



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Die Rolle des Hausarztes in der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung

Entschließung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VI - 08) unter Berücksichtigung des Antrags von Herrn Zimmer (Drucksache VI - 08a) fasst der 115. Deutsche Ärztetag einstimmig folgende Entschließung:

Die Rolle des Hausarztes in der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung

I. Präambel

Die Gesellschaft und die sie tragenden Sozialsysteme befinden sich in einem stetigen Wandel. Damit verändert sich auch das Berufsbild des Hausarztes. Vor diesem Hintergrund forderte der 114. Deutsche Ärztetag 2011 die Hausärzte, insbesondere den Deutschen Hausärzterverband, die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) und die Bundesärztekammer, auf, in Fortführung und Ergänzung zu der 2011 verabschiedeten Entschließung "Eckpunkte zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung" eine zukunftsorientierte Perspektive für den Hausarztberuf zu erarbeiten.

II. Hausärztliche Versorgung und Berufsbild des Hausarztes

Hausärztinnen und Hausärzte sind die zentralen Ansprechpartner für die akute Versorgung und die kontinuierliche, oft lebenslange Betreuung der Bürger bei allen gesundheitlichen Problemen. Sie sind in der Regel wohnortnah erreichbar und übernehmen nach den Grundsätzen der partizipativen Entscheidungsfindung und unter Einbeziehung anderer Facharztgruppen die kontinuierliche Verantwortung für die medizinische Versorgung der Bevölkerung.

Der Arbeitsauftrag der Allgemeinmedizin beinhaltet:

- Die haus- und familienärztliche Funktion, insbesondere die Behandlung und Betreuung des Patienten im Kontext seiner Familie bzw. sozialen Gemeinschaft, auch im häuslichen Umfeld und in Pflegeheimen (Hausbesuch).
 - Die Koordinations- und Integrationsfunktion in enger, vertrauensvoller Zusammenarbeit mit anderen Fachärztinnen und Fachärzten, die federführende Koordinierung zwischen den Versorgungsebenen, das Zusammenführen und Bewerten aller Ergebnisse und deren kontinuierliche Dokumentation sowie die Vermittlung von Hilfe und Pflege für den Patienten in seinem Umfeld.
-



- Die Gesundheitsbildungsfunktion, insbesondere Gesundheitsberatung und Gesundheitsförderung für den Einzelnen wie auch in der Gemeinde.

III. Kompetenzen der hausärztlichen Versorgung

Hausärztinnen und Hausärzte werden von den Patienten aufgrund vielfältigster Beratungs- und Behandlungsanlässe in Anspruch genommen. Zur hausärztlichen Tätigkeit gehört die Lösung gesundheitlicher Probleme durch den Hausarzt selbst oder in Kooperation mit anderen Fachärzten und/oder nichtärztlichen Gesundheitsfachberufen sowie die Unterstützung bei psychischen und sozialen Problemen. Die Erfüllung dieses vielschichtigen Arbeitsauftrags setzt insbesondere folgende Kompetenzen voraus:

