

Sind Hausärzte „Grundversorger“ oder Primärärzte?

Eine Kritik am Begriff „Grundversorgung“ und seine Ausweitung durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung

ULRICH WEIGELDT,
DUSAN TESIC

Ulrich Weigeldt ist Bundesvorsitzender des Deutschen Hausärzteverbandes

Dusan Tesic ist Geschäftsführer des Deutschen Hausärzteverbandes

Der Begriff „Grundversorger“ wird im ambulanten medizinischen Bereich den Hausärzten zugeordnet. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung subsumiert neuerdings auch Facharztgruppen unter diesen Begriff. Der folgende Beitrag kritisiert grundsätzlich die Verwendung dieses Begriffs bezogen auf Hausärzte. Die Aufgaben und das Kompetenzspektrum einer hausärztlichen Versorgung werden dadurch nur missverständlich oder auch interessengeleitet beschrieben. Abgelehnt wird auch der Versuch der KBV, bestimmte Facharztgruppen unter dem missverständlichen Begriff „grundversorgende Fachärzte“ in den hausärztlichen Aufgabenbereich zu verorten. Darüber hinaus wird dargelegt, was das Spezifische der hausärztlichen Tätigkeit ist und der Kompetenzbereich der Hausärzte als Primärärzte in ihrer Ganzheit umrissen.

Der Begriff „Grundversorgung“ in der Medizin und seine Konnotation

Der in der vertragsärztlichen Diskussion kursierende Begriff der „Grundversorgung“ korrespondiert mit Vorstellungen, die durch seine Verwendung in anderen gesellschaftlichen Sektoren schon präformiert sind. So wird beispielsweise in der Rentenversicherung von Grundsicherung bzw. Grundrente gesprochen, um die materielle gesellschaftlich definierte Grenze zu bezeichnen, unter die eine Person nicht fallen soll. Derzeit besonders aktuell ist der Grundlohn als unterste Entlohnungsgrenze. Grundfreibeträge setzen das steuerfreie Existenzminimum fest. Auch mit dem Wort „Grundbedürfnis“ wird ein Bedarf bezeichnet, dessen Befriedigung für die Existenz der Personen lebensnotwendig ist. Jeder dieser Begriffe

steht für eine gesellschaftlich definierte untere Grenze, die ein Existenzminimum festlegt bzw. die Untergrenze eines Leistungsanspruchs definiert. In diesen gesellschaftlichen Bereichen vermittelt der umfassende Begriff „Grundversorgung“ eine klare und unmissverständliche Vorstellung vom Sachverhalt.

Kann dieser Begriff auch im ambulanten medizinischen Bereich ohne Fehldeutungen verwendet werden?

Sind Hausärzte „Grundversorger“?

Die Verwendung des Begriffes „Grundversorger“ im ambulanten medizinischen Sektor wird durchaus mit den oben beschriebenen Vorstellungen assoziiert. Die Verknüpfung von Hausärzten mit der „Grundversorgung“ bzw. die Bezeichnung der Hausärzte als „Grundver-

sorger“ suggeriert, dass die vorrangige Aufgabe der Hausärzte darin bestehe, ihre Patienten medizinisch auf einem Niveau zu behandeln, das notwendig ist, um – salopp gesagt – Schnupfen, Husten, Heiserkeit und Fieber in den Griff zu bekommen. Für alle darüber hinausgehenden schwierigeren Erkrankungen sind, nach dieser Lesart, in Abgrenzung von den „grundversorgenden“ Hausärzten, die Fachärzte und für noch komplexere Erkrankungen spezialisierte Fachärzte zuständig. Des Weiteren ist in der Vorstellungswelt vieler Fachärzte ihre Fachgruppe nicht nur für die Behandlung der schweren Erkrankungen zuständig, sondern auch die erste Kontaktadresse für Patienten, die sich als medizinische Laien ihre Erkrankungen dem Kompetenzbereich bestimmter Facharztgruppen zuordnen.

Die Behandlungskompetenzen der Hausärzte unterscheiden sich in der Tat von denen der Fachärzte. Aber nicht in dem Sinne, dass Hausärzte für einfache Erkrankungen und Fachärzte für komplexere Erkrankungen zuständig sind. Bezogen auf den ambulanten medizinischen Behandlungsbedarf der Bevölkerung geht das Behandlungsspektrum der Hausärzte weit über das jeder anderen Facharztgruppe hinaus. Die Kompetenz der Fachärzte ist auf ein erkranktes Organ oder eine Untersuchungsmethode fokussiert (z. B. Auge, Herz, Niere oder Röntgen, Labor etc.), wobei die Differentialdiagnose nur den Organbefund absichern soll. Hausärzte arbeiten dagegen nicht organ- bzw. methodenzentriert, sondern nehmen den Patienten in seiner Ganzheit in den Blick. Der Hausarzt bewertet die Erkrankung oder Mehrfacherkrankungen des Patienten unter Berücksichtigung seiner Arbeitssituation sowie seiner sozialen und familiären Lebensumstände und führt eine daran orientierte und abwägende, oft lebenslange, Behandlung in Abstimmung mit dem Patienten durch. Die ggf. im Rahmen einer Überweisung vom Spezialisten diagnostizierte Organerkrankung wird vom Hausarzt in den Lebenskontext des Patienten gestellt. In Kenntnis vieler auf den Patienten wirkende Umstände und Einflussfaktoren entwickelt der Hausarzt eine Behandlungsstrategie, die weit über die Therapievorschlüsse der Spezialisten hinausgeht. Nur dieser die verschiedenen Faktoren berücksichtigende hausärztliche Behandlungsansatz verhindert,

dass beispielsweise die von Spezialisten unabhängig voneinander verordneten Medikamente zu gefährlichen Wechselwirkungen oder Nebenwirkungen einer Polymedikation beim Patienten führen. Auch unnötige und den Patienten belastende Untersuchungen bei Spezialisten können aufgrund der Kenntnis des Hausarztes über alle gesundheitlichen und sozialen Beschwerden des Patienten vermieden werden.

Bis zu 90 % aller Krankheitsbilder bzw. gesundheitlichen Problemlagen der Patienten werden professionell und abschließend in einer Hausarztpraxis zur Zufriedenheit der Patienten behandelt. Die anderen 10 % der Patienten überweisen die Hausärzte an Fachärzte. Entweder, um deren Expertise für die weitere eigene Behandlung einzubeziehen, oder um eine Mitbehandlung durch den Spezialisten patientengerecht zu organisieren. Hausärzte sind deshalb von ihrer Profession her alles andere als bloße „Grundversorger“, die – abfällig gemeint – nur „Barfußmedizin“ oder „Mindeststandardmedizin“ betreiben. Sie sind vielmehr die primäre Kontaktadresse, wo sich die Patienten mit allen ihren gesundheitlichen und sozialen Problemlagen einfinden und der Hausarzt, unter Berücksichtigung und Bewertung der Lebenssituation und des Lebensgefühls der Patienten in Kooperation mit ihnen, den weitaus größten Teil der ihm vorgestellten Erkrankungen abschließend behandelt oder über eine lange Zeit betreut. Ein weiterer zentraler Unterschied der hausärztlichen Tätigkeit gegenüber der fachärztlichen besteht darin, dass der Hausarzt erkrankte Menschen auch in deren häuslicher Umgebung besucht. Er verschafft sich dabei einen Eindruck von den Wohnverhältnissen und den familiären Unterstützungsmöglichkeiten des Patienten und richtet seine Behandlung auf die Interessen des Patienten aus.

Hausärzte sind Primärversorger

Es mag wie eine Wortklauberei erscheinen, wenn der Begriff „Grundversorger“ für Hausärzte von unserer Seite entschieden abgelehnt wird und stattdessen die Funktion des Hausarztes als „Primärarzt“ oder Familienarzt benannt und betont wird. Die Erfahrung zeigt aber,

dass scheinbar harmlose Begriffe zu falschen Vorstellungen in der Sache führen können, wie am Beispiel des Hausarztes als „Barfußmediziner“ deutlich wird. Sind Hausärzte erst einmal in diesen begrifflichen Kontext eingeordnet, erscheinen Fachärzte als diejenige Arztgruppe, die sich um die wirklich relevanten Erkrankungen der Bevölkerung kümmert. Entsprechend häufig findet sich eine herablassende Haltung vieler Fachärzte gegenüber Hausärzten, die auch Patienten beeinflusst.

