

Manuel Fischler

Gibt es ein Idealmodell zur Überweisungs- und Zusammenarbeitskultur zwischen Haus- und Spitalarzt?

Das Zusammenspiel zwischen Spital- und Praxisärzten garantiert bestmögliche Therapien, optimale Behandlungsergebnisse und ökonomische Effizienz. Im Zeitalter von DRG erfährt diese Schnittstelle daher zunehmende Bedeutung. Moderne Ansätze dabei sind Managed Care oder die Integrierte Versorgung. Unabhängig von der Form basiert das Idealmodell der Zukunft jedoch auf bewährten Elementen der Zusammenarbeit.

Die Einführung von DRG in der stationären Akutsomatik wird eine neue und konsequente Fokussierung auf Behandlungsprozesse bewirken. Dabei erfährt die Vor- und Nachsorge der Patienten einen neuen Stellenwert. Während bisher das Management der Schnittstellen zwischen Haus- und Spitalarzt im Zentrum stand, fokussieren Managed Care oder die Integrierte Versorgung auf das ökonomisch rentabelste, qualitativ und medizinisch beste Management der Patienten – unabhängig vom Erbringer der Dienstleistung.

Das gleiche Ziel

Die Akteure im Gesundheitswesen stehen unter wachsendem ökonomischen Druck. Gleichzeitig etabliert das im Wandel stehende System eine neue Form des Wettbewerbs, der auch die Zusammenarbeit zwischen Spital- und Hausarzt beeinflusst. Der als Koordinator agierende Grundversorger stellt die individuelle und ganzheitliche Betreuung seiner Patienten über grosse Zeiträume sicher. Seine Kollegen im Spital behandeln akute oder exazerbierte chronische Krankheiten meist kurzzeitig. Dessen ungeachtet beinhaltet eine umfassende Betreuung sowohl den somatischen Prozess als auch die psycho-sozialen Elemente. Letztere sind im DRG-System nicht vorgesehen, beeinflussen die «Soma» aber entscheidend und müssen deshalb auch im Spital Teil des Behandlungsplans sein.

Während Hausärzte künftig vermehrt über eine Vorsorgekomponente finanziert werden sollen, gilt in der Spitalwelt die Prävention noch als Fremdwort. Die angestellten Spitalmediziner richten sich zunehmend nach übergeordneten Spitalstrategien aus, Hausärzte handeln als selbständige Unternehmer unter eigener Verantwortung. Wesentlich für beide Seiten ist daher, die unterschiedlichen Ausgangslagen anzuerkennen, die damit verbundenen Bedürfnisse zu erkennen und auf diese einzugehen. Dies erfordert Vernetzung, Respekt, Vertrauen und Transparenz. Schliesslich haben beide ein gemeinsames Ziel: maximalen Nutzen für die Patienten zu generieren.

Patienten gemeinsam behandeln

Im Zentrum der Hausarzt-Zuweisungs-Beziehung stehen Abklärung, Diagnose und Betreuung gemeinsamer Patienten. Dieses Patientenmanagement strukturiert die Phasen Spitaleintritt, Hospitalisation und Austritt. Klare und umfassende Einweisungsschreiben ermöglichen den Spitalärzten, die Erwartungen des Hausarztes zu erfassen, und helfen Doppelspurigkeiten abzubauen. Die Hospitalisationsphase wiederum erfordert eine verlaufsbezogene Information des Hausarztes. Dabei ist die Orientierung – vor allem über Normabweichungen – für beide Seiten relevant. Bei polymorbiden und schwerkranken Patienten oder in Palliative-Care-Situationen muss die primäre Netzwerkaufgabe zur Geltung kommen.

Ein gutes Austrittsmanagement beinhaltet neben den dokumentarischen Elementen, Abstimmungen der Medikation, einen Behandlungs- oder gar einen Sozialplan. Jegliche Kommunikation zwischen Haus- und Spitalarzt wird in Zukunft mehr und mehr durch neue Methoden der IT unterstützt. In individuell geöffneten Klinikinformationssystemen, sogenannten Extranets, verfolgt der Hausarzt dann die Behandlung seines Patienten. Kommunizierende digitale Patienteninformationssysteme werden eine neue Art der Informationsübermittlung erlauben, welche die prozessuale und ökonomische Effizienz sowie die Patientensicherheit und die Qualität entscheidend verbessern wird.

Dialog pflegen, nicht managen

Ein weiterer Eckpfeiler in der Spitalarzt-Hausarzt-Beziehung fokussiert auf die Fortbildung. Diese ermöglicht neben dem Wissenstransfer den notwendigen interaktiven Austausch. Neuere und integrative Zusammenarbeitsmodelle, wie beispielsweise die seit einem Jahr bestehende hausärztliche Notfallpraxis im Waidspital, rücken Spital- und Hausärzte näher und vor allem partnerschaftlich zusammen. Das moderne Zuweisermanagement jedoch labelt den Grundversorger als Kunden und «managt» dessen Beziehungen zum Spital. Dabei gilt die Maxime, den Hausarzt als Gatekeeper möglichst an ein Spital zu binden. Dem gegenüber steht allerdings das Kollegialitätsprinzip, welches die Zusammenarbeit zwischen Haus- und Spitalarzt auf die gleiche Augenhöhe stellt. Beide kümmern sich mit dem gleichen Ziel um den gleichen Patienten – lediglich in einer anderen Krankheitsphase. Benötigt diese Spitalarzt-Hausarzt-Beziehung nun Management oder Abstimmung und Verfeinerung der Schnittstellen oder – zielführend ausgedrückt – der Nahtstellen?

Bekanntes umsetzen

Die «integrative Versorgung» stellt modellhaft den Patienten und seine Erkrankung ins Zentrum. Dienstleistungen zum Erhalt oder zur Wiedererlangung der Gesundheit werden somit künftig sektorenübergreifend erbracht. Dies wird folgerichtig Auswirkungen auf die Zusammenarbeitsmodelle haben – also auch auf die Spitalarzt-Hausarzt-Beziehung. Zudem wird dieses Modell Basis künftiger Finanzierungsmodelle im Gesundheitswesen werden. Ob es sich allerdings auch als Idealmodell für die Überweisungs- und Zusammenarbeitskultur erweisen wird, ist schwer abschätzbar. Erfolgversprechend sind diese Modelle jedoch nur, wenn wir die altbekannten Prinzipien wie Kollegialität, Wertschätzung und Respekt stärken und damit die Beziehung zwischen Haus- und Spitalarzt neu definieren. Zugegebenmassen ist dieser Ansatz nichts Neues. Information, Integration und Kommunikation bleiben daher Grundfesten jedes Idealmodells, unabhängig von dessen Benennung oder Ausgestaltung.

Korrespondenz:

PD Dr. med. Manuel Fischler
Chefarzt der Medizinischen Klinik
Stadtspital Waid, Tièchestrassè 99
8037 Zürich
manuel.fischler@sec.waid.zuerich.ch