

# V o r t r a g

Frau Dr. med. Cornelia Goesmann, Vizepräsidentin der Bundesärztekammer, Fachärztin für Allgemeinmedizin/Psychotherapie, Hannover

am 12.09.2009 im Alten Landtag, Oldenburg

## **Der alte Mensch in der hausärztlichen Praxis**

Anrede

Dankesworte für die Einladung

Eigene Vorstellung

Meine sehr verehrten Damen und Herren!

In der Einladung zu der heutigen Veranstaltung lautet die Einführung: „Die medizinische und pflegerische Versorgung zählt als Folge der demographischen Entwicklung zu den großen Herausforderungen unserer Gesellschaft“. Die bisherigen Versorgungsmodelle sind nach übereinstimmender Meinung der Experten nicht in der Lage, den Bedürfnissen und der steigenden Zahl der älter werdenden Menschen gerecht zu werden. So gilt es, neue Wege – und Versorgungskonzepte zu entwickeln, um die individuelle Betreuung auch in ihrer häuslichen Umgebung zu gewährleisten.

So sehe ich heute hier meinen Part darin, die derzeitige Versorgung der älteren und hochaltrigen Mitbürgerinnen und Mitbürger durch die hausärztliche Praxis zu beschreiben und Versorgungswege der Zukunft aufzuzeigen. Wir wollen würdiges Leben im Alter – für uns selbst und die Anderen.

Was können Hausärztinnen und Hausärzte dazu beitragen? Die Hausärztin und der Hausarzt sind lebenslange Partner und Begleiter ihrer Patienten, deren Gesundheit und Krankheit sie oft weit über 30 Jahre beobachten und mitgestalten dürfen. Die „erlebte Anamnese“, das Spezifikum der Hausarztpraxis, unterscheidet uns Hausärzte von anderen Fachdisziplinen. Die jahrelange Kenntnis unserer Patientinnen und Patienten begründet zusammen mit der primärärztlichen Steuerungsfunktion die zentrale Rolle der Hausarztpraxis in der medizinischen Versorgung. Neben den eigentlich klassischen Fragestellungen beraten und koordinieren Hausärztinnen und Hausärzte ihre Patienten in nahezu allen gesundheits- und krankheitsbezogenen Fragen. Gerade die Versorgung einer immer älter und kränker werdenden Bevölkerung erfordert auch die Umsetzung sinnvoller Präventionsmaßnahmen. Diese sind neben der Akutversorgung und der Rehabilitation Kernaufgaben hausärztlicher

Tätigkeit. Hausärzte arbeiten stets wohnort- und familiennah. 80 – 90 % aller Beratungs- und Behandlungsfälle eines Patienten können i.d.R. schon in der hausärztlichen Praxis gelöst werden. So spielt auch das spezifische Vertrauensverhältnis, das langjährig zwischen den hausärztlichen Patienten und ihren Doktores aufgebaut wird, eine große Rolle und begründet die Unverzichtbarkeit eines Hausarztes. Dies spiegeln auch derzeitige Zahlen wieder. Umfragen sowohl der Kassenärztlichen Bundesvereinigung als auch zahlreicher Krankenkassen zeigen, dass bei den über 70-jährigen in unserer Bevölkerung 93 % eine regelmäßige hausärztliche Betreuung haben. Die durchschnittliche Anzahl von Hausarztkontakten bei den über 70-jährigen liegt bei 6,3 Arztbesuchen im Quartal, bei den über 80-jährigen bei 6,0 Kontakten. Und natürlich ist der Hausarzt auch für die palliativmedizinische Versorgung und Sterbebegleitung da – zuhause sterben.

Dass die Alterspyramide sich zu Gunsten der alten und hochaltrigen Bevölkerungsschichten verschoben hat, spüren wir in der Hausarztpraxis nur zu deutlich. Die Fallzahlen der Praxen sind in den letzten Jahren erheblich gestiegen. Da sowohl der medizinische Fortschritt als auch die Anzahl der chronisch kranken älteren Menschen zugenommen haben, verändert sich auch das Arbeitsspektrum in unseren Hausarztpraxen. Sowohl die Inanspruchnahme von Vorsorge- und Beratungsleistungen als auch der Wunsch nach Haus- und Heimbefuchen haben erheblich zugenommen.