Die Faktenlage aber ist, dass von den GKV-Versicherten über 90 % Kontakt zum ambulanten ärztlichen Sektor haben. 65 % der Versicherten suchen mindestens einmal pro Jahr einen Allgemeinmediziner auf und rund 26 % kontaktieren mindestens einmal einen hausärztlichen Internisten. Dagegen suchen nur 18 % der Versicherten direkt fachärztliche Internisten auf (Barmer GEK-Arztreport 2013, S. 53). Die von den Versicherten in den Hausarztpra-

Die korrekte Funktionsbezeichnung der Hausärzte als Primärärzte ist zwingend. Hausärzte kämen sonst in die falsche Schublade.

xen vorgestellten gesundheitlichen Probleme werden zu 90 % dort abschließend geklärt. Hervorzuheben ist, dass in den Hausarztpraxen, anders als in den organ- bzw. methodenbezogenen Fachdisziplinen, multimorbide Patienten mit mehreren verschiedenen gesundheitlichen Problemen während eines Arzt-Patienten-Kontakts im ganzheitlichen Kontext langjährig behandelt werden.

Aus den vorgenannten Überlegungen ist die korrekte Funktionsbezeichnung der Hausärzte als Primärärzte daher zwingend, weil der bei weitem größte Teil der gesundheitlichen und persönlichen Probleme der Patienten in den Hausarztpraxen und/oder seiner häuslichen Umgebung adäquat und abschließend oder lebenslang behandelt wird. Diese klare Begrifflichkeit verhindert die Einordnung der Hausärzte in eine falsche Schublade. Der Primärarzt arbeitet als Generalist und Familienbezogen und kann vor diesem Hintergrund auch auf den Patienten angepasste präventive

Maßnahmen einleiten oder empfehlen. In Deutschland wird mit dem Begriff Primärarzt der international üblichen Nomenklatur gefolgt. General practitioner oder family doctor bezeichnen dort exakt den singulären Stellenwert, den diese Arztgruppe im gesundheitlichen System einnimmt. Es ist höchste Zeit, die Benachteiligung der Hausärzte gegenüber anderen Facharztgruppen in Deutschland auch auf der begrifflichen Ebene zu korrigieren.

Steuerung und Koordination der Patientenbehandlung durch den Hausarzt

In Deutschland werden zwei Steuerungsmodelle öffentlich thematisiert. Auf der einen Seite steht das noch in der Diskussion befindliche KBV-Modell und auf der anderen Seite die schon praktizierte freiwillige Patienteneinschreibung bei der Hausarztzentrierten Versorgung.

KBV-Modell der Patientensteuerung

Schon vor Jahren hat die KBV ein Patientensteuerungsmodell vorgelegt. Im Kern geht es bei diesem Modell darum, die im internationalen Vergleich außerordentlich hohe Zahl von Arzt-Patienten-Kontakten in Deutschland durch eine gestaffelte finanzielle Selbstbeteiligung der Patienten zu vermindern.

Bei diesem Modell bleibt die Freiheit des Patienten unangetastet, jeden Arzt, egal welcher Fachrichtung, direkt aufzusuchen. Der Patient muss aber ohne eine hausärztliche Überweisung bei einer direkten Kontaktaufnahme mit dem Facharzt diesem vor der Konsultation einen bestimmten Geldbetrag zahlen. Davon verspricht sich die KBV, dass die meisten Patienten, die ansonsten den Facharzt direkt aufsuchen würden, wegen der finanziellen Belastung, zunächst den Hausarzt wegen eines Überweisungsscheins aufsuchen oder, wegen der Selbstbeteiligung, den Facharztbesuch sogar ganz unterlassen.

Dass dieses finanzielle Selbstbeteiligungsmodell dazu taugt, Patienten in signifikantem Ausmaß von medizinisch nicht indizierten Facharztbesuchen abzuhalten, ist zu bezweifeln. Um die finanzielle Belastung bei einem direkten Facharztbesuch zu umgehen, werden die Patienten in den Hausarztpraxen

eine Vielzahl von Überweisungen zu Fachärzten verlangen. Die Hausärzte wären dem Druck nach Wunschüberweisungen ausgesetzt und der impliziten Drohung der Patienten, bei einer Verweigerung einer medizinisch unnötigen Überweisung, den bisherigen Hausarzt zu wechseln.

