



## Hausärztliche Versorgung

# Was ist denn „typisch Hausarzt“?

**Die Zeiten, in denen Hausärzte als minder qualifizierte „Barfußärzte“ galten, sind endgültig vorbei. Aus Sicht der universitären Allgemeinmedizin verfügt die Hausarztmedizin jedenfalls über einige Pluspunkte: Hausärzte kennen ihre Patienten, können ihre Beschwerden und Bedürfnisse deshalb gut interpretieren und sie vor frühzeitiger Etikettierung und Überdiagnostik schützen.**

Die hausärztliche Arbeitsweise berücksichtigt somatische, psycho-soziale, soziokulturelle und ökologische Aspekte. Beim Gebietsarzt steht meist nur ein Symptom im Vordergrund, der Allgemeinmediziner verfügt durch langjährige Kenntnis des Patienten und seiner Familie oft über ein ganzes Puzzle von Informationen. Daher ist es für ihn auch wenig sinnvoll, seinen Arbeitsalltag nach den Leitlinien von Spezialisten auszurichten, wie bei einem Seminar beim Heidelberger Tag der Allgemeinmedizin erläutert worden ist. Die Leitlinien der DEGAM ([www.degam.de](http://www.degam.de)) dagegen berücksichtigen diese Situation. Am Beispiel „Rückenschmerz“ lassen sich die Besonderheiten der hausärztlichen Tätigkeit gut herausarbeiten: Kreuzschmerz-Patienten gibt es sowohl in der Hausarztpraxis als auch in der Notfallambulanz. Aber im unausgelesenen Patientenkollektiv der Allgemeinpraxis dominieren andere Ursachen als in der Klinik: Patienten mit unkomplizierten Kreuzschmerzen sind in der Hausarztpraxis wahrscheinlicher. Wer dieses Phänomen wissenschaftlicher ausdrücken möchte, spricht von

Niedrigprävalenz-Bereich: die Wahrscheinlichkeit, dass der Patient in der Praxis – der z.B. mit eher unspezifischen Beschwerden kommt – keine wirklich objektivierbaren Symptome aufweist, ist wahrscheinlicher als bei einem Facharzt. Weil Rückenschmerzen aber auch in der Hausarztpraxis nicht nur harmlose Ursachen haben, empfiehlt Prof. Dr. Armin Wiesemann, an Warnhinweise für komplizierte Kreuzschmerzen („red flags“) zu denken. (Lesen Sie dazu auch den CME-Beitrag zur Kreuzschmerz-Diagnostik aus [Hausarzt](#) 2/06, Anm. d. Red.) Abwendbar gefährliche Verläufe aber, die man mit Hilfe bildgebender Verfahren erfassen könnte, sind in der Hausarztpraxis extrem selten. „Auch der Schutz vor aktionistischer Überversorgung der Patienten ist eine hausärztliche Aufgabe“, so Wiesemann. Am deutlichsten wird dies am Beispiel eines Rückenschmerz-Patienten, der über Jahre hinweg mit Beschwerden zum Hausarzt kommt. Der Hausarzt kann besondere Belastungen, auch psychosomatische, im Krankheitsverlauf gut zuordnen: der berufliche Stress, die Trennung von der Lebensgefährtin etc. Der

Gastroenterologe dagegen, bei dem der Patient möglicherweise irgendwann auch vorstellig wird, notiert bei dem einen Treffen vermutlich nur lapidar: Ulkus aufgrund von Schmerzmittelmissbrauch.

### Die Sache mit der Spritze

Nicht jeder Hausarzt handelt in jeder Situation leitlinienkonform – auch über die Gründe dafür wurde in der Veranstaltung diskutiert. Ein typisches Beispiel ist hier wiederum der Rückenschmerz-Patient, der sich – am besten jetzt und sofort – eine Schmerzspritze wünscht. Nicht selten kommen Hausärzte diesem Wunsch nach, auch wenn ihnen eigentlich bewusst ist, dass eine orale Medikation ebenso gut und ebenso schnell wirkt. Es fällt eben oft schwer (und kostet Zeit), die Patientenerwartung zu enttäuschen. Prof. Dr. med. Joachim Szece-snyy warnt jedoch eindringlich vor möglichen Konsequenzen: Als Gutachter hat er auch schon mit Komplikationen nach intramuskulären Injektionen oder auch Quaddelungen zu tun gehabt. „Das sieht dann nicht gut aus für den Kollegen“, ist sein knapper Kommentar.

Eine aktuelle Heidelberger Studie zeigt Licht am Horizont: Patienten, die in der Vergangenheit intramuskuläre NSAR-Spritzen bekommen hatten, wurden mit einem einfachen Aufklärungsblatt über die Risiken informiert. Das Resultat: 87,7% der Patienten entschieden sich nach der Lektüre für die orale NSAR-Gabe. Auf den Verlauf der Beschwerden hatte die Applikationsform keinen Einfluss.

