

## Designing a High-Performing Health Care System for Patients with Complex Needs

Amanda Howe berichtet<sup>1</sup> im März vom OECD-Treffen „People at the Centre: Policy Forum on the Future of Health“, wo „Vortragende verspätet, aber doch die Wichtigkeit der Menschen mehr als die ihrer Erkrankungen erkannt haben“. Sie erwähnt eine Publikation des „Commonwealth Fund“ mit „Potenzial zur Verbesserung der Lebensqualität von Millionen“<sup>2</sup>: Multimorbide, chronisch Kranke und ältere Patienten haben einen hohen Betreuungsbedarf; dies führt zur Kostenkonzentration („high-need, high-cost“). Eine Expertengruppe hat international vielversprechende Maßnahmen zum Umgang mit deren Bedürfnissen identifiziert und entsprechende Empfehlungen veröffentlicht – ein Paradigmenwechsel von der krankheits- zur patientenzentrierten Versorgung, von der Einzelbetreuung zu Team- und Kooperationsmodellen.

„Make coordination high priority“ – eine fragmentierte Betreuung komplex Erkrankter führt zu vermehrter Hospitalisierung und Patientenunzufriedenheit – wie die ÖGAM sieht man die Wichtigkeit einer koordinierenden Person (z.B. der Hausarzt). „Identify patients in greatest need of proactive, coordinated care“ – der Vorteil einer gemeinsamen Nutzung med. Daten zur Identifikation von „Hochrisikogruppen“ mit schlechtem Outcome (z.B. vermehrte Hospitalisierung) und deren proaktive Betreuung wird betont. „Train more primary care physicians and geriatricians“ – klar ist die Forderung nach einer Umkehr des Trends von einer fragmentierenden Spezialisierung hin zur Ausbildung in AM und Geriatrie sowie die entsprechende Adaptation der universitären Lehrpläne. Auch in Österreich ist dies

dringend notwendig! „Facilitate communication between providers – for example through clinical record integration“ – eine gemeinsame Basis med. Daten ermöglicht eine rasche Verfügbarkeit wichtiger Diagnosen und laufender Therapien – essenziell ist dieser Informationsfluss in Notfällen, zu Tagesrandzeiten und von den Krankenhäusern und Fachärzten hin zum Hausarzt. „Engage patients in decisions about their care“ – bei Multimorbidität führt die Behandlung ALLER Erkrankungen zu einer inakzeptablen Therapielast und unerwünschten Interaktionen, die Einbindung des Patienten zur Einbringung seiner Präferenzen und Hoffnungen in die Therapie wird betont. Wer, wenn nicht wir Hausärzte, sieht sich mit dieser Herausforderung täglich konfrontiert? „Provide better support for caregivers“ – betreuende Familienmitglieder/Freunde kümmern sich oft 24/7 um Angehörige. Möglichkeiten zu deren Entlastung und Gesundheitsförderung werden als wichtig erachtet. „Redesign funding mechanisms to meet patients’ needs“ – diese Empfehlung weist auf die Gefahr einer vermehrten Fragmentierung durch Leistungsorientierung hin, genauso auf die eines reinen Pauschalsystems, welches zur Unterversorgung führen kann. Die richtige Finanzierung kann Barrieren der Zusammenarbeit aufbrechen, hohen Betreuungsaufwand kompensieren und eine bessere Betreuung ermöglichen. Seit Langem schlägt die ÖGAM ein gemischtes Honorierungssystem, z.B. nach Vorbild des Baden-Württembergischen Hausarztmodells, vor. „Integrate health and social services, and physical and mental care“ – soziale und medizinische Bedürfnisse gehen Hand in Hand.



**Dr. Maria  
Wendler**



**Dr. Thomas  
Jungblut**

Eine fehlende Finanzierung sozialer Betreuung führt zur ineffizienten Ressourcennutzung im Gesundheitssystem – z.B. wenn Patienten bei fehlender Betreuung nicht aus dem Krankenhaus entlassen werden. „Engage clinicians in change and train and support clinical leaders“ – fordert das Engagement von Ärzten in der Weiterentwicklung der Gesundheitssysteme; eine Ausbildung in Clinical Leadership wird hier als sinnvoll erachtet. „Learn from experience and scale up successful projects“ – Entscheidungsträger sollen den Erfahrungsaustausch über Erfolg und Misserfolg von Projekten ermöglichen. Gerade erfolgreiche Projekte tendieren dazu, sich schrittweise zu entwickeln – manchmal auch über längere Zeit. Gesamt somit zu sagen: Als Neuigkeit diskutiert, sind dies schon lange Forderungen und Ansichten der ÖGAM.

*Von Dr. Thomas Jungblut und  
Dr. Maria Wendler (frei übersetzt)*

<sup>1</sup> <http://globalfamilydoctor.com/News/FromthePresidentMarch17.aspx>  
<sup>2</sup> <http://www.commonwealthfund.org/publications/other/2017/ten-recommendations>

# Der Generalist, Spezialist für

**Wer oder was sind wir eigentlich, wir Hausärzte?** Für uns gibt es eine Menge Namen, die Begrifflichkeiten sind bunt gemischt, keine Bezeichnung setzt sich wirklich durch, keine vermittelt die Aufgaben klar nach außen – nicht einmal nach innen, da wir mit der fehlenden spezifischen Ausbildung und der fehlenden Anerkennung als Fachärzte auch über keine allgemein bekannte und konsentrierte Berufstheorie verfügen.

**Ein Kardiologe dagegen ist ein Kardiologe**, sein Fach heißt Kardiologie, er befasst sich, was auch allgemein bekannt ist, mit dem menschlichen Herzen. Wenn wir unseren Beruf erklären sollen, brauchen wir viele Worte und werden trotzdem oft nicht klar, nicht einmal unter den Berufskollegen.

**Kollegen aus den Spezialfächern** haben noch weniger Vorstellung davon, was der „Hausarzt“ eigentlich tut bzw. tun kann. Sie gehen davon aus, dass er ihnen in ihrem Fach weit unterlegen ist und extrapolieren diese Erkenntnis auf alle Fächer, deren Summe sie kurzerhand für die gesamte Medizin halten.

Die fehlende Klarheit und schwierige Darstellbarkeit unseres Berufsbildes fällt uns im Moment auch in den **Debatten um die Primärversorgung** auf den Kopf: Entscheidungsträger, Zahler, Patientenanwälte haben wenig Vorstellung von dem, was wir tun und wie. Sie sehen uns vorzugsweise als Systemjoker.

**Wir selbst sehen uns als Spezialisten für den ganzen Menschen**, spüren Zuständigkeit für alle Beschwerden, Lagen und Situationen. Wenn wir eine Definition unseres Berufes suchen, finden wir aber entweder Negativdefinitionen (z.B. der Allgemeinarzt ist nicht auf ein bestimmtes Fach, auf bestimmte Krankheiten, auf bestimmte Altersgruppen beschränkt) oder aber halbe Bücher, die die zahlreichen Facetten beschreiben, wie die WONCA-Definition oder die Zukunftspositionen der DEGAM. Eine der kürzesten Zusammenfassungen besteht noch immer aus mehreren Sätzen:

- Sie sind dazu ausgebildet, mit Menschen in allen Lebensstadien umzugehen.
- Sie sind medizinische Generalisten und erste Anlaufstelle für alle möglichen gesundheitlichen Probleme im Setting der Primärversorgung.
- Sie stellen ein umfassendes, breit zugängliches Service zur Verfügung, fokussiert auf lokale Kommunen, ermöglichen Kontinuität in der Betreuung und konzentrieren sich auf die Betreuung von Personen – nicht auf spezifische Teile ihres Körpers oder auf spezifische Erkrankungen. (DEGAM-Zukunftspositionen)



**Reges Interesse beim Hausärztetag in Wien**

Unser Selbstverständnis bzw. Außenbild schwankt also zwischen einer eierlegenden Wollmilchsau und zettelschreibendem Erfüllungshelfen.

Höchste Zeit also, sich so **mit der Theorie unseres Faches zu befassen**, dass wir sie irgendwann einmal gut, knapp und klar nach außen darstellen können – Allgemeinmedizin ist ein eigenes Fachgebiet.

**Haben Sie je in einem Entlassungsbrief gelesen:** „Schwindelabklärung durch den Hausarzt erbeten. Oder gar, *horribile dictu*, Abklärung des Brustschmerzes durch die Hausärztin empfohlen.“ Dabei sind wir genau dafür prädestiniert, und zwar als einzige aller medizinischen Berufsgruppen.

**Unsere Domäne im Bereich der Akutmedizin** ist das nicht zugeordnete, das mehrdeutige Symptom. Das hat einen einfachen Grund: Niemand sonst kann das so gut wie wir. Wir haben die fachliche Breite und damit den Überblick über sämtliche mögliche Ursachen und im Idealfall auch eine Vorstellung von den Wahrscheinlichkeiten. Beispielsweise wissen wir, um beim Schwindel zu bleiben, dass zerebrale Ursachen für Schwindel zwar von allen „Schwindeligen“ gefürchtet werden, dennoch sehr selten sind – und zudem fast nie als Einzelsymptom auftreten. Wir wissen zum Beispiel auch, dass der 50-jährige Nachbar gerade wegen eines Hirntumors operiert wurde – und dem war ja auch schwindlig gewesen. Oder wir

# r den ganzen Menschen

wissen, dass der betroffene Patient an einer Angststörung leidet, unter hohem Druck im Beruf und im Privatleben steht und so weiter.

**So arbeiten wir: Wir hören und sehen das Gesamtbild.** Wir suchen im Zuhören und Zusehen Spuren, die wir weiterverfolgen können, wir gewinnen einen Eindruck, der sich durch gezieltes Fragen und Untersuchen erhärten oder korrigieren lässt. Wir können das aufgrund der Breite unserer Ausbildung, der kontinuierlichen professionellen Arzt-Patienten-Beziehung und dem Vorwissen, das wir aus Vorbehandlungen, aus der Familie und der Umgebung gesammelt haben. **Dann, und erst dann**, wenn wir so weit gekommen sind, können diagnostische Algorithmen eingesetzt werden, Leitlinien weiterhelfen und Entscheidungen fallen: Ob ein Spezialist zur weiteren Abklärung oder Behandlung gebraucht wird und welcher, ob die Behandlung innerhalb der Grundversorgung erfolgen kann oder ob die angemessene Reaktion im abwartenden Offenhalten besteht, das wir dann je nach Lage des Falles organisieren – über fix vereinbarte Folgekonsultationen, telefonisch, über Angehörige oder als simples „Wenn es nicht wird, dann kommen Sie wieder“.

**Spezialisten gehen völlig anders vor:** Sie suchen in jedem Fall dort in der Tiefe, wo sie es können – in ihrem eigenen Fach. Wenn sie dort mit den ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln nicht fündig werden, schicken sie weiter – an den nächsten Spezialisten, und das Spiel geht von vorne los. Wer zu welchem Zeitpunkt dann den Treffer landet, hängt von einer Reihe von Zufälligkeiten ab – und kostet: den Patienten Zeit, Angst, Geld und Mühe; die Spezialisten ebenfalls Zeit und Mühe und Termine für solche Patienten, die sie notwendiger bräuchten. Das kostet: Geld, personelle Ressourcen, Arbeitskraft.

**In der Betreuung chronisch Kranker** ist unsere Domäne die Multimorbidität, denn eine chronische Krankheit kommt selten allein – und selbst wenn sie alleine kommt, oder zumindest zunächst, ist es immer der ganze Mensch, der mit einem chronischen Gesundheitsproblem konfrontiert ist, der seine Lebensgewohnheiten, seine Familie, seine Freizeit, seinen Beruf, seine Vorlieben und Abneigungen entsprechend justieren muss.

**Der Multimorbidität lässt sich nicht durch Kombination** verschiedener Spezialisten oder mehrerer spezialisierter Pflegepersonen begegnen. Die verschiedenen Krankheitsbilder hängen immer auf irgendeine Art zusammen, sie beeinflussen sich gegenseitig, die Therapien können sich ergänzen oder interferieren, und alle miteinander

der machen, mit allem was sonst noch dazugehört, den Menschen aus, der eben NICHT die Summe seiner Krankheiten ist. Einzelnen Aspekten einzeln zu begegnen, führt zu unangemessener Polypharmazie und zu Polypragmasie, zu einem Verlust an Kontinuität und Sicherheit, die beide Voraussetzungen für Therapieadhärenz und Coping sind.

**Also doch die eierlegende Wollmilchsau?** Ziemlich viel verlangt von einem einzelnen Menschen, nicht? Ziemlich viel verlangt bei Kontaktzahlen, wie sie für uns üblich sind – bei der Vielfalt von Beratungsanlässen, von Simultaneität, von Störungen und Interferenzen, bei der Zusatzbelastung durch Verwaltungstätigkeiten, Personalführung, Praxisorganisation.

Wenn wir uns zu diesem unserem Berufsbild bekennen, wenn wir unserem Aufgabenspektrum gerecht werden wollen, **müssen wir uns auch zur Teamarbeit bekennen**, zu Vernetzung, Delegation – und zu einer wirksamen, freudvollen **Selbstsorge**.

Nirgends steht geschrieben, dass wir all das alleine leisten können oder auch nur sollen. **Hausarztmedizin ist Medizin im Team.**

Wir sind der grundsätzlich zuständige, vertraute Experte. Wir müssen aber nicht alles selbst lösen, wir sind hier die vermutlich freieste ärztliche Berufsgruppe: Uns steht die Weiterverweisung offen. Und zwar nicht aus Hilflosigkeit oder Überforderung, sondern aufgrund kompetenter Entscheidung darüber, wann eine solche sinnvollerweise zu erfolgen hat – und wohin.

Meistens – gerade und vor allem bei **Menschen mit psychisch (mit-)bedingten Problemen oder Erkrankungen** ist das eben nicht immer so. Das ist einer der Gründe, warum die Betreuung auf diesem Gebiet besonders schwierig ist. Menschen mit psychischer Problematik wollen häufig nicht weiterverwiesen werden, sie

Die Arbeit in der ÖGAM ist in den letzten Jahren vielfältig und umfangreich geworden.