Das von der KBV propagierte pretiale Steuerungsmodell stärkt nicht die Stellung der Hausärzte im System, sondern beinhaltet die Gefahr, dass die Hausarztpraxen zur Vermeidung der Selbstbeteiligung als Beschaffungsstelle von Wunschüberweisungen gesehen werden. Bekanntlich hat die damalige Einführung der Praxisgebühr dazu geführt, dass Hausärzte – aber auch andere Arztgruppen – einem starken Druck der Patienten ausgesetzt waren, ihnen schon vorsorglich Überweisungen für verschiedene Fachärzte auszustellen. Nicht auszuschließen ist, dass das KBV-Modell trotz des beschriebenen Drucks auf die Hausärzte, Überweisungen auszustellen, in der Summe zu einem Rückgang von Facharztbesuchen führt. Das Ergebnis wäre aber, dass die Hausärzte neben den erwähnten Unannehmlichkeiten auch noch mehr Patienten in ihren Praxen bei gleichem Vergütungstopf hätten, die Fachärzte bei gleichem Vergütungstopf jetzt aber weniger Patienten versorgen müssten.

Eine Umsetzung des KBV-Modells würde die Stellung der Hausärzte im KV-System weiter schwächen. Hausärzte wären damit einem medizinisch nicht begründeten Druck der Patienten nach Überweisungen ausgesetzt. Die Fachärzte wären demgegenüber in der komfortablen Situation, von Patienten ohne Überweisung, eine zusätzliche Vergütung ohne Leistung zu kassieren.

Freiwilliges Einschreibemodell beim Hausarzt – die bessere Steuerungsvariante

Demgegenüber ist ein Modell, bei dem sich Versicherte freiwillig für einen Zeitraum bei einem gewählten Hausarzt einschreiben, die weitaus bessere Steuerungsvariante. Der eingeschriebene Patient hat sich bewusst dafür entschieden, seinen frei gewählten Hausarzt bei einer Erkrankung (abgesehen vom Notfall) zuerst aufzusuchen und

ihm die Steuerung und Koordination im Medizinbetrieb anzuvertrauen. Die Patientensteuerung erfolgt hier nicht über eine finanzielle Selbstbeteiligung, die den Nachteil hat, dass bei gegebener Liquidität des Patienten der Facharzt direkt aufgesucht werden kann, ohne dass eine medizinische Indikation dafür vorliegt und infolgedessen eine kosten-trächtige Fehlversorgung ausgelöst wird. Patienten mit hohem Einkommen wird ein direkter Facharztkontakt mit Selbst-

Die Umsetzung des KBV-Steuerungsmodells würde die Stellung der Hausärzte im KV-System weiter schwächen.

beteiligung finanziell nicht schmerzen. Aber ihre Verhaltensweise löst bei nicht gegebener Indikation unnötige Ausgaben der Kassen aus, die von allen Versicherten über deren Beitragssatz mitfinanziert werden müssen. Dagegen verhindert die freiwillige Selbstverpflichtung der Patienten, nicht ohne eine hausärztliche Überweisung den Facharzt aufzusuchen, zweierlei: Erstens, die Überweisung ist medizinisch indiziert und führt gezielt zu einem Facharzt, der die adäquate gesundheitliche Expertise in diesem Fall erstellen kann. Bei Patienten im Selbstbeteiligungsmodell mit direktem Facharztkontakt führt die oft sehr falsche Einschätzung ihrer Erkrankung zum „falschen“ Facharzt und in der Folge zu weiteren kosten-trächtigen Besuchen bei anderen Fachärzten. Zweitens, schützt der primäre Kontakt mit dem Hausarzt den Patienten vor unnötigen und ggf. risikobehafteten Facharztkontakten. Der Patient, der direkt den Facharzt aufsucht, zahlt einen Selbstbehalt und kann trotz des finanziellen Mehraufwands als medizinischer Laie keineswegs sicher sein, mit seinem Problem beim „richtigen“ Arzt zu sein. Im Ergebnis bedeutet dies, dass die freiwillige Entscheidung des Patienten nur mit einer hausärztlichen Überweisung den Facharzt aufzusuchen, Vorteile sowohl für den Patienten als auch für die Versichertengemeinschaft hat. Und auch die Fachärzte profitieren aus fachlicher Sicht dabei, weil sie nicht mehr mit einer Vielzahl von Erkrankungen belastet werden, die in ihrem Fachgebiet fehlplatziert sind.

Wozu „grundversorgende“ Facharztgruppen im KBV-Modell?

Die dargestellte Problematik des KBV-Modells zur Steuerung der Facharztinanspruchnahme wird um die beabsichtigte Strukturierung der Versorgungsebenen im ambulanten medizinischen Sektor um ein zusätzliches Element verschärft.

Das KBV-Modell gliedert den ambulant medizinischen Versorgungsbereich in vier Bereiche und ordnet bestimmte Arztgruppen dem jeweiligen Bereich zu. Die Ebenen werden wie folgt bestimmt:

1. die hausärztliche Grundversorgung
2. die fachärztliche Grundversorgung
3. die fachärztliche Versorgung
4. die spezialfachärztliche Versorgung.

Betrachtet wird im Folgenden nur die Ebene der sog. fachärztlichen Grundversorgung.

Dass der Begriff „Grundversorgung“ im medizinischen Bereich zu falschen Vorstellungen führt, wurde schon ausgeführt. Die Begriffskonfusion wird durch die von der KBV entdeckten „grundversorgenden“ Fachärzte zusätzlich verstärkt. Die damit verfolgte Absicht wird im Folgenden betrachtet.

Einbruch der Fachärzte in den hausärztlichen Versorgungsbereich

Neben dem problematisierten Begriff der *Grundversorgung*, ist die Verortung von bestimmten Facharztgruppen als „Grundversorger“ neben der „hausärztlichen Grundversorgung“ eine wohl beabsichtigte Amalgamierung von hausärztlichen und fachärztlichen Aufgaben. Schon in der Vergangenheit haben die Ärztekammern eine rapide wachsende Zahl von anerkannten fachärztlichen Spezialdisziplinen zugelassen. Das KV-System hat diesen neuen Spezialisten-Zugriff auf Leistungen und Geld über den EBM und die Honorarverteilungsmaßstäbe ermöglicht. Schon seit den sechziger Jahren wurden die Leistungen der damals Praktischen Ärzte zunehmend eingeschränkt. So konnten beispielsweise die Frauenärzte auf dem Ärztetag durchsetzen, dass die Zusatzbezeichnung „Geburtshelfer“ von Praktischen Ärzten nicht mehr geführt werden durfte. Der Kinderarztver-

band machte Sonderrechte geltend, als Vorsorgeuntersuchungen für die Kinder eingeführt wurden. Der Dermatologenverband rief seine Hausärzte fortbildenden Mitglieder zum Boykott auf. Ringüberweisungen unter den Fachärzten wurden systematisch organisiert. In den Gebührenordnungen wurden technische, insbesondere Laborleistungen besser vergütet als die Beratungs- und Untersuchungsleistungen der Hausärzte. Dies betraf auch ihre Hausbesuche. Mit dem Argument der Qualitätssicherung wurde der Leistungskatalog der Praktischen Ärzte von KVen eingeschränkt und in den fachärztlichen Bereich verschoben.

Die beschriebene Entkernung der hausärztlichen Leistungen in diesem Versorgungsbereich und deren Verlagerung in den fachärztlichen Bereich ist keineswegs zum Stillstand gekommen. Zu Recht kritisiert die DEGAM (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin) die ungebrochene Tendenz zur fortschreitenden Subspezialisierung durch die Ärztekammern und die Kassensärztlichen Vereinigungen, die die Kernkompetenzen der allgemeinärztlichen Versorgung betreffen. Beispielhaft lässt sich das an der Palliativmedizin (Basisversorgung), Präventionsmedizin, Geriatrische Basisversorgung, Schmerztherapie u. a. zeigen. Diese Querschnittsbereiche haben Relevanz für die Versorgung und sind nicht einem einzelnen Organfach zuzuordnen. In ihrem Positionspapier präzisiert die DEGAM das Problem einer zunehmenden Subspezialisierung in der Medizin:

„Die Schaffung dieser Vielzahl von Subspezialisierungen in Verbindung mit Titeln, Zusatzbezeichnungen und Abrechnungsprivilegien unterhöhlt und gefährdet eine ressourcensparende gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung und das umfassende Betreuungskonzept der Allgemeinmedizin, in dem immer mehr Kernkompetenzen aus der Allgemeinmedizin herausgeschnitten werden.“

