

Andere Länder - andere Gesundheitssysteme

Politisches Déja vu?

Irgendwie kommt einem doch manches, was uns Hausärzten in der gesundheitspolitischen Debatte zugemutet wird, bekannt vor. Zumindest denen, die schon länger dabei sind. Ein „Déja vu“ von Prof. Dr. Joachim Szecsenyi.

■ Denken wir mal 12 bis 15 Jahre zurück. Damals ging es um die Einführung eines Klassifikationssystems für Diagnosen, die ICD-10. Dieses wurde unter dem Argument, man brauche eine einheitliche Kodierung für alle Versorgungsbereiche (Krankenhaus, Spezialist, Hausarzt), politisch durchgesetzt, auch mit Unterstützung der KVen und von Vertretern der Ärzteschaft. Frau Prof. Gisela Fischer, damals Ordinaria für Allgemeinmedizin in Hannover, warnte eindringlich davor, dass damit eine sinnvolle Abbildung der hausärztlichen Tätigkeit und des Versorgungsauftrages der Allgemeinmedizin nicht möglich ist. Sie gab auch zu bedenken, dass wichtige hausärztliche Arbeitsprinzipien wie Stufendiagnostik und abwartendes Offenlassen gefährdet sind, wenn sich Hausärzte auf das Sammeln von abrechnungsrelevanten Diagnosen konzentrieren. Zusammen mit Dr. Joachim Szecsenyi aus Göttingen ver-

suchte sie vehement, Gesundheitsministerium, KVen und Kassen davon zu überzeugen, ein einfaches, patientenbezogenes Klassifikationssystem, mit dem die gesamte Behandlungsepisode vom Beratungsanlass bis zum Beratungsergebnis beschrieben werden kann, für Hausarztpraxen einzuführen. Noch nicht einmal ein Pilotprojekt wollte man genehmigen, geschweige denn finanzieren. Das Ergebnis kennen wir alle: Die ICD-10 wurde umgesetzt, und der Wettlauf um das Sammeln von Diagnosen mit scheinbarer Genauigkeit und ohne vernünftigen Informationswert ist in vollem Gange.

Niederlande reiten vor

Ein zentraler Teil der hausärztlichen Arbeit, nämlich die Bearbeitung von Beratungsanlässen und der gesamte, oft mühsame Stufenprozess bis zur Erarbeitung des Beratungsergebnisses oder der Diagnose, wird aber unzureichend



Prof. Dr. Joachim Szecsenyi

abgebildet und demzufolge auch nicht bezahlt. Schauen wir jetzt in andere europäische Länder, so fällt auf, dass man sich insbesondere in den skandinavischen Ländern, den Niederlanden und neuerdings Belgien auf die von Frau Prof. Fischer favorisierte „International Classification of Primary Care (ICPC)“ stützt.

Gerade liegt aus den Niederlanden ein beeindruckender Sammelband mit Studienergebnissen vor, der wieder einmal die hohe Effizienz und Qualität des hausärztlichen Arbeitsansatzes und seine Bedeutung für die Gesundheit der Bevölkerung in einem geregelten Versorgungssystem zeigt¹. Dies drückt sich im Selbstbewusstsein der holländischen Hausärzte, deren gesellschaftlicher Wertschätzung, und auch deren Bezahlung aus. In Deutschland stehen wir dagegen oft noch mit leeren Händen da, wenn es darum geht, die Besonderheiten des hausärztlichen Arbeitsgebietes darzustellen und deren gute Ergebnisse zu belegen.

Analoge Entwicklungen

Ein anderes wichtiges Themenfeld wurde dagegen von den Hausärzten Anfang und Mitte der 90er Jahre positiv besetzt: Angestoßen durch Entwicklungen holländischer Hausärzte wurde das Konzept der ärztlichen Qualitätszirkel in Deutschland von der akademischen Allgemeinmedizin wesentlich mit vorangebracht und inhaltlich geprägt². Es hat erheblich zur Entlastung und zum Entstehen eines kooperativen und konstruktiven Klimas zwischen Hausärzten und zu Verbesserungen in der Patientenversorgung beigetragen und ist damit auch eine wichtige Grundlage für neue Vertragsmodelle.