**Ihre Mitarbeit ist willkommen!**

Unsere Kontaktadresse: [office@oegam.at](mailto:office@oegam.at)

fühlen sich bei uns, dem vertrauten Arzt, am sichersten. Das kann eine ziemliche Herausforderung werden, denn häufig sind diese Konsultationen zeitintensiv, verlangen viel Präsenz, sind emotional belastend und verlaufen nicht immer befriedigend. Die **Zuordnung von Symptomen kann hier besonders schwierig sein**, ebenso gefährliche Verläufe rechtzeitig zu erkennen, ohne durch Überreaktion Patienten zu verschrecken oder zu beleidigen. Davor können wir aber nicht davonlaufen. Psychiatrische Notfälle treffen vor allem die Landärzte unter uns immer wieder und gehören zu den allerschwierigsten Situationen.

Neben der fachlichen medizinischen Herausforderung können sie auch für uns unmittelbar und sehr real gefährlich werden. Freilich können wir uns hier ebenfalls Hilfe holen, aber bis der Notarzt eintrifft, bis die Lage das Öffnen der Tür z.B. überhaupt erlaubt, bis dahin müssen wir die Situation irgendwie meistern. Und wenn

der Notarzt wieder weg ist, sind wir in unserer haus- und familienärztlichen Kompetenz erst recht wieder gefordert. Die **Probleme, die sich uns stellen, unterscheiden sich** also sehr wesentlich von denen, mit denen die nächste, die spezialisierte Ebene, befasst ist.

**Ein Kongresstag, der sich intensiv und vor allem aus hausärztlicher Sicht** mit diesen Problemen und dieser Thematik befasst, ist eine Innovation – und dass dazu auch noch der Selbstsorge, hier der Balint-Gruppe, Raum gegeben wird, verleiht ihm durchaus auch wegweisenden Charakter – hoffentlich.

Die moderne Allgemein- und Familienmedizin ist immer noch unter der Geburt, die Wehen spüren wir mit der dem Vorgang angemessenen Intensität. Aufgeben ist keine Option. Die Hoffnung lebt.

## Diskussion: Der HAUSARZT als GENERALIST

Nach der Keynote von Dr. Susanne Rabady folgte eine angeregte Reflexion allgemeinärztlicher Aufgaben und Möglichkeiten durch das Publikum, hier die interessantesten Zitate daraus:

- *Der praktische Arzt ist „praktisch“, der Allgemeinmediziner ist „allgemein“.*
- *Der Hausarzt ist auch zuständig für Prävention: beim Patienten mit Schwindel sorgt er auch dafür, dass der Patient nicht stürzt.*
- *Krankheitsbilder haben oft eine Dynamik – für die Zeit gibt es keine Honorierung: AM muss priorisieren, Änderungen wahrnehmen, von Neuem priorisieren.*
- *Der AM behandelt nicht Diabetes mellitus, sondern Menschen mit Diabetes mellitus.*
- *Der AM erarbeitet mit dem Patienten ein Krankheitsverständnis.*
- *Der AM gibt Hilfe und Begleitung auf dem individuellen Weg eines Patienten, anstatt Anweisungen zu geben.*
- *Der AM hat eine eigene Form der Entscheidungsfindung, dazu gibt es Theorie.*
- *Der AM muss immer eine Lösung finden. Der Spezialist sagt: „In meinem Fachbereich ist nichts Pathologisches zu finden, auf Wiedersehen.“*
- *Welche Gründe hat es, dass wir nicht Fachärzte für Allgemeinmedizin sind?*
- *Chronische Krankheit plus Multimorbidität: Ein Generalist ist nicht durch viele Experten ersetzbar.*

### Das Redaktionsteam:

**Leitung:** Dr. Maria Wendler  
Dr. Cornelia Croy, Dr. Christoph Dachs, Dr. Barbara Degn,  
Dr. Reinhold Glehr, Dr. Susanne Rabady

### ÖGAM-Mitglieder wissen mehr!

Sie haben hohe Qualitätsansprüche und schätzen umfangreiche Information? Dann sind Sie bei uns richtig!  
Zur ÖGAM-Mitgliedschaft kommen Sie unter [www.oegam.at](http://www.oegam.at)

### Korrespondenzadresse:

ÖGAM-Sekretariat  
c/o Wiener Medizinische Akademie  
Herr Christian Linzbauer  
Alser Straße 4, 1090 Wien  
Tel.: 01/405 13 83-17  
Fax: 01/407 82 74  
[office@oegam.at](mailto:office@oegam.at)  
[office@oegam.at](mailto:office@oegam.at) • [www.oegam.at](http://www.oegam.at)

Die ÖGAM-News sind offizielle Nachrichten der Österreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin.