

Neue Rollenbilder für den Hausarzt

Reinhold Glehr
Arzt für Allgemeinmedizin



Demographische Entwicklung + ökonomische Krise

- ◆ größeren Zahl alter Menschen
 - ◆ Anstieg chronischer und lebensstilbedingter Erkrankungen
 - ◆ fehlender Bereitschaft der Gesellschaft mehr finanzielle Mittel dafür bereit zu stellen
 - ◆ Steigender Reformbedarf im Gesundheitssystem
- 

Geschätzte Zunahme chronischer Erkrankungen bis 2020

- ◆ Diabetes und kardiovaskuläre Erkrankungen z.B. Schlaganfall um ca 20 %
 - ◆ Demenz ca 50%
 - ◆ Depression, Angststörungen
 - ◆ Immobilität (Degeneration Bewegungsapparat, M.Parkinson, Schwindel, etc.)
 - ◆ Pflegebedürftigkeit ca 50 %
- 

Vermehrte Arbeitslast im Hausarztbereich

- ◆ Zunahme multimorbider, chronisch Kranker
- ◆ Vermehrte Bedeutung der Lebensstilmedizin
- ◆ Veränderte Familienstrukturen – verminderte Laienhilfe
 - ◆ Frühere Medikalisierung wegen Verlust an Grundwissen über Gesundheit und Krankheit
 - ◆ Pflegeproblematik
 - ◆ Fehlende Angehörige/Nachbarn, die Fahrt zum Arzt organisieren
- ◆ anhaltend angespannte ökonomische Lage
 - ◆ Armut als Gesundheitsrisiko
 - ◆ Anstieg psychosozialer Probleme
- ◆ frühere Entlassungen aus dem stationären Bereich
- ◆ Gestiegener Beratungsbedarf
 - ◆ gestiegene Erwartung
 - ◆ Verunsicherung
 - ◆ erhöhter psychosozialer Bedarf

Ziele vorausschauender Politik

- ◆ Vermehrung der Zahl der gesunden, nicht durch Behinderung und Pflegebedürfnis geprägten Jahre
 - Prävention
 - Förderung des Gesundheitsbewusstseins
 - ◆ Sicherung einer kompetenten Betreuung der Bevölkerung im Krankheitsfall entsprechend den wissenschaftlichen Erkenntnissen der Versorgungsforschung
 - ◆ Sicherung der Ressourcen im Gesundheitssystem
- 

Nachrichten aus der Schweiz:

Neue Hausärzte braucht das Land

Schlecht bezahlt, überlastet, zu wenig Nachwuchs: Die Schweizer Hausärzte sind schwer angeschlagen. So angeschlagen, dass ihr Kampfgeist erwacht ist. In Fachkreisen ist die Diskussion um die künftige Rolle des Hausarztes aber schon länger im Gange. Dabei stehen verschiedene Perspektiven und Visionen im Zentrum. Eine Annäherung an den Hausarzt

[Login](#) • [Regis](#)

NZZOnline

SONNTAG, 06. NOVEMBER 2011, 19:28 UHR

[NACHRICHTEN](#)

[FINANZEN](#)

[MAGAZIN](#)

[MARKTPLÄTZE](#)

[Startseite](#)

[Politik](#)

[Wirtschaft](#)

[Kultur](#)

[Digital](#)

[Sport](#)

[Zürich](#)

[Panorama](#)

[E](#)

[Nachrichten](#) › [Politik](#) › [Schweiz](#)

[Twittern](#)

0

0



8. Oktober 2009, Neue Zürcher Zeitung

Strategien gegen den Hausarzt-Mangel

Die Politik setzt auf Hausärzte, doch ist dieser Berufsweg für junge Ärzte zu wenig attraktiv

Immer weniger junge Mediziner wollen Hausärzte werden. An einer Tagung in Bern wurden Wege aus der sich abzeichnenden Versorgungslücke diskutiert.

Nachrichten aus Deutschland

| 60. Bayerischer Ärztetag

Hausarztmangel – eine gesamtdeutsche Herausforderung



arbeit zwischen Kammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) zum Ausdruck gebracht wird. Dem Akademievorstand gehören als Vertreter des Beirates Dr. Hartmut Stöckle an, der bisher Vorsitzender des Ausschusses war und der den jetzigen Zeitpunkt als den richtigen

raransprüche und Schaffung von Arbeitsplätzen evaluierten Referentenpool zurückgreifen können.

Des Weiteren erwarten sie eine finanzielle Unterstützung bei

Hausarztmangel macht Rettungsdiensten zu schaffen

Bonn (rd.de) – Die enorme Steigerung der Einsatzzahlen von Rettungswagen und Notärzten korrespondiert durchaus nicht mit den Effekten einer alternden Gesellschaft. In manchen Gebieten hält vor allem der Hausarztmangel den Rettungsdienst auf Trab.

Wer hat ein Mittel gegen den Hausarztmangel?



Wegen der akuten Ärzteproblematik besuchte im Februar 2008 Sachsens Ex-Ministerpräsident Prof. Georg Milbradt (2. v. l.) zusammen mit der damaligen Gesundheitsministerin Helma Orosz die Region Torgau.

... und in Österreich ?

- ◆ 37 Prozent der Allgemeinmediziner in den nächsten 10 Jahren in Pension
- ◆ Arbeitslast der Primärversorgung wird sich bei Beibehaltung der jetzigen Versorgungsintensität um 20 % erhöhen
 - Größere Zahl älterer, chronisch und mehrfach erkrankter Patienten erhöht Betreuungs- und Koordinationsbedarf
- ◆ Österreich gehört zu den Ländern mit dem höchsten Durchschnittsalter in der EU
 - seit 1990 um 5 Jahre auf 41 gestiegen
 - Lebenserwartung steigt pro Jahr um 2 bis 3 Monate
- ◆ Spitals-Bettendichte 50% über dem EU-Schnitt
 - wird aus Kostengründen gesenkt werden müssen

Hausärzte der nächsten Generation?

- ◆ Wandel sozialer Rollen
 - ◆ Allgemeinmedizin wird weiblich
 - ◆ Erziehungszeiten, Teilzeit, Wiedereinstieg nach Karenz werden Thema
 - ◆ Auch Männer wollen ihre Verantwortung innerhalb der Familie verstärkt wahrnehmen (Väterkarenz, Work-Life-Balance, Erziehungsteilzeit)
- ◆ Probleme am Land bei häufig vorhandenem akademischem Beruf beider Partner
- ◆ Wunsch nach Lebensqualität stärker als nach Geld
- ◆ Klage über geringe Wertschätzung als Hausarzt, über geringe Verdienst- und Karrierechancen

Verändertes Berufsbild

- ◆ An der beruflichen Selbständigkeit orientiertes, durch sehr hohe Identifikation gekennzeichnetes Berufsbild wird durch eine nicht ausschließlich berufsorientierte Lebensdefinition abgelöst
- ◆ Weniger Bereitschaft für persönliche Verantwortung und wirtschaftliche Risikoübernahme in einer Umgebung, die Sicherheit zunehmend juristisch definiert
- ◆ Enttäuschung der bei Studienbeginn vorhandenen Erwartungen wirken nach (Erzeugt durch Ausbildungsmängel: z.B. Turnusärzte als Systemerhalter in Krankenhäusern statt Auszubildendenstatus)

Rolle als Dienstleister

- ◆ Steigende Patientenerwartungen bis hin zum consumerism
- ◆ Wandel von einem eher paternalistischen zu einem partizipativen, fordernden Modell
- ◆ Anpassungsnotwendigkeit wird zusammen mit den juristischen Bedrohungen als schwer kalkulierbares Risiko und nicht mit dem Helferberuf vereinbarere Belastung gesehen

Hausärztliche Kompetenz für komplexe Probleme

- ◆ Qualifizierende spezielle Ausbildung
 - ◆ Fähigkeit die Mehrzahl der Beratungsanlässe auf Primärversorgungsebene zu klären
 - ◆ Fähigkeit für Wissensmanagement und Wissenstransfer
 - ◆ Fähigkeit für Begleitung, Bewältigung, Verarbeitung bei chronisch Kranken bzw. Behinderten wo Heilung nicht möglich
 - ◆ Möglichkeit für Additivfacharzt: Geriatrie, Psychosomatik, Palliativmedizin
- 