Inhaltlich begegnet die Hausärzteschaft diesen gestiegenen Anforderungen übrigens damit, dass sowohl im Bereich der Studentenausbildung, als auch in der Weiterbildungsordnung zum Facharzt für Allgemeinmedizin wie auch in den Fortbildungen für die Hausärzteschaft geriatrische Themen und gerontopsychiatrische Inhalte an Bedeutung zugenommen haben. D.h., inhaltlich sind meine Kolleginnen und Kollegen den wachsenden Anforderungen in der Versorgung älterer und alter Menschen gewachsen. In den nächsten Jahren wird es aber darum gehen, auch neue organisatorische Formen der Versorgung zu finden, die dem zunehmenden Ärztemangel und dem immer größer werdenden Anteil chronisch kranker und pflegebedürftiger Mitmenschen gerecht werden. Neueste Zahlen sind hier ja schon mehrfach genannt worden:

Im Jahre 2008 waren 20 % unserer Mitbürger älter als 65, für das Jahr 2035 rechnen wir mit 30 % alter und hochaltriger Mitbürger.

Zur Pflegebedürftigkeit gibt es folgende Zahlen: Im letzten Jahr wurden insgesamt 2,25 Mio. pflegebedürftige Deutsche registriert, davon wurden zu Hause durch Verwandte, Ehrenamtliche oder Pflegedienste 68 %, in Pflegeheimen 32 % = 710.000 Menschen betreut. Dabei beträgt die so genannte Pflegequote, d.h. der Anteil der Menschen in der

Gesamtbevölkerung, der pflegebedürftig ist, insgesamt derzeit nur rd. 3 %. Dies klingt nicht sehr viel, man muss aber sehen, dass der Anteil in den höheren Altersgruppen steigt und bei den über 80-jährigen schon 20 % beträgt.

Wie sieht Betreuung in der hausärztlichen Praxis konkret aus?

Ich unterscheide 4 Gruppen von alten Patienten:

Zunächst lassen Sie uns die Gruppe derjenigen Mitbürgerinnen und Mitbürger anschauen, die etwa ab dem 60. Lebensjahr „in Rente gehen“. In der eigenen Praxis sehe ich immer wieder, dass diese Patientengruppe, wenn sie nicht zuvor chronisch erkrankt war, durch die Entlastung von einer ggf. anstrengenden Berufstätigkeit in eine sehr stabile, ausgeglichene und gesundheitlich gute Phase eintritt. Dadurch, dass sehr viel mehr Erholung, Reisen, Beschäftigung mit eigenen Interessen und freie Gestaltungsmöglichkeiten des Alltags realisierbar werden, geht es dieser Gruppe im 1. Rentenjahrzehnt i.d.R. zunächst sehr gut „silverager“ und Besuche in der hausärztlichen Praxis nehmen deutlich ab. Oft suchen diese Patientinnen und Patienten ihre Arztpraxen nur noch zu Fragen der Prävention, also zu Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen und Beratungsleistungen auf, fühlen sich viele Jahre lang gesund und fit. Die Aufgaben der hausärztlichen Betreuung sind hier, d.h. im frühen Seniorenalter, als eher begleitende und beratende Tätigkeiten anzusehen.