### Leitlinien – theoretisch gut...

In Semindiskussionen zeigten sich weitere Gründe, die es in der Praxis schwer machen, leitliniengerecht zu ar-

beiten. Welcher Hausarzt hat schon Zeit für lange Erklärungen? Auch das Abweichen von „alten Pfaden“ ist ein zusätzlicher Aufwand. Und Patienten haben nun mal eigene Vorstellungen davon, was ihnen „immer schon“ geholfen hat oder welche alternativen Verfahren für sie denkbar wären. Das gilt auch für diagnostische Schritte: Patienten sehen es eben auch als Zeichen von Wertschätzung, wenn ihr Hausarzt sie zum Röntgen schickt. „Diagnostik kann auch ein Stück Therapie sein“, ist zu hören. Dem Hausarzt gegenüber möchte jeder Patient individuell gesehen und behandelt werden – auch das widerspricht einer rigorosen Anwendung von Leitlinien. Die Sicherheit, auf der richtigen Seite zu sein, ist jedoch ein wichtiges Argument für die leitliniengerechte Behandlung. Auch und gerade bei einer teuren Medikation schützt die leitliniengerechte Arbeit vor einer Überforderung durch das Rechtssystem. Und die Anwendung der Patientenbroschüren, die in die DEGAM-Leitlinien integriert sind, kann die Arbeit ein bisschen leichter machen.

### Die Zukunft der Hausarztmedizin

Einen Ausblick in Zukunft wagte Dr. Berthold Dietsche, 1. Vorsitzender des Hausärzterverbandes Baden-Württem-



**Hausarztpraxen bieten viel qualifizierte Versorgung z.B. Belastungs-EKG – warum also werden sie finanziell nicht entsprechend unterstützt?**

berg. Er sieht Anzeichen dafür, dass die Politik die Position des Hausarztes stärken will. Wie Ulla Schmidt beim Hausärztertag in Potsdam zum wiederholten Mal betont habe, ist der Hausarzt das Rückgrat der ambulanten Versorgung. Die Politikerin habe sich stark gemacht für mehr Hausarztverträge und mehr Pauschalen im hausärztlichen Bereich. Einen floatenden Punktwert wolle sie sich nicht mehr länger ansehen – was ist den Intentionen des Deutschen Hausärzterverbandes nach einer sicheren finanziellen Basis für die Hausärzte natürlich entgegen kommt. Die steigende Zahl der Praxispleiten und die Weigerung des medizinischen Nachwuchses, vor allem

### → Das fordert der Hausärzterverband

- Der Hausärzterverband fordert u.a.
- | ein flächendeckendes Hausarztssystem (freie Wahl des Hausarztes)
- | die Trennung oder Sektionierung der Körperschaften
- | eine Weiterentwicklung der freivertraglichen Schiene
- | eine Festschreibung des hausärztlichen Honoraranteils in Euro
- | eine eigene hausärztliche Gebührenordnung in festen Eurobeträgen

im ländlichen Bereich frei werdende Praxen zu übernehmen, zeige, dass die „finanziellen Anreize“ zu gering sind. Ein echtes Ärgernis für die im Seminar anwesenden Ärzte sind auch die vielen verschiedenen IV-Verträge: Da wird von organisatorischem Chaos, steigender Bürokratie und unsinnigen Doku-Bögen gesprochen. Der Hausärzterverband verfolgt hier jedoch das Ziel, bei Hausarztverträgen für eine einheitliche Gestaltung zu sorgen.

Und sonst? Ist die Einzelpraxis denn nun eigentlich tot, sind Kooperationen der Königsweg der Zukunft? Dietsche beruhigt: In Baden-Württemberg gibt es 52% Einzelpraxen und 28% Gemeinschaftspraxen. Höchstens in Großstädten sind für ihn künftig größere Organisationsformen denkbar, „auf dem Land ist das völlig abwegig“, erklärt er.

Beim Blick in die Zukunft sind sich Dietsche und Szecsenyi einig: Beide setzen auf die Qualität der hausärztlichen Versorgung: „Wenn wir zeigen können, dass wir eine qualifizierte hausärztliche Versorgung bieten, bekommt die hausärztliche Praxis die Stellung, die ihr zusteht!“

Ruth Auschra

Quelle:

3. Heidelberger Tag der Allgemeinmedizin, 8.10.2005 (Veranstalter: Abteilung für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung Heidelberg; Leitung: Prof. Dr. med. Joachim Szecsenyi)

Seminar: Prof. Dr. med. Armin Wiesemann, Prof. Dr. med. Joachim Szecsenyi: Hausärztliche Arbeitsweise und hausärztliche Leitlinien

Abschlussdiskussion: Prof. Dr. med. Joachim Szecsenyi, Dr. med. Berthold Dietsche

### → Was die Umsetzung von Evidenz oft verhindert

#### Organisatorischer Kontext

- | Finanzielle Dis-cinives (z.B. falsche finanzielle Anreize)
- | Organisatorische Restriktionen (z.B. Zeitmangel)
- | Wahrgenommene mögliche rechtliche Haftungsprobleme
- | Patientenerwartungen

#### Meinungen, sozialer Kontext

- | Praxisstandards (z.B. vorhandene Routinen)
- | Meinungsführer (die mit Evidenz nicht einverstanden sind)
- | Weiterbildung, Fortbildung (z.B. obsoletes Wissen)
- | Werbung, Marketing

#### Wissen und Einstellungen (professioneller Kontext)

- | Klinische Unsicherheit (z.B. unnötige Tests bei vager Symptomatik)
- | „Sense of Competence“ (starke Überzeugung von den eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten)
- | Zwang zum Handeln
- | Informationsüberflutung (Schwierigkeit, Evidenz zu bewerten)

nach Grol, Grimshaw, Lancet 2003; 362: 1225-1230