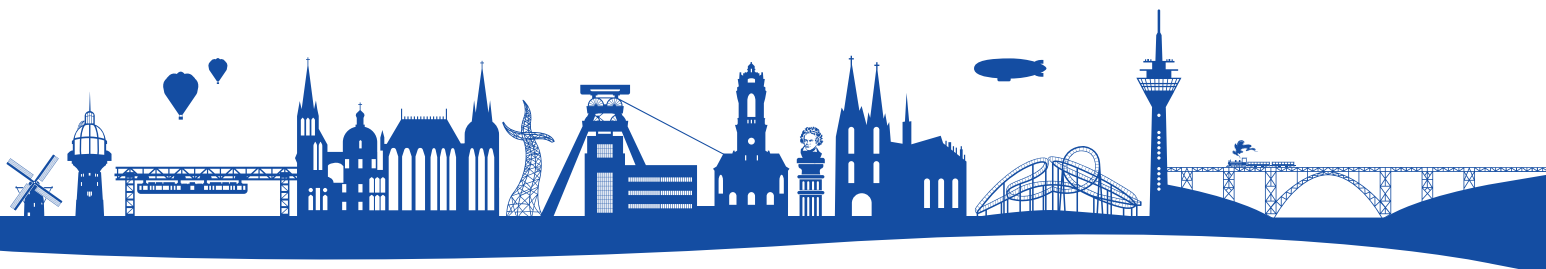


# Hausärztin/Hausarzt 2020-2025 – Die Zukunft jetzt gestalten

Strategiepapier des Hausärzteverbandes Nordrhein e.V.

Edmund-Rumpler-Str. 2, 51149 Köln  
Telefon: 02203/5756-2900 | Fax: 02203/5756-2910  
[www.hausaerzte-nordrhein.de](http://www.hausaerzte-nordrhein.de)



## **PRÄAMBEL**

Hausarztpraxen sind die Grundpfeiler der medizinischen wohnortnahen Primärversorgung und stellen wesentliche Bereiche der Krankenbehandlung und Prävention sicher.

In den kommenden Jahren wird sich der schon heute in einigen Regionen des Landes bestehende Mangel an Hausärztinnen und Hausärzten deutlich verschärfen. Bis zu 30 Prozent aller Hausärztinnen und Hausärzte in Nordrhein werden altersbedingt ausscheiden. Zudem wird die Versorgungslast pro Arztpraxis u.a. durch die Gentrifizierung sinken. Wie viele Praxen an die nächste Generation übergeben werden, ist ungewiss. Viele Hausärztinnen und Hausärzte – insbesondere in den ländlichen Regionen – finden keine Nachfolger. Auch in Großstädten bleiben viele Standorte unbesetzt. Die Zahl der Medizinstudienplätze ist zu gering und es werden zu wenig Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner ausgebildet.

Das bestehende Gesundheitssystem ist in der aktuellen Form nicht zukunftsfähig. Viele Bereiche und Wege in der medizinischen Versorgung haben sich verändert, die Technisierung greift immer stärker in die Praxisorganisation und in die Behandlung von Patientinnen und Patienten ein. Neue und veränderte Kooperationsformen mit anderen Berufen und auch mit Krankenhäusern sind notwendig. Der demographische Wandel, die Technisierung und die Digitalisierung verändern die Arbeit der Ärztin und des Arztes. Die sprechende Medizin, eine Kernkompetenz in der Allgemeinmedizin, wird im Umgang mit Patientinnen und Patienten eine, wenn nicht die zentrale Rolle übernehmen.

Bis zum Jahr 2025 werden in Nordrhein mehr als 4,1 Millionen Menschen im Alter von über 65 Jahren leben. Im ländlichen Raum wird die Überalterung mehr zunehmen als im urbanen Bereich der Großstädte. Die medizinische Versorgung wird sich daran orientieren. Chronische Erkrankungen und geriatrische Behandlungen werden im Fokus der ärztlichen Arbeit stehen, ebenso wie die professionelle Pflege von älteren Menschen mit den ihnen typischen Erkrankungen.

Die weiterhin zunehmende Spezialisierung in der Medizin wird dazu führen, dass fachärztliches Expertenwissen in industrialisierten Prozessen erbracht wird. Durch die hierdurch stattfindende selektive Wahrnehmung von Erkrankungen ohne Bezug zur Lebenswirklichkeit der Patientinnen und Patienten wird das Gesundheitssystem unnötig belasten. Ohne kontinuierliche primärärztliche und fürsorgliche Begleitung sind Patientinnen und Patienten hilflos einem solchen System ausgeliefert, welches ohne die primärärztlichen Kompetenzen ineffektiv und unwirtschaftlich ist.

Hier bedarf es Lotsen und Beraterinnen und Beratern, die auf der Grundlage von medizinischen und patientenorientierten Evidenzen helfen, die bestmögliche Option individuell zu wählen. Dies wird in einem modernen Praxisteam durch Hausarztpraxen sicherzustellen sein.

Der Beruf „Hausärztin / Hausarzt“ hat in der Bevölkerung nach wie vor eine hohe Anerkennung. Sie ist begründet in der lebensnahen Expertise der Fachärztin / des Facharztes und der Vermittlung zwischen Expertenwissen und den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten. Diese komplexe ärztliche Tätigkeit wird an den Universitäten nur rudimentär gelehrt und in ihrer Wertigkeit verkannt. Auch deshalb werden immer weniger junge Ärztinnen und Ärzte Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner. In einer ökonomisierten Welt spielen neben der Spezialisierung im Interessensgebiet finanzielle Anreize und überschaubare Arbeitsbereiche eine große Rolle bei der Entscheidung zur Facharzttausrichtung. Weiterhin wägen junge Ärztinnen und Ärzte bei der fachärztlichen Ausrichtung viele Faktoren ab, u.a. die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Arbeitszeiten, Verantwortung für Patienten und Mitarbeiter, sowie die unternehmerische Verantwortung. Sie vergessen dabei aber die Arbeitszufriedenheit, die sich aus der Arbeitsweise der Hausärztin / des Hausarztes ergibt.

Der Hausärzteverband als berufspolitische Vertretung aller Hausärztinnen und Hausärzte Nordrheins steht in den kommenden Jahren vor zahlreichen Herausforderungen. Als Sprachrohr der niedergelassenen Hausärztinnen und Hausärzte geht er in die gesundheitspolitische Diskussion mit den Meinungsbildnern und Entscheidungsträgern des Landes Nordrhein-Westfalen, bringt sich in die verschiedenen Gremien der medizinischen Selbstverwaltung ein und entwickelt berufsständische Zukunftskonzepte.

Die Zukunft gestalten heißt innovative Konzepte entwickeln und konsequent zur Umsetzung bringen.

**Dafür stehen wir!**

## **EMPOWERMENT HAUSARZTPRAXIS**

Die Hausarztpraxis der Zukunft ist eine teamorientierte Arbeitseinheit, in der die Delegation auf dafür qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter selbstverständlich ist. Die Fortbildung der Mitarbeiter zur VERAH®, MFA+®, etc. ist selbstverständlicher Bestandteil der Arbeitsteilung. Auch eine Akademisierung unserer qualifizierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist ein Ziel.

Die Kooperation mit anderen Gesundheitsberufen ist selbstverständlich. Ein klares Schnittstellenmanagement aller an der Patientenbetreuung und -behandlung Beteiligten regelt die Zusammenarbeit und Verantwortlichkeiten.

Der Zugang zur Ärztin / zum Arzt erfolgt über ein differenziertes Selektions- und Entscheidungsmodell. Die Einstufung stellt sicher, dass die Patienten auf der notwendigen Versorgungsebene betreut werden.

## **DIGITALISIERUNG**

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen sieht der Hausarztverband Nordrhein als notwendige Entlastung an, um sich der optimalen medizinischen Versorgung unter demographischem Wandel zu stellen. Die Praxistauglichkeit von technischen Entwicklungen, die neben der Erfassung und Bewertung von medizinischen Parametern auch das gesamte Datenmanagement und die Datensicherheit gewährleistet, ist Voraussetzung für den flächendeckenden Einsatz in der Versorgung. Die Weiterentwicklung muss sich dem Workflow der Praxen anpassen und nicht umgekehrt.

### **Hierzu zählen:**

- Telemonitoring in der häuslichen Behandlung inkl. dem Einsatz geschulter MFA, MFA+® und VERAH®
- Videokonferenz, -konsultation und Fernbehandlung
- Kooperation mit Krankenhäusern mit telemedizinischer Unterstützung
- Datenaustausch mit anderen Berufen
- Zentrale Informationssammlung
- Einbindung von KI zur Bewertung von Befunden und Entscheidungsfindungen
- etc.

Die Kosten für die technische Weiterentwicklung müssen voll durch die Kostenträger refinanziert werden.

### **Der Hausärzteverband Nordrhein sieht ein Potential für eHealth-Verfahren und eHealth-Lösungen, wenn folgende Voraussetzungen gegeben sind:**

- Die Verfahren müssen technisch und datenschutzrechtlich sicher sein.
- Die Verfahren müssen ohne Systembrüche über funktionale offene Schnittstellen in die hausärztlichen Arbeitsabläufe passen und diese unterstützen. Dazu sind aussagekräftige Anwender-Tests erforderlich.
- Telemedizinische Verfahren müssen sowohl hinsichtlich möglicher Szenarien in der hausärztlichen Versorgung, möglicher Interaktionen mit der Pflege und anderen Fachgruppen, den Informationsgewinnen und davon abhängigen Entscheidungen und Ergebnissen in der Versorgung durch Hausärztinnen und Hausärzte bewertet werden. Dazu bietet sich ein „Value-Of-Information-Chain“-Verfahren an. Gegebenenfalls müssen via Telemedizin kooperierende Partnerinnen und Partner verlässliche Kommunikationsstandards und Assessments heranbilden und zusammen erproben, sodass zeitgerechte Interaktionen und verlässlicher Informationsgewinn verbessert bzw. szenariengerecht entwickelt werden.
- Für Gesundheits-Apps, die auf Patientenverhalten abzielen und somit Interventionen durchführen, muss gelten: Das Wirkprinzip, d.h. das zugrunde liegende Lernmodell in der Verknüpfung mit der Intervention, muss methodisch dargestellt werden. Die Effizienz muss in einer Zulassungsstudie mit ausreichender Power und Follow-Up analog zur Zulassung von Arzneimitteln und im Vergleich zu Standard Care dargestellt werden.

## **PFLEGE/PALLIATIVE CARE/PALLIATIVMEDIZIN**

Eine der größten Herausforderungen der nächsten Jahre ist die Ausgestaltung der Versorgung der älteren Bevölkerung in der Häuslichkeit.

Die bisherige Trennung zwischen der Versorgung im Alter (Geriatric) und der Palliativversorgung wird in ein Kontinuum übergehen, das mit den Begriffen „erweiterte Palliativ Care“ oder Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (GVP) näherungsweise bezeichnet wird. Die Begleitung der Menschen im Alter bis zum Tod ist eine der klassischen Aufgaben der Hausärztin / des Hausarztes. Die Abwägung von Erhalt von Leben, Lebensqualität, Leidensminderung und interkultureller Unterschiede erfordert eine generalistische, umfassende Weiterbildung.

Die Einbindung multiprofessioneller Teams ebenso wie ehrenamtlicher Strukturen (z.B. Hospizdiensten) ist selbstverständlich, wenn notwendig. Die Pflege und Betreuung älterer und kranker Angehöriger gehört in vielen Familien heute zum Alltag. Ebenso haben Hospize einen großen Anteil in der Palliativversorgung. Diese oft ehrenamtlichen Tätigkeiten sind ein unverzichtbarer Bestandteil in unserem Pflege- und Gesundheitssystem. Die Kooperation zwischen dem Ehrenamt, der ambulanten hausärztlichen und spezialärztlichen Palliativversorgung muss breiter aufgestellt und teilweise neu definiert werden.

## **PRÄVENTION**

Die Verhinderung von Erkrankungen, die Vermeidung von Verschlechterungen und die Begleitung von schon vorhandenen Schädigungen der Gesundheit sind typische Aufgaben hausärztlicher Tätigkeit. Hierbei geht es um Motivation, Coaching und emotionale Begleitung der Patientinnen und Patienten – immer unter Berücksichtigung der individuellen Lebenswirklichkeit und des Umfeldes.

Beratungen zur Noxen-Vermeidung (Nikotin, Drogen, etc.), aber auch zum Lebensstil (Bewegung, Ernährung, Stress, Work-Life-Balance), sind typische Aufgaben der Hausärztin / des Hausarztes. Schulungsangebote, die Patientinnen Patienten aufgrund der Beratung durch die Hausärztin / den Hausarzt annehmen, haben einen höheren Impact-Faktor als von vergleichbaren Anbietern.

## **KLIMA & GESUNDHEIT**

Die Auseinandersetzung mit den die Lebensgrundlagen bedrohenden Klima- und Umweltveränderungen sind eine gesamtgesellschaftliche und globale Aufgabe. In der Konfrontation mit den gesundheitlichen Folgen, u.a. durch zunehmende Hitzewellen und sich ausbreitende vektorbedingte Erkrankungen sowie den psychischen Folgen, sind Hausärztinnen und Hausärzte Frontliner und haben insbesondere bei der Betreuung vulnerabler Gruppen (Kleinkinder, Alleinstehende, Ältere, Herz- und Kreislaufkranke, psychisch kranke Menschen) eine wichtige Aufgabe.

Die Erfassung von Umweltveränderungen und die Umsetzung angepasster Lösungen sowie der Aufbau resilienter Praxen und die Entwicklungen transformativen Verhaltens und von Beratungen zu einem ressourcenschonenden Lebensstil kennzeichnen die gesamte Bandbreite einer Hausarztpraxis der Zukunft, die aktiv für das Ziel einer maximalen Erderwärmung von 1,5 Grad eintritt. Dabei können im hausärztlichen Handlungsfeld die Co-Benefits für die individuelle und öffentliche sowie planetare Gesundheit im Bereich der Primär- und Sekundärprävention dargestellt werden.

Bei Hitzewellen mit der Durchführung von Beratungen zu Basismaßnahmen, Anpassungen der Medikation und begleitenden therapeutischen Maßnahmen spielen Hausarztpraxen eine wesentliche Rolle bei der Gefahrenabwehr gegenüber einer hitzebedingten Übersterblichkeit.

**Klimawandel und Gesundheit gehen Hand in Hand. Hierzu hat der Vorstand ein weiteres Positionspapier erstellt.**

## **WEITERBILDUNG UND FORTBILDUNG**

Die bisherigen Ausbildungssysteme tragen dem umfassenden Verständnis hausärztlicher Tätigkeit nur bedingt Rechnung. Deshalb ist es notwendig, dass sowohl die Weiterbildung als auch die postuniversitäre Fortbildung sich an die Notwendigkeiten eines Berufes im Wandel anpasst.

Durch ein eigenes Fortbildungssystem mit Lehrbeauftragten, Lehrpraxen und Supervisionssystemen an den Universitäten sowie ein Tutorensystem mit Moderatoren, Qualitätszirkeln und pharmanutralen Fortbildungen als berufsbegleitendem Lernsystem sind die Anforderungen an das Berufsbild „Hausärztin / Hausarzt“ zu bewältigen.

Da die Hausärztin / der Hausarzt vorrangig in einem Team arbeitet, wird die bisherige Tätigkeit der Medizinischen Fachangestellten (MFA) weiter ausgeweitet. Die Schaffung der Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (VERAH®) und der MFA+® sind wichtige Schritte zu einem multiprofessionell aufgestellten Team. Eine Erweiterung auch um externe Professionen ist notwendig.

## **APOTHEKEN UND ARZNEIMITTERTHERAPIESICHERHEIT**

Die Gewährleistung der Patientensicherheit ist ein essenzielles Anliegen aller im Gesundheitswesen tätigen Akteure. Im Besonderen gilt es dies bei der Verordnung von Medikamenten sicherzustellen. Die Komplexität der Interaktionen und Wechselwirkungen von Medikamenten bedarf der Zusammenarbeit aller Verantwortlichen.

Dieser Herausforderung will sich der Hausärzterverband in partnerschaftlicher Kooperation mit den Apotheken vor Ort stellen. In einem einheitlichen und gemeinsam entwickelten und betriebenen, digital unterstützten Arzneimitteltherapiesicherheitssystem (AMTS) in Verbindung mit elektronischen Rezepten sehen wir einen Lösungsweg.

## **NACHWUCHSFÖRDERUNG**

Nachwuchsförderung fängt schon früh an. Die Werbung für die hausärztliche Tätigkeit sollte mit der Studienberatung beginnen und bis zum abgeschlossenen Studium durch geeignete Fortbildungsformate begleitet werden. Mit der Kompetenz und Vielfalt hausärztlicher Tätigkeit in ihrer Breite und Tiefe sollte auch in der Öffentlichkeit geworben werden.

Die Berufsfeldorientierung und Berufsberatung zur Wahl ärztlicher Tätigkeit ist vom Praktikum für Schülerinnen und Schüler, Praktika der Studentinnen und Studenten und in der universitären Ausbildung geprägt. Deshalb ist der Hausärzterverband Nordrhein e.V. mit Messeständen bei Berufsinfoveranstaltungen und Praxisbörsen etc. in der Region präsent. Zudem unterstützt der Hausärzterverband Nordrhein e.V. mit Schülerwettbewerben in der gymnasialen Oberstufe Jugendliche, um die Vielfältigkeit der hausärztlichen Tätigkeit auch in der Öffentlichkeit zu multiplizieren.

Da die Versorgungswirklichkeit, mit der sich durch den demographischen Wandel verändernden Morbiditätslast anders aussieht, als landläufig dargestellt, wird das Ausbildungsschema bisheriger universitärer Lehre nicht mehr den komplexen, individuellen multimorbiden Erkrankten gerecht. Die sich bisher hieraus ergebende Forderung nach immer neuen Subspezialitäten auch in der Weiterbildungsordnung ist ein Irrweg. Die Förderung und konsequente Umsetzung der Allgemeinmedizin an den Universitäten ist der bessere Weg. Eine generalistische Aus- und Weiterbildung, ergänzt um ein modernes Managementmodul zur Befähigung von Führung und Delegation, sind Grundvoraussetzungen einer erfolgreichen hausärztlichen Tätigkeit in der Zukunft. Entsprechend der Lebenswirklichkeit und der Lebensphasen der Ärztinnen und Ärzte passen sich die Arbeitszeitmodelle und Praxisformen an die jeweiligen individuellen Gegebenheiten der Praxisteams an. Selbstausschulungsmodelle haben keine Zukunft und sind einem historischen Ärztebild geschuldet.

Der Hausärzterverband Nordrhein e.V. unterstützt die Niederlassung von Hausärztinnen und Hausärzten durch berufsbegleitendes Coaching wie das Werkzeugkastenprogramm des Forums Weiterbildung, durch sein individuelles Mentorenprogramm, etc. Durch Kooperationen mit dem Land Nordrhein-Westfalen, der Kassenärztlichen Vereinigung und den Krankenkassen konnte die Landarztquote und der Quereinstieg in die Allgemeinmedizin realisiert werden. „Querdenker-Modelle“ wie diese müssen weiter gefördert werden. Die Forderung nach einer „Seniorenquote“ (Verbleibquote in der Praxis in unterversorgten Gebieten) muss realisiert werden.

## **VEREINBARKEIT VON FAMILIE UND BERUF - WEITERENTWICKLUNG DER PRAXISSTUKTUREN VON DER EINZELPRAXIS BIS ZUM GENOSSENSCHAFTSMODELL**

Selbstachtsamkeit bei Hausärztinnen und Hausärzten ist Teil des Selbstverständnisses in einer Arbeitswelt, in der neben einer erfüllten ärztlichen Tätigkeit auch die Familie und die persönliche Lebensgestaltung einen adäquaten Raum hat. Ziel muss es sein, die durchschnittliche Wochenarbeitszeit von Hausärztinnen und Hausärzten zu reduzieren und flexible Teilzeitarbeit zu ermöglichen. Dies kann nur gelingen, wenn die Zahl der Auszubildenden und der Studienabsolventen deutlich erhöht wird. Die Zahl der Medizinstudienplätze muss ebenfalls dauerhaft deutlich erhöht werden.

Berufsausübungsgemeinschaften, hausärztliche medizinische Versorgungszentren und genossenschaftliche Vernetzungen sind neben der Einzelpraxis zukunftsorientierte Organisationsformen hausärztlicher Tätigkeiten. Diese gilt es zu fördern und weiterzuentwickeln.

## **BEREITSCHAFTSDIENST / NOTFALLDIENST / RETTUNGSDIENST**

Die ärztliche Tätigkeit ist eine komplexe und ressourcenbindende Arbeit. Deshalb ist es wichtig, diese dort einzusetzen, wo sie notwendig ist. Ärztinnen und Ärzte müssen innerhalb der Teams und Strukturen, in denen sie arbeiten, vor unnötiger Beanspruchung durch Bagatelle bewahrt werden, um sich der Krankenbehandlung widmen zu können. Ansonsten droht ein Versagen des Gesundheitssystems. Das jetzt entstehende Triagierungssystem für den ärztlichen Bereitschaftsdienst muss weiterentwickelt und über alle Bereiche des Gesundheitswesens ausgerollt werden. Hierdurch können Patientinnen und Patienten durch ein validiertes Expertensystem schnellstmöglich auf die für sie nötige Versorgungsebene verwiesen werden.

Da in einem solidarisch finanzierten System der Zugriff auf die Versorgungsleistungen möglichst nach einheitlichen Kriterien erfolgen soll, sieht der Hausärzterverband hierin einen gangbaren, solidarischen Weg, die Versorgung auch zukünftig flächendeckend zu sichern. Eine darüber hinaus geforderte Individualität kann durch private Zusatzversicherungen oder -zahlungen gewährleistet werden. Ein einheitliches Triagierungssystem über alle Bereiche sichert zudem die hohe Qualität der Versorgung innerhalb und außerhalb der Regelarbeitszeit.

## **HAUSARZTZENTRIERTE VERSORGUNG NACH §73B SGB V**

Die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung bedarf einer zentralen Kompetenz, die fachübergreifend als Team arbeitet und so die facettenreiche Versorgung auf die individuellen Patientenbedürfnisse ausrichtet. Die Verantwortung für die Koordinierung dieser patientenzentrierten Versorgung sieht der Hausärzterverband bei der Hausärztin und dem Hausarzt.

Aus dieser Überzeugung heraus entstand die Hausarztzentrierte Versorgung (HZV). Die Patientin oder der Patient entscheidet sich durch ein freiwilliges Einschreibesystem für seine Hausärztin oder seinen Hausarzt. Die freie Arztwahl wird hierdurch nicht eingeschränkt.

Durch die Einschreibung wird die Kosten- und Therapieverantwortung geregelt. Ein sektorenübergreifendes Qualitäts- und Fehlermanagementsystem macht das Leistungsgeschehen transparent und nachvollziehbar. Die HZV hat – wissenschaftlich belegt – in der Patientensteuerung bereits heute nachweisbare Erfolge aufzuweisen und ist als freiwilliges Primärarztssystem weiter auszubauen und zu stärken.

Die Patientenzentrierung und die Outcome-Orientierung der HZV erhöhen zudem die Lebensqualität und sind damit ein Mehrwert für die teilnehmenden Patientinnen und Patienten. Über die Hausarztzentrierten Versorgungsverträge ist die Grundversorgung zu regeln.

## **INTEGRIERTE VERSORGUNGSVERTRÄGE §140A SGB V**

Komplexe Erkrankungen brauchen komplexe kooperative Versorgungsstrukturen. Diese Kooperationen müssen durch ein klares Schnittstellenmanagement an den Kompetenzgrenzen geregelt werden. Die hier notwendigen Leistungen müssen im Idealfall aufeinanderpassen.

Regelungen dieser Art sind bei einzelnen chronischen Erkrankungen, wie auch Schnittstellen anhand eines Erkrankungsgeschehens, klar zu definieren. Jedoch nehmen bei einer überalternden Bevölkerung Mischbilder und komplexe multimorbide Krankheitsbilder zu, wobei erschwerend wechselnde Prioritäten zu beachten sind. Hier kommen auf einzelne chronische Erkrankungen reduzierte Behandlungspfade an ihre Grenzen.

Diese schon weiter oben als „Palliativ Care“ oder GVP annähernd beschriebene Tätigkeit ist eine, wenn nicht die zentrale Aufgabe von Hausärztinnen und Hausärzten. In einem solchen komplexen Lebens- und Erkrankungsgeschehen sind reduktionistische Betrachtungen und Bewertungen von Einzelwerten immer fehlerhaft.

Eine breite gesellschaftliche Diskussion zu notwendigen Maßnahmen und der Nutzenbewertung ist hier erforderlich.