2. Chronische, vor allem Verschleißkrankheiten des muskelo-skelettären Apparates, darüber hinaus Zivilisationskrankheiten wie Diabetes mellitus, Hypertonie, Stoffwechselstörungen, Durchblutungsstörungen und evtl. auch eine Raucherlunge treten im nächsten Jahrzehnt (70-80 J.) stärker in den Vordergrund. Wenn verschiedene Krankheitsbilder aufeinander treffen, ist hier die Koordinierungsfunktion des Hausarztes gefragt, der diese Patienten kontinuierlich begleiten und bei speziellen Fragestellungen an Fachärzte weiter verweisen wird. Wenn diese Patientengruppe erlebt, dass zunehmend Beschwerden und Belastungen des höheren und hohen Alters auf sie zukommen, wünschen sie in der Regel eine gut koordinierte und abgestimmte Gesamtbehandlung durch den Hausarzt. Ihr Motto lautet: „Nicht dem Leben Jahre geben, sondern den Jahren Leben geben.“ Für mich bedeutet dies, die verschiedenen Erkrankungen gegeneinander abzuwägen, Schwerpunkte in der Behandlung zu setzen, mit dem Patienten ein ausgewogenes Behandlungskonzept abzustimmen und nicht etwa eine Maximaltherapie aller Beschwerden und Krankheiten, sondern eine optimale Therapie zu suchen. Die meisten dieser älteren Menschen scheuen lange Wartezeiten beim Arzt. Ihr Leben ist ihnen zu kostbar, um es in Wartezimmern zu verbringen. Sie sind dankbar dafür, wenn ehrlich und offen Prioritäten in der Behandlung gesetzt werden und unnütze oder überflüssige diagnostische und therapeutische Maßnahmen verhindert werden können.

Ein Satz, den ich oft höre: „Frau Doktor; das wichtigste ist, ich möchte keine Schmerzen haben“. Ausreichend Schmerzkontrolle und psychischer Beistand zum Bewältigen der Altersnöte sind zuvorderst hausärztliche Pflicht und Selbstverständlichkeit.

Ein führender Vertreter der grauen Panther hat sein Wunschkonzept in folgende Worte gefasst: „Ich wünsche mir im Alter eine Behandlung, in der alle Beteiligten einem Orchester gleichen, in dem der Hausarzt der Dirigent sei und der Patient die 1. Geige spielen kann“.

3. Etwa ab dem 80. Lebensjahr (also dem 3. Rentenjahrzehnt) tritt eine Lebensphase ein, in der unsere Patientinnen und Patienten immobiler werden, das Verlassen des Hauses als beschwerlich erleben und der Wunsch nach regelmäßiger häuslicher Betreuung entsteht. Wurden vorher auch zahlreiche Fachärzte aufgesucht, so rückt jetzt der langjährige Hausarzt noch stärker in den Mittelpunkt der ärztlichen Behandlung. I.d.R. sind es ja die Allgemeinärzte, die bereit sind, den Patienten in seiner Häuslichkeit aufzusuchen und die auch die Begleitung bei Bettlägerigkeit und im Sterbeprozess leisten.

Eine Optimierung der Patientenversorgung muss dadurch erreicht werden, dass Pflegedienst und Hausarzt eng kooperieren und ggf. auch gemeinsame Besuche am Krankenbett planen, um eine Abstimmung von Pflege und ärztlichen Maßnahmen zu erreichen.

Als Vision für die Zukunft sind schon seit längerem Pflegekonferenzen angedacht. Hier sollten sich die einbezogenen Pflegedienste und die behandelnden Ärztinnen und Ärzte der Region in regelmäßigen Abständen sowohl zu gemeinsamen fachlichen Fortbildungen als auch zu Fallkonferenzen über die weitere Betreuung einzelner Patientinnen und Patienten treffen. Aber: Eine solche optimierte Kooperation scheitert i.d.R. an Zeitproblemen und der mangelnden Honorierung eines solchen Engagements.

Exkurs:

An dieser Stelle sei ausdrücklich auf den zunehmenden Hausarztmangel in Deutschland hingewiesen. Nach Erhebungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wird sich die Zahl der deutschen Hausärzte von derzeit 53.150 bis auf höchstens 39.000 im Jahre 2017 verringern. Im Jahr 2006 betrug das Durchschnittsalter der deutschen Hausärzte 51,1 Jahre. Bis 2012 werden, wenn man mit einem Eintritt in den Ruhestand von 65 Jahren für Hausärzte ausgeht, bundesweit über 15.000 niedergelassene Hausärzte altersbedingt ihre Praxis aufgeben; dies entspricht 1/3 der derzeitigen tätigen Allgemeinärzte. Fehlende Nachfolger der in den nächsten Jahren ausscheidenden Hausärztinnen und Hausärzte wird zu einem extremen, heute schon absehbaren Mangel vor allem in den Flächenstaaten führen. Schon heute sind in Niedersachsen, vor allem auf dem Lande, ~400 Arztpraxen nicht wieder zu besetzen. Dieses Phänomen wird nicht allein durch Anhebung der