Berufliche Unsicherheit als Hürde

Ausbildung erfolgt derzeit nicht bzw. wenig im eigentlichen Berufsfeld Allgemeinmedizin

Arbeitsbelastung und Reformprozess im stationären Sektor führt zur Verringerung der Ausbildungsmöglichkeiten

- kurze Liegezeiten, Tagesklinik, Vor- und Nachuntersuchungen nicht stationär
- Wesentliche Entscheidungen und Maßnahmen nicht unter Supervision zu üben

Lehrpraxis ist Chance



Grundlegender Wandel des Rollenbildes

- ◆ Koordinator und Manager eines interdisziplinären Praxisteam, dessen Mitglieder mehr Verantwortung übernehmen
- ◆ Teilverantwortung der Praxisassistenz für die Kontinuität der Versorgungsprozesse bei chronischen Erkrankungen
- ◆ Verstärkte, strukturierte Zusammenarbeit mit anderen Ärzten und Gesundheitsberufen
- ◆ Vielfalt hausärztlicher Praxismodelle, aber personelle Kontinuität eines Kleinteam als gemeinsames Merkmal

Chronic Care Modell (Ed Wagner)

Delegierung, wo Kompetenz im Team

- ◆ Verwaltung, Dokumentation
- ◆ Standard-Beratungen, Schulungen, Motivationsarbeit
- ◆ Blutabnahmen
- ◆ Durchführung von EKG, Lungenfunktion unter Aufsicht
- ◆ Hausbesuche chronisch Kranker für Routinekontrollen BZ, RR, INR, Gewicht,...

Medical Home

- ◆ An Stelle einer episodischen, krankheits- oder beschwerdebezogenen Versorgung eine
- ◆ patientenorientierte, von einem persönlichen Arzt koordinierte, auf die Langzeitbegleitung ausgerichtete medizinische Versorgung
- ◆ zentralen Stellenwert haben dabei die über lange Zeit kennengelernten individuellen Bedürfnisse, Werte und Möglichkeiten des Patienten

Arbeit im Netzwerk

- ◆ Regionales ärztliches Netzwerk
 - ◆ Gegenseitige Entlastung im Niedergelassenen Bereich
 - ◆ virtuelle Gruppenpraxis
 - ◆ Weiterleitung bei erreichter Grenze der Zuständigkeit
 - ◆ Terminplanung im ärztlichen Netzwerk
 - ◆ Klare Definition des verantwortlichen, patientenführenden Arztes / Ärztin (Hausarztmodell)
- ◆ Strukturierte Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen in definierter Verantwortung
 - ◆ Ärzte, Apotheken, Pflege, Sozialarbeit, Physiotherapie, Psychotherapie, Ergotherapie...
- ◆ Integrierte Versorgung: Betreuung auf der best geeigneten Ebene

Dringlichkeitsversorgung

- ◆ Primärversorgung von nicht akut lebensgefährlichen Erkrankungen durch Allgemeinarzt
- ◆ Notarztsystem für akut lebensbedrohliche Situationen
- ◆ Kurzfristige kompetente Entscheidungsfindung für Großteil der Beratungsanlässe im Rahmen des generalistischen Arbeitsansatzes des Hausarztes
- ◆ dringliche Fälle sollten kurzfristig innerhalb von 24 h Behandlungsmöglich sein

Reform der Rahmenbedingungen

- ◆ Rollenbild und Ausbildung muss den zeitgemäßen Erfordernissen angepasst werden
 - ◆ Flexible Zusammenarbeitsformen müssen möglich sein
 - ◆ Es gibt den „Einzelkämpfer Hausarzt“ nicht mehr, es gibt nur kleine oder große Teams
 - ◆ Hausärztliche Arbeit ist nur im Netzwerk möglich
 - ◆ Förderung der hausärztliche Forschung auf universitärem Niveau zur Qualitätssicherung und -weiterentwicklung
- ◆ Die Hausarztmedizin braucht Respekt und Förderung zum Wohle der Patienten und des Gesundheitssystems