Diese anhaltende Fragmentierung ärztlicher Leistungen in Spezialdisziplinen mit entsprechenden Weiterbildungsvorgaben verliert aber den erkrank-

ten Menschen in seiner ganzen Person immer mehr aus dem Blick. Erkrankte Teile des Patienten werden ohne Einbezug der Hausärzte von Spezialisten untersucht und behandelt und damit die Interaktion von Erkrankung, Lebensumständen und Selbstbild des Patienten vernachlässigt. Dabei kann nur unter Berücksichtigung dieser Interaktion für den Patienten eine angemessene ärztliche Behandlung in enger Abstimmung mit dem Patienten erfolgen. Der Hausarzt ist aufgrund seiner Weiterbildung für diese Aufgabe prädestiniert. Der Versuch der KBV, Facharztgruppen dem „grundversorgenden“, sprich hausärztlichen Bereich zuzuordnen, stellt eine Gefahr für die ganzheitliche Versorgung der Patienten dar.

Nebenbei bemerkt, weicht die KBV-Einteilung der Versorgungsebenen von der in der Bedarfsplanungs-Richtlinie ab. Dort findet sich folgende Gliede-

Die DEGAM kritisiert zu Recht die ungebrochene Tendenz zur fortschreitenden Subspezialisierung durch die Ärztekammern und KVen.

runge: 1. hausärztliche Versorgung; 2. allgemein fachärztliche Versorgung; 3. spezialfachärztliche Versorgung und 4. gesonderte fachärztliche Versorgung. Diese Ebenen-Einteilung in der ambulanten vertragsärztlichen Medizin bildet die notwendige Struktur weit besser ab, als der Facharztinteressen verfolgende KBV-Ansatz.

„Organisierte Verantwortungslosigkeit“ (F. Gerlach) als Resultat zunehmender Spezialisierung

An diese zunehmende Verlagerung von hausärztlichen Leistungen und Geld in den fachärztlichen Bereich passen sich ungesteuert auch die Patienten an und verlangen – ohne vorherige Untersuchung durch den Hausarzt – Überweisungen zum Facharzt oder suchen in immer größerer Zahl Fachärzte gleich direkt auf. Die so induzierte „organisierte Verantwortungslosigkeit“ (F. Gerlach) in der ambulanten Versorgung führt zu einer immer größeren Fehlversorgung,

die nicht nur für Patienten eine Gefahr darstellt, sondern auch gesellschaftliche Ressourcen fehlalloziert. Ohne die vom Patienten freiwillig und bewusst akzeptierte, von ihrem Hausarzt durchgeführte Behandlungs-, Steuerungs- und Koordinierungsfunktion, sind die genannten Fehlentwicklungen nicht in den Griff zu bekommen.

Gesetzgeber greift in das KV-System zu Gunsten der Hausärzte ein

Der Gesetzgeber hat auf diese Fehlentwicklung zulasten der Hausärzte reagiert und z. B. mit der Trennung des hausärztlichen und fachärztlichen Honorartopfs innerhalb der MGv (Morbi-Gesamtvergütung) versucht, den beschriebenen Trend im finanziellen Bereich zu stoppen. Doch verhindert auch diese Honorartopftrennung nicht, dass über den EBM bestimmte Facharztgruppen bei definierten Leistungen weiterhin in den Topf der Hausärzte greifen. In einem sogenannten KO-Katalog wurde sogar ausdrücklich festgelegt, welche Leistungen trotz vorhandener Qualifikation von Hausärzten nicht mehr abgerechnet werden dürfen.

Um die beschriebene Unwucht im Leistungs- und Finanzbereich zwischen Hausärzten und Fachärzten effektiv zu stoppen und umzukehren, ist im Kabinettsentwurf des GKV-Versorgungsstärkungs-Gesetz vorgesehen, dass Fachärzte nicht mehr in den Topf der Hausärzte und umgekehrt greifen dürfen; wobei der umgekehrte Weg kaum eine Rolle spielt. Des Weiteren sieht der Gesetzentwurf vor, die seit langem währende Dominanz der Fachärzte über die Belange der Hausärzte zu brechen und sieht eine paritätische Stimmengewichtung zwischen den beiden Arztgruppen in den Gremien der KVen und der KBV vor.