Studentenzahlen zu verbessern sein. Wir haben nämlich zum einen ein Verteilungsproblem, denn einerseits gibt es genug Ärztinnen und Ärzte. Diese drängen aber andererseits nach wie vor in Ballungszentren mit vermeintlich besseren Lebens- und Rahmenbedingungen oder gehen in andere Bereiche der medizinischen Versorgung, weil die hausärztliche Tätigkeit zwar inhaltlich und menschlich außerordentlich interessant ist, aber nach wie vor bei relativ geringer Bezahlung die höchste Arbeitsbelastung mit vielen Wochenend- und Nachtdienstbereitschaften mit sich bringt. Politik und Ärzteschaft haben dieses Problem natürlich längst erkannt. Etliche Arbeitsgruppen haben sich dieses Themas angenommen. Bund, Länder und Kommunen entwickeln derzeit Anreizsysteme, um dem Nachwuchs die Entscheidung für eine Tätigkeit in der hausärztlichen Praxis zu erleichtern, und die Niederlassung vor allem in strukturschwachen Gebieten und auf dem Lande zu fördern. Ob dies gelingt, ist derzeit so fraglich, dass sowohl die Bundesärztekammer, die Kassenärztliche Vereinigung als auch der Hausärzteverband andere Wege beschreiten wollen, um die Versorgung von alten und chronisch kranken Menschen zu gewährleisten. Im Mittelpunkt dieser Überlegungen stehen folgende strukturelle Maßnahmen:

Die primärärztliche Versorgung oder „Primary care“, wie diese Versorgungsebene im angelsächsischen Bereich genannt wird, wird zukünftig nicht mehr von der Einzelpraxis aus gestaltet werden. Versorgungskonzepte der Zukunft gehen von kooperativen Versorgungsstrukturen und nicht mehr von der klassischen Einzelpraxis aus. In medizinischen Versorgungszentren (MVZ) werden neben Allgemeinärzten und Spezialisten auch andere medizinische Fachberufe, wie Krankenpflege-, Physio- und Ergotherapie gemeinsam und abgestimmt ein größeres städtisches oder ländliches Gebiet versorgen. Wechselnde Sprechstunden in Zweigpraxen in unterversorgten Gemeinden können von hier aus organisiert werden. Ein abgestimmtes Vorgehen und Fallkonferenzen werden auch hier die Arbeit optimieren und erleichtern.

Ein weiterer Ansatzpunkt, der im Moment von etlichen Initiativen aufgegriffen wird, ist die Einbeziehung der Medizinischen Fachangestellten, d.h. der Arzthelferinnen, in die Hausbesuchstätigkeit der Arztpraxen. Aus der Politik wurden Überlegungen laut, gerade in Gebieten mit extremem Arztmangel weitergebildete Pflegekräfte Familienhebammen, Familiengesundheitspflegerinnen im Sinne der guten, alten Gemeindeschwester arztersetzend zu Patientenbesuchen einzusetzen. Hier hat die deutsche Ärzteschaft unisono ein besseres und gut umsetzbares Alternativmodell entwickelt. So sollen die Arzthelferinnen einer Arztpraxis, die ihre Patienten ebenso wie der Hausarzt schon langjährig kennen und mit betreut haben, durch Fortbildungsmaßnahmen in die Lage versetzt werden, alleinverantwortlich und arztentlastend anstelle des Arztes in regelmäßigen Abständen Hausbesuche bei immobilen Patientinnen und Patienten durchzuführen. Hierbei wird an

regelmäßige Routinebesuche, z.B. zum Blutdruckmessen, Überprüfung der Medikation, Blutabnahmen, Verbandwechsel usw. gedacht. Es handelt sich dabei um Tätigkeiten, die die Arzthelferinnen (MFA) bereits in ihrer Grundausbildung gelernt haben. Eine zusätzliche Qualifizierung von rund 200 Fortbildungsstunden mit Abschlussprüfung befähigt die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Arztpraxis darüber hinaus dann zur selbstständigen Besuchstätigkeit und Einschätzung der Situation der Aufgesuchten.

Derzeit laufen etliche Modellprojekte, um hier Sinnhaftigkeit und Patientenakzeptanz zu überprüfen. Sie haben sicherlich schon die verschiedenen Akronyme, die für diese Tätigkeit der Arzthelferinnen gefunden wurden, gehört: Sie nennen sich je nach Ausbildungsinhalt und –ort „Verah“, „Kuni“, „Moni“, „Eva“ oder „Helver“ (entlastende Versorgungsassistentin“).

Inhalt und Ziel sind stets dasselbe, nämlich Patienten regelmäßig durch ihre langjährige Hausarztpraxis weiter betreuen zu können. Die Krankenkassenverbände haben inzwischen den Wert einer solchen Maßnahme aufgegriffen. So konnten zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Spitzenverband Bund der Krankenkassen eine entsprechende Honorierung für den Arzthelferinnenbesuch und eine Abrechnungsziffer für die Arztpraxis ausgehandelt werden. Mit dem Einsatz der ersten fortgebildeten Kräfte aus der Arztpraxis heraus kann ab dem Jahr 2010 gerechnet werden.

Abschließend werde ich über die 4. Gruppe alter und hochbetagter Menschen sprechen, die vom Hausarzt versorgt werden muss. Hier handelt es sich um die in Alten- und Pflegeheimen lebenden Pflegebedürftigen, von denen ein Großteil, nämlich derzeit rd. 30 %, an einer Altersdemenz erkrankt ist (u. s. Zahlen vom Anfang: 30 % der Pflegebedürftigen lebt in Heimen).

Die meisten unserer Patientinnen und Patienten wünschen eine Weiterversorgung durch ihren langjährig bekannten Hausarzt, wenn sie in ein Alten- oder Pflegeheim umsiedeln. Oft, wenn auch wenig Angehörige da sind, ist der langjährige Hausarzt die einzige Konstante in einer sich komplett wandelnden Umgebung für den Heimpatienten. Insofern wird jeder Allgemeinarzt versuchen, hier eine weitere Betreuung zu gewährleisten wenn es ihm räumlich und zeitlich möglich ist. Dies stellt dann aber die betreuenden Pflegekräfte vor erhebliche Probleme, falls eine größere Zahl heimbetreuender Ärztinnen und Ärzte zu den unterschiedlichsten Zeiten ihre Visiten durchzuführen wünschen.

Wir erleben daher derzeit eine umfangreiche Debatte über die Optimierung der Versorgung von Heimpatienten, in die sich jetzt auch die Bundesärztekammer ausdrücklich eingeschaltet hat.

Mehrere kürzlich vorgelegte Studien legen nahe, dass die hausärztliche Versorgung im Heim bundesweit als zufriedenstellend bis gut bezeichnet werden kann. Allerdings wird in zwei großen Untersuchungen unterstellt, dass bei der fachärztlichen Versorgung lediglich durchschnittlich 2,5 Besuche pro Versichertenjahr im Heim erreicht würden. Insbesondere im neurologisch/psychiatrischen Versorgungsbereich wird ein Nachholbedarf in der Heimversorgung unterstellt. Hier gilt es anzumerken, dass dies zum einen erneut die zentrale Rolle des Hausarztes als Koordinator der Patientenangelegenheiten unterstreicht.

Der Hausarzt als betreuender Heimarzt hat allerdings die Aufgabe, seine dort lebenden Patientinnen und Patienten regelmäßig aufzusuchen und bei Bedarf einen entsprechenden Facharzt einzuschalten. Hierbei macht es aber in den allermeisten Fällen überhaupt keinen Sinn, für bestimmte Fragestellungen und besondere technische Untersuchungen einen Spezialisten ohne sein technisches Equipment in das Heim kommen zu lassen. Vielmehr müssen Pflegefachkräfte wie behandelnde Hausärzte in enger Kooperation einen Facharztbesuch vorbereiten, insbesondere die Transportmöglichkeiten für den Patienten klären und dann unter angemessener Begleitung der oft hilflosen oder demenzkranken Patientinnen und Patienten einen Besuch in der Facharztpraxis organisieren.

