

Koopera



Der Hausarzt: Nur im Gesetz die ordnende Hand?

Die Koordination ist eine wesentliche Aufgabe von Hausärzten. So steht es auch im Gesetz. In der Praxis sieht es aber oft anders aus: Es droht die **Verzettelung der Verantwortung**. Dabei ist eine Kooperation zwischen Hausärzten und Spezialisten doch eine Kooperation unter Fachärzten, meint unser Autor.



Serie Hausärztliche Arbeitsmethodik Folge 3

Völlig zu Recht regen wir uns auf, wenn die Straße vor unserem Haus aufgerissen wird, um eine Gasleitung zu verlegen, wenn nach Wiederherstellung der Fahrbahn die Bagger kommen, um eine Wasserleitung zu erneuern und zum guten Schluss dann die am tiefsten liegenden Abwasserrohre auszutauschen von wegen Trinkwasserverschmutzung und so. Das müsste doch wohl einer

koordinieren, es könnten Ressourcen und viel Geld gespart werden, von der Belästigung und Behinderung der Anwohner mal ganz abgesehen.

Im Gesundheitswesen hat der Gesetzgeber vorgebeugt.

Er ordnet die Koordinierungsfunktion im SGB V Paragraph 73 dem Hausarzt zu:

- (1) Die vertragsärztliche Versorgung gliedert sich in die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung. Die hausärztliche Versorgung beinhaltet insbesondere
 1. Die allgemeine und fortgesetzte ärztliche Betreuung eines Patienten in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis seines häuslichen und familiären Umfeldes; Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen sind nicht ausgeschlossen.
 2. Die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen.

3. Die Dokumentation, insbesondere die Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten, Befunde und Berichte aus der ambulanten und stationären Versorgung.

4. Die Einleitung oder Durchführung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nicht-ärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen.

Im Paragraph 76 SGB V folgt: Der Versicherte wählt einen Hausarzt.

Damit ist für den Gesetzgeber die Arbeit getan, er delegiert die weiteren Maß-

nahmen an die zu seiner Entlastung eingerichtete und unter seiner Aufsicht stehende ärztliche Selbstverwaltung. Der weitere Gesetzestext lautet:

(3a) Die Partner der Verträge nach Paragraph 82 (Anm.: Das ist der Bundesmantelvertrag) haben geeignete Maßnahmen zu vereinbaren, die einer unkoordinierten Mehrfachanspruchnahme von Vertragsärzten entgegenwirken und den Informationsaustausch zwischen vor- und nachbehandelnden Ärzten gewährleisten.

Abgesehen davon, dass nach diesen Worten nicht die erfolgreiche Patientenbetreuung das Ziel ist, sondern die wirtschaftlichen Belange, bleibt zu konstatieren, dass die Selbstverwaltung das Gesetz ignoriert und die Auf-

Koordination spart Ressourcen und Geld - auch in der medizinischen Versorgung unserer Patienten.



Dr. med. Diethard Sturm
Facharzt für Allgemeinmedizin
Patientenbeauftragter des Deutschen Hausärzterverbandes
hbfsturm@aol.com

sicht das seit Jahrzehnten zulässt. Auch die Deutsche Ärzteschaft fordert im „Blauen Papier“ auf dem 93. Deutschen Ärztetag 1980 in Berlin: „...die bestmögliche Versorgung erfordert die Zusammenarbeit der Ärzte untereinander und sollte ebenso wie die Zusammenarbeit mit Angehörigen anderer Heilberufe am besten unter der Koordination eines Hausarztes nach sachbezogenen Erfordernissen gestaltet werden.“



*Hausarztmedizin und
Spezialistenmedizin sind
keine sich bekämpfenden
Gegensätze.*

Und weiter: „...Maßnahmen der Planung, Information und Förderung sollen langfristig einen Strukturwandel bewirken, der eine haus- und familienärztliche Versorgung durch Ärzte für Allgemeinmedizin zur Regel macht und deren Zusammenarbeit mit denjenigen Ärzten, die sich auf ein Spezialgebiet in der Medizin beschränkt haben, sinnvoll koordiniert.“

Patientenwohl vor Wettbewerb

Ein Primärarztsystem fördert die volle Umsetzung der Koordinationsfunktion. Dessen unbeschadet kann auch ohne solche Regelungen der Hausarzt eine Koordination vornehmen, soweit der Patient das wünscht und akzeptiert. Zu beachten sind dabei verschiedene Rechtsvorschriften von der ebenfalls im SGB V garantierten freien Arztwahl

bis zu Belangen des Wettbewerbs. Der Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern darf aber dabei nicht über das Wohl des Patienten gestellt werden. Man muss heute sagen „dürfte“, denn die Realität der Versorgung zeigt oft das Gegenteil.

Wenn auch im SGB V Paragraph 73 bei den hausärztlichen Aufgaben die Koordinationsfunktion gesetzlich festgeschrieben ist, so fehlt doch der Gegenpart: die

Akzeptanz und Unterstützung durch die übrige Ärzteschaft und die anderen Gesundheitsberufe. Das fachärztliche Bild von der Wirksamkeit hausärztlicher Tätigkeit wird geprägt von den Patienten, die vom Hausarzt nicht abschließend erfolgreich behandelt werden können. Der erfolgreich behandelte Anteil der Patienten, der mehr als zwei Drittel der Patienten ausmacht, wird vom Facharzt niemals wahrgenommen. Dadurch entsteht ein negatives Image des Hausarztes beim Spezialisten. Umgekehrt nimmt aber auch der Hausarzt wahr, wie viele Patientenprobleme, vor allem bei unkoordinierter Inanspruchnahme von Spezialisten, dort nicht abschließend gelöst werden können. Mitunter beginnt dann eine Odyssee

der Patienten durch die verschiedenen Fachgebiete: „In meinem Fachgebiet ist alles in Ordnung, gehen Sie mal zu ...“. Das kann ihnen erspart werden. Statt Grundsatzlösung gefällt man sich immer mal wieder in neuen Modellversuchen mit Lotsen oder berufsfremden Koordinatoren. Das ergibt allenfalls punktuelle Ansätze, die niemals das Problem lösen können, schon wegen des Aufwandes nicht. Es sind weder bei den Kammern noch den KVen Bestrebungen zu erkennen, eigenen Lippenbekenntnissen wie dem blauen Papier folgend den gesellschaftlichen Auftrag zur optimalen Krankenbetreuung in diesem Bereich umzusetzen.

Gefahr der Verzettelung

Die Patientenschaft, wie sie in der Selbsthilfe organisiert und bis zum Gemeinsamen Bundesausschuss politisch vertreten ist, hat dazu auch noch keine gemeinsame Meinung entwickelt. Ein Grund dürfte sein, dass sie sich an Krankheiten orientiert zusammenfinden und organisieren und damit nicht an der koordinierten Gesamtbetreuung. Daraus ergibt sich zwangsläufig eine Wechselwirkung mit den krankheitsbezogenen Spezialisten mehr als mit den Hausärzten. Versuche einer Dreieck-Kooperation, wie sie in der Betreuung erforderlich ist, scheiterten über kurz oder lang oder kamen gar nicht erst zustande. Was sind die Folgen? Das Wesentlichste ist die „Gefahr der Verzettelung der Verantwortung“ (BALINT) bei unkoordinierter und nicht begleiteter Inanspruchnahme, zum Beispiel durch

- Verzögerung der Problemlösung durch Wahl eines nicht zuständigen Spezialisten,
- Rückzug des Patienten wegen vermeintlicher Aussichtslosigkeit oder bei psychischen Fehlentwicklungen,
- Übersehen eines abwendbar gefährlichen Verlaufs in einem anderen Fachgebiet,

- unbeabsichtigte Mehrfachdiagnostik und Mehrfachmedikation,
- Arzneimittelschäden durch Interaktionen und andere Mängel beim Arzneimittelmenü,
- Fehlinterpretationen von Einzelbefunden ohne Kontext der Gesamtproblematik,
- mangelhafte Berücksichtigung der Persönlichkeit des Patienten.



HAUSARZT	SPEZIALIST
Psychosoziale Kompetenz	Technische Kompetenz
Weiche Daten	Harte Daten
Zeitlich unbegrenzte Zuständigkeit	Zeitlich begrenzte Zuständigkeit
Schwerpunkt Behandlung und Begleitung des chronischen Krankseins	Schwerpunkt akute Diagnostik und Therapie der akuten Krankheit

Der Hausarzt kann die bleibende Verantwortung für seine Patienten, die er vom Gesetz her auch während und nach der Konsultation oder Mitbehandlung von Spezialisten hat, nicht wahrnehmen:

- Erörterung der Maßnahmen
- Gespräche mit Angehörigen
- Vor- und Nachuntersuchungen, Zwischenkontrollen
- Komposition des Arzneimittelmenüs
- Abfangen von Nebenwirkungen, Reaktionen oder hinzutretenden Erkrankungen.

Resultierender Frust und Ärger können dann durchaus auch zur Belastung des Arzt-Patienten-Verhältnisses führen. Die Katze beißt sich in den Schwanz.

Was ist aktuell machbar?

Bleibt die Frage: Was ist im Interesse optimaler Patientenbetreuung unter den gegenwärtigen unzulänglichen politischen

Rahmenbedingungen machbar? Das Bild des Patienten von der fachlichen und sozialen Kompetenz seines Hausarztes entscheidet über seine bewusste freiwillige Inanspruchnahme des Hausarztes als Koordinator, über seine Aktivität, nach Facharztkonsultationen auch die Befundberichte beizubringen und das Arzneimittelmenü überprüfen zu lassen. Es ist Ergebnis seiner Zuwendung und persönlichen Engagements.

Die Beziehungsgestaltung steht wohl auch an erster Stelle zwischen den beteiligten Ärzten. Wo regelmäßig die Ärzte zusammenkommen und sich austauschen, bestehen weniger Konflikte. Wo Spezialisten die Hausarztmedizin aus früherer Tätigkeit selbst erlebt und ausgeübt haben, wird die hausärztliche Kompetenz auch nicht angezweifelt. Die Kooperation von Hausärzten und Spezialisten ist eine Kooperation unter Fachärzten.

Hausarztmedizin und Spezialistenmedizin sind keine sich bekämpfenden Gegensätze, sondern sich ergänzende und bedingende Pole einer gemeinsamen Medizin. Jede Funktionsgruppe hat ihre Aufgabe und ihren Kompetenzbereich. Störungen entstehen, wenn auf die „andere Seite“ gelangt wird: Festhalten des Patienten bei spezialistischem Betreuungsbedarf versus Endlosbehandlungen und Patientenfang durch Spezialisten.

Insofern legen bereits die Pflichtfamulatur, die Praktika und bald wahrscheinlich das Pflichtpraktikum im letzten Studienjahr die Grundlage für ein späteres besseres Zusammengehen. In Einrichtungen mit mehreren Fachrichtungen wie MVZ, die dann auch gemeinsame wirtschaftliche Interessen haben, löst sich das Problem auch.

Zur besseren Informationsübermittlung zwischen den Kooperationspartnern unter Einbeziehung des Patienten haben 1994 sächsische Hausärzte das „Arztbuch“ entwickelt und in Verkehr gebracht. Es umfasst alle wesentlichen Daten der Anamnese, der Diagnostik und Therapie sowie Risiken. Die Bemühungen um das PGBA, das pflegegesetzadaptierte Basisassessment, als Kooperationsmittel gehen in die gleiche Richtung.

Leider hat sich auch der Hausärzteverband hier noch nicht ausreichend engagiert. Es sind unbedingt Werkzeuge für die Koordination zu entwickeln und zu implementieren, von allen Beteiligten akzeptiert und entsprechend „bedient“. Patientensicherheit, Wirtschaftlichkeit und die hohe Arztbelastung durch Doppelerhebungen von Patientendaten sprechen dafür. Die elektronische Übermittlung und Aufbewahrung von Daten wird seit zwei Jahrzehnten als Gegenargument ins Feld geführt und hat als Blockierer entsprechend Schaden verursacht. Auch im elektronischen Zeitalter wird ein Rest von Papierdokumenten zweckmäßig sein und Bestand haben, auch braucht jede elektronische Form Vorbereitung. Manchem Patienten ist „der Spatz in der Hand lieber als die Taube auf dem Dach“. Die elektronische Datenübermittlung kann einen technischen Beitrag zur Koordinationsfunktion leisten, aber nur Erfolg haben, wenn die Grundlagen stimmen: Beide Seiten wollen koordiniert zusammenarbeiten, und der Patient stimmt dem Verfahren zu. Die

technische Durchführung entscheidet mit über den Erfolg, es darf keine Unordnung ergeben, keinen Datenmüll.

Die vom Hausärzteverband erarbeitete Problemlösung ist als „Hausarztzentrierte Versorgung“ (HZV) mittlerweile in allen

Bundesländern zugänglich. Erst durch die HZV ist für die teilnehmenden Versicherten die gesetzliche Festlegung durchgesetzt, einen Hausarzt zu wählen und diesem die Koordinationsfunktion ausüben zu lassen. Wir

Neben wirtschaftlichen Vorteilen ist auch die Arbeitszufriedenheit der Hausärzte ein Argument für die HZV.

brauchen also nicht mehr zu warten, bis wir das den Patienten zukommen lassen. Die wirtschaftlichen Vorteile sind mittlerweile belegt, aber auch die Arbeitszufriedenheit der Hausärzte ist ein wichtiges Argument. Versorgungslandschaften bilden Kooperation am besten ab. Da sie auch die kooperierenden Fachärzte wirtschaftlich besser stellen, besteht ein gemeinsames Interesse an der Erfüllung der Verträge. Noch ist diese Organisationsform erst in den Anfängen sichtbar. Aber dort wird dann das Vollbild einer optimalen Betreuung bestehen.



Der Datenaustausch zwischen den Kooperationspartnern entscheidet über den Erfolg der Kooperation:

HAUSARZT	→	SPEZIALIST	SPEZIALIST	→	HAUSARZT
Anamnese			Befunde		
Befunde			Interpretationen		
Psychosoziale Daten					
Risiken					
Fragestellung			Empfehlungen Therapie		
			Empfehlungen Kontrolle		
Gemeinsame Fortbildung, Fallbesprechungen, Qualitätszirkel					
Leitlinien, örtliche Therapieabsprachen					