- Problemorientierte Diagnostik unter Berücksichtigung somatischer, psychosozialer, soziokultureller und ökologischer Aspekte. Hierzu gehört auch der Umgang mit den epidemiologischen Besonderheiten des unausgelesenen Patientenkollektivs im Niedrigprävalenzbereich und den daraus folgenden speziellen Bedingungen der Entscheidungsfindung wie abwartendem Offenhalten und der Abwendung gefährlicher Verläufe.
- Entwicklung und Erhaltung einer vertrauensvollen partnerschaftlichen Patienten-Arzt-Beziehung unter Berücksichtigung der Patientenpräferenzen, der Einbeziehung salutogener Potenziale und familienmedizinischer Perspektiven.
- Intensive Kommunikation mit dem Patienten im Rahmen des hausärztlichen Gesprächs, Erkennung von und Intervention bei psychosomatischen und psychischen Störungen, Krisenintervention, Führung von Suchtkranken, Langzeitbetreuung von Menschen mit chronischen Erkrankungen, Begleitung von Patienten und Angehörigen bei unheilbarer Erkrankung und beim Sterben.
- Information, Beratung und Schulung (z. B. durch strukturierte Gruppenschulungen), Anleitung zur Selbsthilfe, zur Einbeziehung weiterer ärztlicher, pflegerischer und sozialer Hilfen in das Behandlungs- und Betreuungskonzept sowie eine verantwortliche Koordination und Steuerung des Heilungsprozesses.
- Prävention u. a. durch Förderung der Gesundheit, Beratung und Motivierung für eine gesunde Lebensweise (Bewegung, Ernährung, Entspannung, Suchtmittelkonsum), Durchführung von Vorsorge- und Gesundheitsfrüherkennungsuntersuchungen sowie Impfungen, Mitwirkung an gemeindenahen Gesundheitsprojekten.
- Behandlung von akuten Notfällen, einschließlich lebensrettender Maßnahmen, Schmerztherapie und Palliativmedizin.
- Rationale Pharmakotherapie unter Beachtung der individuellen Patientenpräferenz und -kompetenz, der Gefahren der Multimedikation sowie der bestverfügbaren Evidenz und des wirtschaftlichen Umgangs mit Ressourcen des Patienten und der Gesellschaft.
- Behandlung von Wunden und Verletzungen, Durchführung operativer Eingriffe an der Körperoberfläche, Versorgungsmanagement vor und nach ambulanten und stationären operativen Eingriffen.



- Hausbesuche zur Diagnostik und Therapieeinleitung bei akuten Erkrankungen, zur Betreuung von chronisch erkrankten Patienten in jeglichem häuslichen Umfeld sowie im Notfall.
- Diagnostik und Therapie älterer multimorbider Menschen einschließlich der Ressourcen-/Defiziterfassung, u. a. im Rahmen des geriatrischen Assessments, einschließlich der Einleitung der daraus resultierenden Konsequenzen, Koordination des multiprofessionellen geriatrischen Teams sowie Einleiten von Maßnahmen zum Erhalt oder zur Verbesserung von Selbständigkeit und Selbstbestimmung.
- Indikationsstellung, Verordnung und Durchführungsüberwachung bzw. Kontrolle des Kompensationserfolges von Heil- und Hilfsmitteln.
- Basiswissen zu komplementär-therapeutischen Verfahren.
- Bewertung der Leistungsfähigkeit, Belastbarkeit, Arbeitsfähigkeit, Berufs- und Erwerbsfähigkeit sowie der Pflegebedürftigkeit, Indikationsstellung zur Rehabilitation sowie Sicherung, Fortführung und Vertiefung des Rehabilitationserfolges.
- Qualitäts- und Fehlermanagement, Praxismanagement inklusive Personalführung; Berücksichtigung des Sozialrechts.

Diese umfangreichen und zu Recht von der Gesellschaft erwarteten Kompetenzen erfordern ein hohes Maß an sozialem Engagement und Empathie, tragen aber andererseits zu einem äußerst abwechslungsreichen, interessanten und stark patientenzentrierten Berufsbild bei. Weitere Voraussetzungen dafür, dass sich junge Menschen für eine Tätigkeit als Hausarzt entscheiden, sind die Schaffung lebensfreundlicher, hochwertiger Arbeitsbedingungen, die auch die Vereinbarkeit von Familie und Beruf fördern, und die Gewährleistung einer strukturierten und inhaltlich hochqualifizierten Aus-, Weiter- und Fortbildung.

IV. Arbeitsteilung und Kooperation

... mit Vertretern anderer ärztlicher Fachgebiete

Die hausärztliche Versorgung wird sichergestellt durch den Facharzt für Allgemeinmedizin, den hausärztlich tätigen Internisten und den Kinder- und Jugendarzt. Insbesondere zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist eine stärkere Zusammenarbeit, aber auch Arbeitsteilung zwischen Allgemeinärzten und Kinder- und Jugendärzten notwendig. Allgemeinmediziner decken zusammen mit den Kinder- und Jugendärzten je nach örtlicher Situation die Versorgung von Kindern und Jugendlichen, insbesondere bezüglich Diagnostik und Behandlung akut erkrankter Kinder und Jugendlicher gerade auch in Notfällen ab. Kleine Kinder, Kinder mit Entwicklungsstörungen sowie schwerkranke und Kinder mit seltenen und/oder chronischen Erkrankungen werden vorrangig von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin betreut.



Zur Optimierung der wohnortnahen Patientenversorgung ist die bewährte Zusammenarbeit mit ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten anderer Fachgebiete weiter auszubauen. Durch die Versorgung der Patienten innerhalb abgestimmter, indikationsbezogener Behandlungspfade wird die Behandlungssicherheit optimiert. Aufgrund des sich abzeichnenden Ärztemangels wird die ambulante Versorgung zukünftig verstärkt innerhalb von Kooperationen stattfinden. Dies entspricht auch dem Interesse gerade der jüngeren Ärztegeneration: Neue Kooperationsformen steigern die Attraktivität des Hausarztberufes!

Verschiedenste Regelungen im Sozialgesetzbuch V haben bereits in den letzten Jahren neue Formen der Berufsausübung und Zusammenarbeit ermöglicht. Hierzu gehört neben der integrierten Versorgung nach den §§ 140a-d SGB V insbesondere die hausarztzentrierte Versorgung gemäß § 73b (alt) SGB V gerade auch in Verbindung mit § 73c SGB V. Darüber hinaus schafft das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) die Voraussetzungen für weitere innovative Kooperationsformen. Konzepte, wie die vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009 in die Diskussion eingebrachten Versorgungspraxen, deren Zentrum eine hausärztliche Gemeinschaftspraxis möglichst unter Einbeziehung eines Kinder- und Jugendarztes ist, stellen eine zukunftsweisende Kooperationsform dar. Diese Versorgungspraxen können gerade in unterversorgten Regionen durch weitere Praxisräume ergänzt werden, die anderen Fachärzten im Sinne einer Filialisierung zur Verfügung gestellt werden. Vorstellbar ist hierbei, dass u. a. Ärzte der Gebiete Augenheilkunde, HNO, Dermatologie, Gynäkologie, Orthopädie, Chirurgie sowie Psychiatrie und Psychosomatik tageweise oder halbtags innerhalb der Versorgungspraxis die Patientinnen und Patienten wohnortnah versorgen.

Eine weitergehende Kooperationsform sind regionale Versorgungszentren. Unter Einbeziehung nichtärztlicher Berufe in ein solches Zentrum (u. a. Apotheker, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Psychologische Psychotherapeuten und Pflegekräfte) werden den Patienten kurze Wege ermöglicht und die Kooperation der beteiligten Berufsgruppen optimiert.

Eine weitere kooperative Organisationsform ist das Praxisnetz. Dieses ermöglicht, dass die beteiligten Ärztinnen und Ärzte gemeinsam die medizinische Versorgung organisieren und sicherstellen sowie Qualität und Honorierung in Eigenverantwortung gewährleisten.

... mit der stationären Versorgung

Die Kooperation zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung in Deutschland ist bei allen positiven Ansätzen weiterhin verbesserungsbedürftig. Dies gilt insbesondere auch für die sektorenübergreifende Organisation der Notfallversorgung gerade in ländlichen Regionen. Aus hausärztlicher Sicht gilt es, eine regional integrierte Versorgung im Rahmen komplexer populationsbezogener sektorenübergreifender Versorgungsnetze zu realisieren, in denen der Hausarzt Begleiter und Koordinator für



seine Patienten ist. Hierzu gehören eine abgestimmte prästationäre Diagnostik sowie ein organisiertes Entlassungsmanagement. Wesentlich sind dabei einheitliche Qualitätsstandards und eine leistungs- und verantwortungsgerechte Vergütung.