Um auch unter den Rahmenbedingungen des zunehmenden Ärztemangels eine dennoch optimale ärztliche Betreuung von Heimbewohnerinnen und -bewohnern sicher zu stellen, gibt es bundesweit etliche Initiativen und Modellversuche zur so genannten integrierten Versorgung nach § 140 SGB V oder nach neueren gesetzlichen Vorgaben zur Heimversorgung nach § 119 SGB V. Diese Konzepte, die in Berlin und Süddeutschland, dazu auch in Witten-Herdecke, Frankfurt, Offenbach und Mecklenburg-Vorpommern sehr erfolgreich gefahren werden, heißen z.B. „die Pflege mit dem Plus“ oder „Pflegeheim plus“. Der Grundgedanke, der derzeit auch in einer Arbeitsgruppe zwischen Bundesärztekammer und bpa (Bundesverband privater Anbieter von Pflegeleistungen) verfolgt wird, besteht in einer besseren Kooperation zwischen Pflegefachpersonal eines Heimes und allen betreuenden Heimärzten sowie einer intensiven Vernetzung der das Heim betreuenden Hausärzte und Fachärzte. Diese Kooperation beinhaltet nachhaltige organisatorische Maßnahmen wie täglich wechselnde, festgelegte Visiten der verschiedenen Heimärzte mit dem Pflegepersonal nach dezidiertem Absprache sowie einer gemeinsamen, von allen Ärzten zu benutzenden Heimapotheke, einer telefonischen Handyrufbereitschaft zu festgelegten Zeiten, gegenseitiger Vertretung der Ärzte und gemeinsamer Organisation von Facharztbesuchen zwischen Heim und Heimarzt. Wesentliche Ziele sollen sein: Vermeidung von Doppeluntersuchungen, umfangreiche Betreuung durch Haus- und Fachärzte, Reduktion von Krankenhauseinweisungen durch Notärzte, die die Patienten i.d.R. nicht kennen dürften.

Da derzeit eine intensive ärztliche Betreuung von Heimpatienten in keiner Weise ausreichend von den Kostenträgern honoriert wird, haben sämtliche existierenden Hausärztenetzwerke eine zusätzliche Finanzierung durch die Krankenkassenverbände erreicht bzw. streben dieses an.

Durch eine solcherart intensivierete Kooperation unter einerseits allen in einem Heim vertretenen Ärztinnen und Ärzten und andererseits zwischen den Heimärzten und dem Pflegepersonal wird eine deutliche Verbesserung der ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen geleistet.

Auch hier stellt der Allgemeinarzt die wesentliche koordinierende Kraft dar, da über ihn außerdem die Kontakte zu Angehörigen, Betreuern und der Amtsgerichtsbarkeit abgewickelt werden. Wissenschaftliche Erkenntnisse belegen unter diesen Bedingungen eine Verbesserung der Versorgungsstruktur in Pflegeheimen, können aber nur langfristig flächendeckend umgesetzt werden, wenn der gesellschaftspolitische Wille der Bevölkerung erreicht, dass hierfür, nämlich für die hilfs- und pflegebedürftigsten Mitglieder unserer Gesellschaft, auch ausreichende Mittel zur Verfügung gestellt werden.

Vergleiche mit den gesundheitspolitischen Strukturen in anderen europäischen Ländern zeigen, dass dort die Organisation der Versorgung von Pflegeheimpatienten i.d.R. politisch gewollt, hochprofessionell geregelt und entsprechend finanziert ist. Hier stehen wir in Deutschland erst am Beginn einer berufsgruppenübergreifenden Debatte. Angesichts der demographischen Entwicklung sollte uns das Wohl unserer alten und hochbetagten Mitbürgerinnen und Mitbürger, zu denen in Kürze auch wir selber zählen dürften, ein intensives inhaltliches z.B. mit Tagungen wie dieser, die Sie hier auf die Beine gestellt haben, und finanzielles Engagement wert sein.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit