

Derzeit findet eine endlos anmutende Diskussion um die **Abwicklung des Bereitschaftsdienstes** statt. Die Ambulanzen vieler Krankenhäuser laufen über, gerade zur Unzeit, aber auch zu ganz normaler Geschäftszeit. Nunmehr sind Bestrebungen im Gang, die auftretenden Patientenströme zu lenken. Dabei wird auf diesbezüglich gemachte beste Erfahrungen in den Niederlanden verwiesen. Dort funktioniert die Versorgung in der Tat gut strukturiert; allerdings nicht nur zur Unzeit sondern grundsätzlich: kein Wunder, gibt es doch ein verpflichtendes Primärarztsystem! In Deutschland stehen jedem Inhaber einer Krankenversicherungskarte sämtliche Ressourcen des Gesundheitssystems ohne Einschränkung, ohne Steuerung und ohne Kostenkontrolle zur Verfügung. Tag und Nacht. Es ist schon erstaunlich, dass man tatsächlich glaubt, tagsüber ein nicht geregeltes System unterhalten zu sollen und das dann nachts auf Knopfdruck ändern zu können. Alle Befürworter der freien Arztwahl sollten darüber nachdenken. Und auch nicht aufhören darüber nachzudenken, dass die freie Arztwahl spätestens dann am Ende ist, wenn es keine Hausärzte mehr gibt, was vielerorts bereits der Fall ist. Die ganze Diskussion ist wie so oft in der Gesundheitspolitik Auswuchs einer Denke, die nicht der inaugurierten Problemlösung gilt, sondern reine Klientelpolitik ist.

Nachvollziehbar hingegen ist die immer wieder getätigte Äußerung, dass vor allem die Hausärzte geeignet seien im Bereitschaftsdienst zu entscheiden, wann ein abwendbar gefährlicher Verlauf vorliegt, und wann eine Bagatelle. Allerdings hat die Entwicklung der zurückliegenden dreißig Jahre dazu geführt, dass es die dazu erforderliche Zahl von Hausärzten einfach nicht mehr gibt. Hier zeigt sich einmal mehr, wie fatal sich die hausarztfeindliche Regulierungspolitik auf das Versorgungsgeschehen auswirkt.

Wir haben in den zurückliegenden Jahren sehr intensive Anstrengungen unternommen, um bei Politik und Krankenkassen ein Problembewusstsein für die missliche Entwicklung in unserem Fachbereich zu erreichen. Dies hat sich in ersten Erfolgen ausgezahlt, wie etwa der wirklich sehr gut verbesserten Finanzierung von Weiterbildungsassistenten in unseren Praxen, Mittelzuweisungen bei der Niederlassung und Förderung der Fachangestellten in unseren Praxen. Die Etablierung der Hausarztverträge schreitet fort und ist gerade in den ländlichen Gebieten ohne relevanten Anteil an Privatpatienten zu einem alternativen soliden finanziellen Standbein geworden. Die Summen, die inzwischen über Add-on Verträge einerseits oder Bereinigungsverträge andererseits zur Verfügung stehen, sind beträchtlich. Damit einher geht eine deutlich bessere Versorgung der eingeschriebenen Patienten, die eine enge Bindung zu ihrer Hausarztpraxis entwickeln.

Für anhaltend große Unruhe sorgt in unserem Land die **Arzneimittelrichtlinie**, und das aus meiner Sicht sehr zu recht! **Weg mit den Budgets! Weg mit der Regressbedrohung!** Keine andere Forderung dürfen wir gelten lassen! Auch in diesem Punkt haben die Niederlande uns viel an Strukturqualität voraus: dort würde man für verrückt erklärt, ließe man die Hausärzte ein wirtschaftliches Risiko für eine leitliniengerechte Versorgung der Patienten tragen. Alle Verantwortlichen müssen sich sehr klar darüber sein, dass Regelungen wie diese es mehr als schwer machen, die nachkommende Ärztegeneration davon zu überzeugen, in die Niederlassung zu gehen.

Als geradezu perfide ist dabei zu werten, dass es in vielen Bereichen der Versorgung einen krassen Widerspruch zwischen Therapie gemäß Leitlinien einerseits und Arzneimittelrichtlinien andererseits gibt. Im Ergebnis lässt uns diese Situation nur den Ausweg, bestimmte Wirkstoffe auf einem Privatrezept zu verordnen, wollen wir kein Regressrisiko eingehen. So empfehlen die Leitlinien bei der Versorgung kardiologischer Patienten mit koronarer Herzkrankheit in der Regel eine starke Absenkung der LDL-Cholesterinwerte. Diese ist mit CSE-Hemmern alleine in sehr vielen Fällen nicht zu erreichen. Andere in diesem Sinne wirksame Substanzen sind verfügbar, laut differenzierter Anwendungsbeschränkung durch die Arzneimittelrichtlinie in den allermeisten Fällen aber zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung nicht verordnungsfähig. Vergleichbare Beispiele finden sich zuhauf. Was wir fordern, ist das Regelungen gefunden werden, die uns ohne Gefahr von Regressen arbeiten lassen. Das Morbiditätsrisiko ist nicht in unseren Praxen zu regeln, sondern durch die Krankenkassen und die gesetzlich etablierte Regulierungselite, nicht zuletzt dem gemeinsamen Bundesausschuss. Wir werden uns dafür einsetzen, dass die kommenden Nachverhandlungen zur Arzneimittelrichtlinie nicht ohne hausärztlichen Sachverstand erfolgen und unter enger Einbindung des hausärztlichen Fachausschusses umgesetzt werden.