... mit Gesundheitsfachberufen

Angesichts des steigenden Anteils von Menschen mit chronischen Erkrankungen, mit komplexen Krankheitsbildern, großem Rehabilitations- und Pflegebedarf hat die patientenzentrierte Kooperation von Hausärzten mit Vertretern qualifizierter Gesundheitsfachberufe stark an Bedeutung gewonnen. In der Verordnung und Verlaufskontrolle von Maßnahmen – gerade der Physio- und Ergotherapie – spielen Hausärzte eine ebenso wichtige Rolle wie in der Betreuung von gemeinsamen Patientinnen und Patienten mit ambulant oder stationär tätigen Pflegefachkräften. Kontinuierlicher Austausch unter Wertschätzung der gegenseitigen Qualifikationen ist sowohl im eigenen als auch im Interesse der gemeinsam behandelten Patienten unverzichtbar. Die Grundlage hierfür sollte bereits in der Aus-, Weiter- und Fortbildung gelegt werden. In vielen Bereichen (z. B. Pflegeheim- und Behindertenbetreuung, Rehabilitation, Übergang ambulant – stationär) haben Hausärzte gemeinsam mit anderen Berufsgruppen Modellprojekte und fachübergreifende Versorgungskonzepte entwickelt und umgesetzt. Eine besondere Rolle spielt die Delegation ärztlicher Tätigkeiten an qualifizierte Berufsgruppen wie Medizinische Fachangestellte oder Fachkräfte der Kranken- und Altenpflege, die zur Optimierung der Arbeit im Team führt.

Dies ist für alle Beteiligten eine anspruchsvolle Herausforderung und trägt entscheidend sowohl zur Berufszufriedenheit als auch zum Erhalt der Work-Life-Balance bei.

V. Forschungsprofil der Allgemeinmedizin

Forschung im allgemeinmedizinischen Sinne ist ganzheitlich (d. h. den ganzen Menschen bzw. seine Versorgung betrachtend) und versorgungsebenenübergreifend. Sie berücksichtigt neben medizinischen Parametern auch Fragen der Organisation und Kommunikation sowie im weitesten Sinne psychologische und soziale Faktoren einschließlich individueller Patientenperspektiven. Dies eröffnet ein breites Spektrum an Forschungsgegenständen, Fragestellungen, Studiendesigns sowie analytischen Modellen und Methoden. Die allgemeinmedizinische Versorgungsforschung beinhaltet darüber hinaus auch eine potenzielle Verfolgung kritischer oder unkonventioneller Fragestellungen. Interessensneutralität ist nicht nur für die akademische Allgemeinmedizin, sondern auch für die tägliche hausärztliche Praxis ein hohes Gut, das im Ringen um einen industrieunabhängigen Evidenztransfer eine Kernvoraussetzung rationaler Pharmakotherapie ist.

Durch die zunehmende Verankerung der Allgemeinmedizin an den medizinischen Fakultäten und die wachsende Anzahl allgemeinmedizinischer Lehrstuhlinhaber haben sich die Möglichkeiten dafür, eine wissenschaftliche Karriere einzuschlagen oder neben



der hausärztlichen Tätigkeit zugleich wissenschaftlich tätig zu sein, in den letzten Jahren deutlich verbessert. Dabei kann gerade die Nähe der allgemeinmedizinischen Forschung zu den untersuchten Strukturen und Prozessen hilfreich sein, Versorgung zu beschreiben und zu erklären sowie die Ursachen bzw. Wirkmechanismen zu verstehen.

VI. Perspektiven

Das Arbeitsfeld der Hausärztinnen und Hausärzte stellt ein attraktives Berufsbild dar. Gerade das breite Behandlungsspektrum, unter Berücksichtigung somatischer, psychosozialer und soziokultureller Aspekte, und die umfassende und kontinuierliche medizinische Betreuung machen den Hausarzt einerseits unverzichtbar für eine hochwertige Patientenversorgung und geben andererseits der jungen Ärztegeneration eine hervorragende berufliche Perspektive.

Bei der Weiterentwicklung der hausärztlichen Versorgungsstrukturen gilt es, sowohl den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten nach einer wohnortnahen, koordinierten und kooperativen Versorgung gerecht zu werden als auch die Berufszufriedenheit der Hausärztinnen und Hausärzte zu steigern.