MEINUNG

Kontra KBV-Konzept

Geriatric ist Hausarzt-Sache!

Senioren sollen von aufwändig weitergebildeten Ärzten in Schwerpunktpraxen versorgt werden. Hält die KBV die Hausärzte für inkompetent?

Ulrich Weigeldt
Deutscher
Hausärzteverband

— Man ist es ja gewohnt, dass sich Versorgungskonzepte der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) bisweilen wie direkte Angriffe auf die hausärztliche Tätigkeit lesen. Und dennoch ist man immer wieder aufs Neue erstaunt, wie unverblümt die Selbstverwaltung von Zeit zu Zeit versucht, den Hausarztberuf auszuhöhlen. Das neuste Beispiel hierfür hat die KBV erst vor wenigen Monaten bei ihrer Herbsttagung geliefert.

In ihrem Konzept zur „spezifischen geriatrischen Versorgung“ schlägt sie vor, dass zukünftig sogenannte geriatrische Schwerpunktpraxen verstärkt in die Versorgung unserer älteren Patienten eingebunden werden sollen. Eine in der Regel 18-monatige Zusatzweiterbildung Geriatrie, die zumeist ganztätig und hauptberuflich in einer stationären Einrichtung geleistet werden muss, soll für das nötige Know-how sorgen. Es scheint offensichtlich, dass kaum ein Hausarzt seine Praxis für so lange Zeit verlassen kann, um in einer stationären Spezialeinrichtung „weitergebildet“ zu werden.

Zerstörte Strukturen

Das KBV-Konzept würde in der Praxis bedeuten, dass die Patienten aus ihren vertrauten Strukturen herausgerissen und durch die neu entstandenen Schnittstellen unnötig belastet werden. Dabei versorgt bereits der Hausarzt als der zentrale Ansprechpartner seine geriatrischen Patienten umfassend. Er kennt sie meist seit Jahren, hat ihren Alterungsprozess und ihre individuellen Ziele im Blick und sorgt –

z. B. mit Hausbesuchen – dafür, dass sie möglichst lange zuhause betreut werden können. Dazu gehört selbstverständlich auch die Einbeziehung der Angehörigen.

Das alles hat der Hausarzt in seiner Weiterbildung gelernt, und es ist Bestandteil seiner täglichen Arbeit in der Praxis. Dabei koordiniert er bei Bedarf die Mitbehandlung durch andere Fachärzte, Apotheker, Vertreter anderer Heilberufe und notfalls auch durch Krankenhäuser. „Schwerpunktpraxen“ als zusätzliche Schnittstellen würden diese Koordination eher erschweren als erleichtern.

Wenn durch das Geriatrie-Konzept der KBV also die Versorgung der Patienten in keinsten Weise verbessert wird,

arzt für Geriatrie einzuführen – es geht hier also weniger um Versorgungsfragen als vielmehr um Klientelpolitik.

Neue Schnittstellen bergen stets Risiken

Gerade dieser Spezialisierungsdrang hat zur Folge, dass es in Deutschland über 80 verschiedene Facharztrichtungen gibt – was zu teilweise chaotischen und unkoordinierten Versorgungsabläufen im KV-System führt. Dass dabei en passant unser abwechslungsreicher und vielseitiger Beruf in seinen Kompetenzen nach und nach ausgehöhlt wird, scheint in der ärztlichen Selbstverwaltung niemanden zu stören.

Gegen diese Diskreditierung der hausärztlichen Arbeit setzt der Deutsche Hausärzteverband seit vielen Jahren die

Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) um. In ihr wird der Hausarzt wieder ins Zentrum der Versorgung gerückt. Vermeidbare Schnittstellen und ihre Risiken werden minimiert. Da hier der Hausarzt immer erster Ansprechpartner seiner Patienten ist, sorgt er für eine bessere Koordination der Behandlungsabläufe und eine höhere Versorgungsqualität. Dies wurde inzwischen in mehreren wissenschaftlichen Evaluationen in Baden-Württemberg nachgewiesen. Diesen Weg werden wir auch mit Blick auf

das neue Geriatrie-Konzept konsequent weiterverfolgen. ■

■ Der Autor ist Bundesvorsitzender des Deutschen Hausärzteverbands

warum dann dieser Vorschlag? Der Gedanke dahinter liegt auf der Hand: Mit Hilfe eines scheinbaren Bedarfs wird versucht, durch die Hintertür einen Fach-