Dagegen läuft die Politik der fachärztlich dominierten KBV darauf hinaus, bestimmte Facharztgruppen unter dem Label „Grundversorger“ in den hausärztlichen Versorgungsbereich zu verorten. Die Absicht ist klar: Für diese Fachärzte sollen weitere hausärztliche Leistungsbeiriche auch finanziell geöffnet werden. Damit würde der Status der Hausärzte im KV-System – trotz gegenteiliger Be-teuerung – weiter ausgehöhlt.

Hausärzte notwendiger denn je

Angesichts des demografischen Trends und des wachsenden Anteils chronisch kranker und älterer Patienten ist eine ausreichende und intensive Betreuung durch dafür weitergebildete Hausärzte zur Sicherstellung einer qualitätsgesicherten hausärztlichen Versorgung ein Gebot der Stunde. In der Folge können dann auch Ausgaben durch Fehlversorgungen im gesamten medizinischen Sektor signifikant reduziert werden. Dazu müssen Teile der Leistungen, die zum Spektrum der Hausärzte gehören, historisch aber zu den Fachärzten verschoben wurden, wieder einschließ-lich der Geldmittel zu den Hausärzten verlagert werden. Die Einengung der hausärztlichen Versorgung durch Leistungsverlagerungen auf organzentrierte Facharztgruppen stellt nicht nur den Status der Hausärzte in Frage. Auch die Gesellschaft bzw. die Patienten laufen mit weiteren ärztlichen Spezialisten Gefahr, dass sich die gesundheitliche Versorgung verschlechtert und mit der damit einhergehenden Über- bzw. Unterversorgung, auch die Krankenkassen bei der Bereitstellung der finanziellen Mittel für das Gesundheitswesen überfordert werden.

Facharztgruppen können aufgrund ihrer Weiterbildung keine Primärversorger sein. Der Versuch der KBV, durch die erwähnte Neugliederung der ambulanten medizinischen Versorgung, den

als Primärversorger der Bevölkerung zu stärken und zusammen mit den finanziellen Mitteln auf einen auch international vergleichbaren Status zu heben.

Fazit

Hausärzte sind die primären Versorger der Bevölkerung, die bei individuellen gesundheitlichen Problemlagen einer medizinischen Betreuung unter Berücksichtigung ihres jeweiligen sozialen und familiären Umfelds bedürfen. Sie sind keine „Grundversorger“ in der üblichen Verwendung dieses Wortes, sondern sie behandeln 90 % aller Gesundheitsprobleme in ihren Praxen abschließend bzw. bei chronisch kranken Patienten lebenslang zu deren Zufriedenheit. Sie leiten ihre Patienten über alle Ebenen und Sektoren im Gesundheitssystem und koordinieren die Kontakte zu den Fachärzten und notwendige Krankenhausaufenthalte. Sie bewerten die in unterschiedlichen Bereichen des Gesundheitswesens erhobenen Befunde und stellen die Behandlung auf einen für den Patienten verträglichen Umfang in Abstimmung mit ihm ab. Da es keine „grundversorgenden“ Hausärzte gibt, gibt es erst recht keine „grundversorgenden“ Fachärzte. Diese Etikettierung durch die KBV dient allein fachärztlichen Interessen. Erfreulicherweise unterstützt die Politik die beschriebene gesellschaftliche Bedeutung der Hausärzte als Primärärzte und schafft den gesetzlichen Rahmen, in dem die hausärztliche Versorgung den ihr zukommenden Stellenwert erlangen kann.

Da es keine „grundversorgenden“ Hausärzte gibt, gibt es erst recht keine „grundversorgenden“ Fachärzte.

Ausdehnungstrend der Fachärzte in die hausärztliche Versorgung unter dem Etikett „grundversorgende“ Fachärzte fortzusetzen, wird abgelehnt. Insgesamt sind die politischen Weichen, wie die geplante Gesetzgebung erwarten lässt, eindeutig auf Stärkung und Förderung der hausärztlichen Versorgung bzw. der Fachrichtung Allgemeinmedizin gestellt. Der Deutsche Hausärzterverband hat für diese Richtung aktiv und mit überzeugenden Argumenten geworben. Seine zentrale Forderung ist, die Hausärzte in Deutschland im umfassenden Sinne