Qualitätsmanagement – vielleicht mal über den Tellerrand blicken?

Inzwischen stehen wir mitten in der Umsetzung gesetzlicher Anforderungen zum Qualitätsmanagement. Auffällig ist hier wieder eine ähnliche Entwicklung wie damals schon beim ICD 10: Die KVen und Kammern (nicht ganz uneigennützig natürlich) voran, manche Industrieunternehmen hinterher, schulen und es werden dicke Handbücher gewälzt und geschrieben. Hat sich schon jemand gefragt, wie viele Arzt- und Helferinnenstunden zusammenkämen, wenn dies alle tun würden? Es müssten Millionen sein. Wer auch bei diesem Thema über den Tellerrand schaut, stellt überrascht fest, dass die europäische Hausärzteschaft sich auf einen völlig anderen Weg begeben hat. Frei nach dem Motto „erst mal schauen was los ist, dann erst Diagnose und Therapie“ wird mit einer „Stärke-Schwächen-Analyse“ der Praxis aufgezeigt, wo Veränderungsbedarf ist, und wo nicht. Nur dort, wo es Bedarf gibt, werden Dinge neu geregelt. Das spart Zeit und hilft, sich auf das Wesentliche zu kon-

zentrieren. Und das ist praxisindividuell sehr unterschiedlich. Im Rahmen dieses „Europäischen Praxisassessments (EPA)“³ wird durch Befragungen die Patienten- und Mitarbeiterperspektive mit eingebunden.

Zertifikat für Eigeninitiative

Der Besuch eines externen Visitors, der im kollegialen Gespräch mit dem gesamten Praxisteam Anregungen für die weitere Entwicklung der Praxis gibt, ist ein wichtiger Baustein für Motivation und zielgerichtetes – effizientes – Vorgehen. Anhand zahlreicher praxisrelevanter Indikatoren wird sofort, aber nur für die Praxis selbst, sichtbar, wo man im Vergleich zu anderen steht. Dann kann das Ganze – gegen eine geringe Bearbeitungsgebühr – auch noch durch eine unabhängige Institution „Stiftung Praxis-siegel“ mit einem Zertifikat versehen werden, wenn deren sinnvolle Anforderungen erfüllt sind. Interessant ist, dass dieses einfache, europäische und im Grunde sehr hausärztliche System von

Teilen der Körperschaften geradezu kreuzzugartig bekämpft und ausgegrenzt wird. Man muss sich fragen warum? Vielleicht nicht nur, weil es dort Eigeninteressen gibt. Möglicherweise auch, weil Hausärzte, die konsequent eigene Wege gehen, als Problem gesehen werden. Vielleicht auch, weil 1 000 EPA-Praxen schon eine gewaltige unabhängige Datenbasis bilden, denn sie haben im Rahmen von EPA u.a. schon mehr als 70 000 Patienten und 3 500 Ärzte und Mitarbeiterinnen befragt und Informationen über ein breites Spektrum an Indikatoren zur Verfügung, die eine dringend nötige hausärztliche Versorgungsforschung erlauben. Was wäre erst, wenn es nicht 1 000 sondern 10 000 Praxen sind?

Prof. Dr. Joachim Szecsenyi

Literatur:

- 1) Westert GP, Jabaai J, Schellevis FG: Morbidity, performance and quality in primary care. Dutch general practice on stage. Radcliffe Publishing, Oxford 2006.
- 2) Bahrs O, Gerlach FM, Andres E, Szecsenyi J (Hrsg.). Ärztliche Qualitätszirkel. Dt. Ärzteverlag, 4. Aufl. Köln 2001.
- 3) Grol R, Dautzenberg M, Brinkmann H (Ed.): Quality Management in Primary Care. European Practice assessment. Verlag Bertelsmann Stiftung 2004.