Prozent.

Wir haben demnach insgesamt weniger einen Ärztemangel als vielmehr eine Fehlverteilung: zum einen nach Disziplinen, zum anderen regional. Die meisten Ärzte sind dort, wo wir sie mutmaßlich am wenigsten benötigen, nämlich in den wohlhabenden, gut versorgten Stadtvierteln der Ballungsgebiete. In ländlichen Bereichen herrscht hingegen zunehmend ein Mangel an Hausärzten, aber auch an Grundversorgern im fachärztlichen Bereich.

Wie kann die Allgemeinmedizin für den Nachwuchs attraktiver werden?

In den Bereichen, in denen wir gezielte Anstrengungen unternehmen, sehen wir steigende Zahlen beim Nachwuchs. Zum Beispiel in Baden-Württemberg, wo es an der Universität Heidelberg ein Kompetenzzentrum für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin gibt sowie in Hessen, wo universitär angebundene Kompetenzzentren in Frankfurt und Marburg gegründet wurden. Im vergangenen Jahr wurden zum Beispiel in Hessen nur 170 von 200 Plätzen für die Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin ausgeschöpft, die das SGB V für Praxen vorsieht, die weiterbilden. In diesem Jahr, nachdem wir unsere Arbeit aufgenommen haben, waren schon im Juli alle Plätze belegt, 28 Mediziner standen schon nach einem Monat auf der Warteliste. Inzwischen hat die Kassenärztliche Vereinigung (KV) einstimmig beschlossen: Die Zahl der Plätze muss aufgestockt werden.

Und das hilft?

Wenn man gezielt junge Studierende fördert, steigt auch die Zahl der Interessenten: Man offeriert ihnen ein strukturiertes Rundum-Sorglos-Paket in der Weiterbildung, stellt ihnen einen Mentor an die Seite, bietet Seminare in Gruppen an, für die sie während der Arbeit freigestellt werden. Durch solche attraktiven Angebote ließe sich die Zahl der Allgemeinmediziner deutlich erhöhen. Wir brauchen ja gerade wegen der fortschreitenden Spezialisierung wieder mehr Gene-

ralisten, auch im Krankenhaus. Im Falle der Allgemeinmedizin ist das eine nationale Aufgabe – keine durch Fach-Egoismen zu erklärende Selbstüberschätzung. Wir benötigen gerade in einer Gesellschaft des längeren Lebens eine qualitativ hochwertige Grundversorgung, um die Menschen auch zukünftig in der Fläche zu betreuen.

Liegt es auch am Geld? Hausärzte verdienen im Schnitt deutlich weniger als manche Fachärzte.

Es liegt auch am Geld, aber nicht nur. Mit der Verteilung der Ärzte ist auch die Mittelverteilung verbunden. Die Mehrheit in den KVen haben zumeist die Fachärzte, und Mehrheiten entscheiden über die Honorarverteilung. Die Honorare gehen immer noch eher in technisch orientierte Leistungen als in Zuwendung oder gesprächsorientierte Leistungen. Deshalb sind Allgemeinmediziner honorartechnisch noch immer benachteiligt. Um die gesamten 190 Milliarden Euro, welche die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) in diesem Jahr aufwendet, tobt ein Verteilungskampf. Und wenn sich bestimmte Gruppen mehr aus diesem Budget abzweigen, bleibt für die Anderen weniger – und das wird damit unattraktiver, auch für den Nachwuchs.

Warum können sich die Allgemeinärzte in der Honorarverteilung so schlecht durchsetzen?

Über die Honorarverteilung entscheiden vor allem die Delegiertenversammlungen der KVen. Dort geht aus demografischen Gründen die Zahl der Allgemeinärzte zurück, und die der Fachspezialisten steigt. In den meisten KVen haben wir heute die Situation, dass die Fachärzte zahlenmäßig eine Mehrheit bilden. Und die entscheidet entsprechend. Das ist übrigens auch einer der Gründe, warum der Hausärzteverband selektivvertragliche Lösungen zur hausarztzentrierten Versorgung favorisiert.

Aber es gibt weniger Radiologen als Allgemeinmediziner. Und die schneiden trotzdem besser ab.

Inzwischen gibt es eine Trennung der Honorartöpfe, die den Austausch in beide Richtungen begrenzt. Die Fachärzte haben sich in einer Allianz zusammengeschlossen, die Radiologen kämpfen nicht für sich alleine. Außerdem gibt es traditionelle Abrechnungsregeln im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) und den Honorarverteilungsmaßstäben. Bei den Laborärzten beispielsweise hat eine enorme Industrialisierung stattgefunden. Dank technischer Fortschritte können diese heute Laborwerte für einen Bruchteil der Kosten produzieren als dies früher der Fall war. In diesen Bereichen lässt sich mit ganz anderen Skaleneffekten rechnen. Das geht in einer Hausarztpraxis nicht. Ein Arzt kann seine Gespräche nicht automatisieren oder smarter machen. Die persönliche Betreuung der Patienten sollte generell angemessen honoriert werden. Es kann nicht sein, dass – überspitzt gesagt – der Betrieb eines Maschinenparks in einer städtischen Praxis attraktiver ist als eine gesprächsorientierte Versorgung in einer Landpraxis.

Lässt sich das Problem lösen?

Wenn man wollte, könnte man es lösen. Es gibt eine Reihe von Vorschlägen, auch des Sachverständigenrates, wie man neben dem Wettbewerb um Preise und Mengen einen Qualitätswettbewerb etablieren könnte. Und dazu gehört auch die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgungsqualität im ländlichen Raum.

Ist der politische Wille nicht vorhanden?

Es gibt schon einen politischen Willen. Aus meiner Sicht wird die neue Bundesregierung dieses Problem mehr anpacken als die alte, egal wer die Regierung stellt. Ich rechne fest damit, dass das Krankenhaus stark in den Fokus kommen wird. Inzwischen ist parteiübergreifend erkannt, dass es hier ein Problem gibt. Wir haben die meisten Krankenhausbetten pro 100 000 Einwohner von allen 27 EU-Ländern. Nach Österreich haben

wir die höchsten Fallzahlen und enorme Mengenentwicklungen. Der Landesrechnungshof Hessen zum Beispiel spricht von einer „Kannibalisierung der Kliniken“ im Rhein-Main-Gebiet, die sich gegenseitig eine ungesunde Konkurrenz

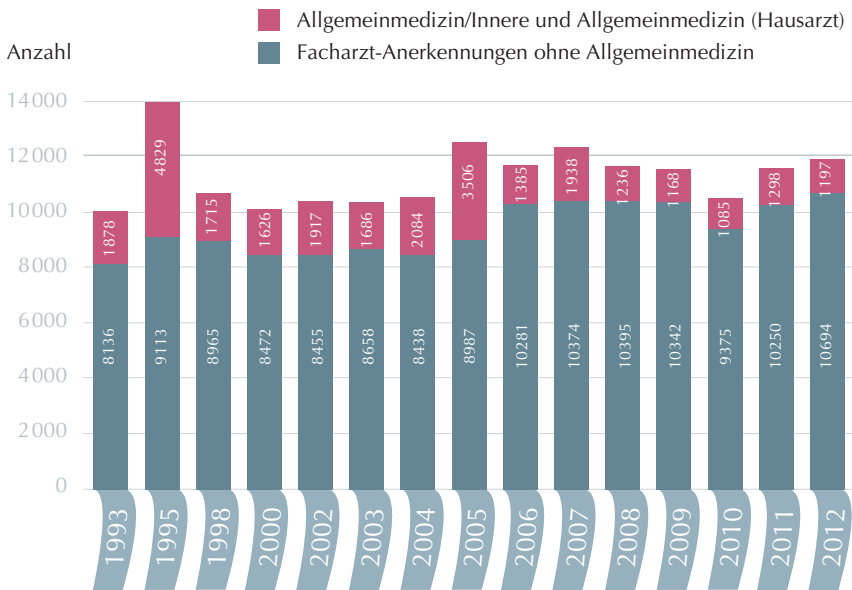


machen. Immer mehr Krankenhäuser optimieren ihre DRG-Abrechnung, immer mehr Kliniken machen Linksherzkatheter. Über 65 000 Fachspezialisten in der ambulanten Versorgung bieten zusätzlich ihre Leistungen an und müssen jedes Quartal Umsatz machen. Das kann man lösen, das muss man lösen. Es ist nur schwierig, weil in der Krankenhausplanung die regionalen Egoismen eine große Rolle spielen.

Kommen wir zu einem anderen Thema: In den Zukunftspositionen der DEGAM, deren Präsident Sie sind, bezeichnen Sie die Hausärzte als Vorreiter der Qualitätsförderung. Woran machen Sie das fest?

Es gibt eine ganze Reihe von Entwicklungen, die alle in der Allgemeinmedizin begonnen haben. Die ersten ärztlichen Qualitätszirkel Anfang der 1990er Jahre mit Handbüchern und Moderatorentrainings beispielsweise habe ich selbst mit meiner Arbeitsgruppe, damals noch in Hannover und Göttingen, initiiert und beforscht. Ähnlich war es bei den evidenzbasierten Leitlinien. Die DEGAM war die erste Fachgesellschaft in Deutschland, die diese

Entwicklung der Zahl der Facharzt-Anerkennungen



Quelle: Statistik der BÄK

auf ein international anerkanntes Niveau gehoben haben. Mein Institut in Kiel war 2004 das erste, das ein Fehlerberichts- und Lernsystem für Hausärzte etabliert hat – lange bevor Krankenhäuser und andere Fachbereiche das getan haben. Wir haben als erste Fachdisziplin ein wissenschaftlich fundiertes Qualitätsmanagementsystem für die Praxen entwickelt.

Wie weit sind die Arztpraxen in Sachen Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung heute?

Es gibt eine allgemeine Verpflichtung für alle Vertragsärzte, ein Qualitätsmanagementsystem einzuführen. In Stichproben wird etwa nur ein Prozent der Praxen überprüft. Es ist bisher nicht wirklich klar, welche Systeme anerkannt sind. Es gibt gute, wissenschaftlich belegte, und andere, die niemals den Beweis erbracht haben, dass sie etwas verbessert haben. Das wird relativ pauschal und unkritisch akzeptiert. Es gibt Praxen die das sehr ernst nehmen und gut umsetzen, aber es gibt keinerlei klare Daten und Fakten, wie denn tatsächlich der Umsetzungsstand ist und was es konkret

bewirkt. Alles in allem eine nicht ganz befriedigende Lage. Da könnte wesentlich mehr passieren. Die Ergebnisqualität wird bislang so gut wie gar nicht gemessen oder veröffentlicht.

Der Patient möchte doch sicher wissen, ob die Qualität und das Behandlungsergebnis bei dem Allgemeinmediziner mindestens so gut ist wie bei einem Spezialisten.

Der Sachverständigenrat ist dieser Frage im 2009er-Gutachten nachgegangen. Im Ergebnis kann man sagen, dass eine durch Hausärzte koordinierte Versorgung gleich gute oder bessere Ergebnisse liefert sowie kosteneffizienter ist als eine nicht koordinierte oder eine durch Spezialisten koordinierte Versorgung.

Plädieren Sie für ein verpflichtendes Gatekeeping?

Für die Sinnhaftigkeit eines Gatekeepings, also für einen Zwang, zuerst zum Hausarzt und dann erst zum Facharzt zu gehen, gibt es keine eindeutigen Belege. Das Gatekeeping allein ist nicht entscheidend, und deshalb sind wir als Rat auch dagegen, es verpflichtend

vorzuschreiben. Es muss stattdessen ein durchdachtes, gestuftes Versorgungssystem geben. Letztlich brauchen wir ein Gesamtkonzept, um eine qualitativ hochwertige Primärversorgung durch gut qualifizierte Fachärzte für Allgemeinmedizin sicherzustellen. Und wir brauchen optimal ausgestaltete Schnittstellen zwischen Haus- und Fachärzten sowie ambulante und stationärem Bereich. Hier gibt es allerdings noch sehr viele Ineffizienzen, wie wir in unserem 2012er-Gutachten festgestellt haben.

Ist die hausarztzentrierte Versorgung aus Ihrer Sicht ein vielversprechender Ansatz?

Unser Frankfurter Institut evaluiert gemeinsam mit einer Arbeitsgruppe der Universität Heidelberg die hausarztzentrierte Versorgung in Baden-Württemberg. Die Ergebnisse aus der Anfangsphase sind vielversprechend. Dort gelingt es, durch Stärkung der hausärztlichen Koordinationsfunktion einige dieser genannten Probleme zumindest abzuschwächen. Es gibt zum Beispiel mehr gezielte Überweisungen zu Fachärzten als ungezielte und eine rationalere Pharmakotherapie.

Wie wichtig ist eine gut abgestimmte Pharmakotherapie?

Die richtige Medikation vor allem bei multimorbiden Patienten ist ein wichtiges Thema. Wir schätzen auf der Basis internationaler Studien, dass drei bis sieben Prozent aller Klinikaufnahmen medikationsbedingt sind. Davon gilt rund die Hälfte als vermeidbar. Ein großer Teil dieser Probleme resultiert aus Multimedikation und unabgestimmter Behandlung durch verschiedene Ärzte. Solange die Patienten ohne Überweisung und ohne Rückmeldung mit dem Hausarzt einen Facharzt in Anspruch nehmen können, solange bleiben diese Probleme bestehen. Unser Gesundheitssystem ist nicht gut darauf vorbereitet, alte und kranke Menschen gut zu versorgen. Die hausarztzentrierte Versorgung hat hier das Potenzial eine Besserung herbeizuführen.

Sollten Kassen verpflichtet werden, Hausarztverträge abzuschließen?

Nein, ich sehe es eher als Angebot und dringende Empfehlung, zumal es Hinweise darauf gibt, dass es die bessere Versorgung ist. Sinnvoll wären starke Anreize, die Hausarztverträge so attraktiv machen, dass alle Beteiligten unbedingt dabei sein wollen.

Viele niedergelassene Ärzte klagen über die hohe Belastung in ihrem Berufsalltag und dass ihnen zu wenig Zeit für den einzelnen Patienten bleibt. Bei Arztbesuchen sind die Deutschen Weltmeister ...

Das ist ein Ergebnis unseres Anreizsystems, das nach dem falsch verstandenen Prinzip „Das Honorar muss der Leistung folgen“ konzipiert ist. Derzeit heißt das: Ich muss möglichst viele Leistungen erbringen, damit ich gut honoriert werde. Qualität spielt dabei kaum eine Rolle. Ich werfe das niemandem vor. Ärzte in Praxen und Kliniken sind ja Getriebene, die unter diesem Missstand leiden. In den Praxen haben wir eine viel zu hohe Patientenkontaktrate: 17,9 pro Einwohner und Jahr. An einem Montag sitzen durchschnittlich acht Prozent der deutschen Bevölkerung in den Wartezimmern niedergelassener Ärzte – ohne Zahnärzte, Kieferorthopäden und ohne Krankenhaus. Ein deutscher Hausarzt hat in der Woche im Durchschnitt 250 Arzt-Patientenkontakte. Im europäischen Durchschnitt ist es etwa die Hälfte. Einem deutschen Hausarzt bleiben pro Patient etwa 9,1 Minuten Zeit. International ist es ungefähr das Doppelte. Unsere Ärzte, auch die Spezialisten, laufen wie ein Hamster im Rad. Populationsbezogene, kontakturnabhängige Vergütungskomponenten könnten hier der Mengenausweitung entgegenwirken.

Fordern Sie eine Praxisgebühr für Fachärzte?

Dazu gibt es weder vom Sachverständigenrat noch von der DEGAM einen dezidierten Vorschlag. Es ist eine denkbare Variante. Im Koalitionsvertrag der schwarz-gelben

Regierung stand übrigens, dass die Praxisgebühr weiterentwickelt werden sollte. Ich persönlich glaube, dass es ein Fehler war, die Praxisgebühr stattdessen einfach ersatzlos abzuschaffen – auch wenn sie für die Praxen in der bisherigen Form ein Ärgernis war. Der völlige Verzicht auf jeden Versuch zur Steuerung der Inanspruchnahme wird noch zu einer Menge Problemen führen.

Aber eine echte Steuerungswirkung hat die Praxisgebühr nicht entfaltet. Die Zahl der Arztbesuche ist nicht gesunken.

Die Frage, ob die Praxisgebühr in der damaligen Form eine Steuerungsfunktion hatte oder nicht, ist gar nicht so einfach zu beantworten. Wir wissen: Am Anfang hatte sie diese. Dann hat sie sie wahrscheinlich verloren. Aber wir wissen eben auch nicht, was gewesen wäre, wenn wir sie nicht gehabt hätten. Ich plädiere dafür, solche Interventionen zunächst zu erproben und wissenschaftlich zu untersuchen, welche tatsächlichen Effekte sie haben.

Angesichts des Damoklesschwertes „Zusatzbeitrag“ wagt derzeit kaum eine Krankenkasse die Erprobung innovativer Versorgungsmodelle. Wie lässt sich diese Blockade auflösen?

Das ist in der Tat ein großes Problem. Nehmen wir das Beispiel Hausarztverträge. Die Refinanzierungsklausel, die das Gesetz vorschreibt, läuft kurz gesagt darauf hinaus, dass bei jedem Vertrag die Vertragspartner schon zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses nachweisen müssen, dass keine beitragsatzrelevante Kostensteigerung entsteht. Das ist natürlich ein Unding. Denn jede Innovation braucht Anfangsinvestitionen. Ein Praxisnetz beispielsweise benötigt EDV und Personal. Veränderungen werden so unmöglich gemacht. Wir beobachten derzeit, dass es kaum noch innovative Versorgungsverträge gibt und dass die Kassen und Akteure demotiviert sind, weil sie ständig ausgebremst werden. Als

Rat haben wir dazu in Form eines Darlehenmodells mit zinslosen beziehungsweise zinsverbilligten Krediten auch einen Vorschlag gemacht. Darüber hinaus empfehlen wir die Abschaffung der auf innovative Versorgungsmodelle prohibitiv wirkenden Refinanzierungsklausel.

Mit der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) hat der Gesetzgeber zum ersten Mal den Versuch unternommen, die Spezialisten aus den beiden Sektoren zu vernetzen. Die Umsetzung gestaltet sich jedoch als hoch kompliziert. Ist dieses Projekt zum Scheitern verurteilt?

Unter den jetzigen Bedingungen ist eine gewisse Skepsis leider berechtigt. Auch in der Zukunft wird es so sein, dass es immer Spannungen gibt, wenn sich Menschen über das zu verteilende Geld einigen müssen. Bei allen Schwierigkeiten, die es bei der ASV gibt: Wir als Rat sehen diese als einen hochinteressanten Bereich, in dem die einmalige Chance besteht, die Mauer zwischen ambulantem und stationärem Sektor zumindest zu durchbohren. Es ist der erste Bereich, in dem endlich einmal alle Wettbewerbsbedingungen zwischen den Sektoren gleich sind – außer der Investitionsfinanzierung. Wir als Rat sagen daher: Das ist grundsätzlich sinnvoll.

Sollte die ASV auf weitere Bereiche ausgeweitet werden?

Ja, wir sind dafür, die ASV schrittweise auszuweiten, zum Beispiel um ambulante Operationen, stationärsersetzende Eingriffe und stationäre Kurzzeitfälle. Damit nicht das passiert, was alle befürchten – nämlich eine Explosion der Ausgaben – sollte man die ASV ausschließlich selektivvertraglich regeln. Wir wissen, dass das schwierig ist, aber wir sehen es als „Testfeld“ für die übrigen Versorgungsbereiche und damit auch als eine große Chance.

Das Interview führten Stefan Deges, Florian Albert und Peter Carqueville..