

# Betreuung von Menschen mit chronischen Krankheiten

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin  
e. V. (DEGAM) Positionspapier

## Care of Human Beings with Chronic Diseases

Sprecher und Moderation

J. Gensichen (Frankfurt), N. Donner-Banzhoff (Marburg)

Arbeitsgruppe

Die Arbeitsgruppe ist am Ende des Beitrags gelistet.

### Betreuung von Menschen mit chronischen Krankheiten



Die Betreuung von Menschen mit chronischen Krankheiten ist in den letzten Jahren als eine immer wichtigere Aufgabe unseres Gesundheitssystems erkannt worden. Aufgrund der demografischen Entwicklung, veränderter gesellschaftlicher Wertvorstellungen und Verhaltensweisen, aber auch wegen neuer Ansprüche der Menschen an die medizinische Behandlung sowie neuer medizinischer Behandlungskonzepte und -technologien wird das Thema weiter an Brisanz gewinnen (s. Kap. 1.1 Epidemiologie und Versorgungsbedarf).

Die Problematik verlangt nach Antworten auf der Ebene der individuellen ärztlichen Kompetenz, der Gestaltung des Gesundheitssystems, von der einzelnen Praxis bis hin zu gesetzlichen Regelungen, aber auch in der medizinischen Lehre (Aus-, Weiter- und Fortbildung) und der Wissenschaft.

Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM) will mit dieser Stellungnahme zur Betreuung von Menschen mit chronischen Krankheiten<sup>1</sup> eine Gestaltungsperspektive für Hausärzte<sup>2</sup>, für die Systemebene sowie für Forschung und Lehre geben und so ak-

tiv zur Verbesserung der Patientenversorgung beitragen.

### Offenheit und Integration



Hausärzte behandeln Patienten mit chronischen Erkrankungen in sehr unterschiedlichen Situationen: Wenn sie einen Patienten mit Hypertonie, der sich wegen einer Erkältung in der Praxis vorstellt, bei dieser Gelegenheit nach seinen häuslichen Messwerten und der Medikamenteneinnahme fragen; wenn sie im Notdienst einen Patienten mit Asthma bronchiale nicht nur mit Notfallmedikation versorgen, sondern ihm auch dabei helfen, seine Inhalationstechnik für Dosieraerosole zu verbessern; wenn sie der Ehefrau eines Patienten mit Demenz Gelegenheit zur Aussprache geben; wenn sie beim Hausbesuch eine bettlägerige Patientin auf Wundliegen untersuchen; wie auch bei der regelmäßigen Untersuchung eines Patienten mit Typ 2 Diabetes z. B. im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogramms.

Dabei zeichnet sich die Behandlung in der Allgemeinpraxis durch ihre Offenheit aus: unabhängig von gesellschaftlicher Stellung, von Geschlecht, Alter, ethnischer Zugehörigkeit, unabhängig von – oft riskanten – Verhaltensweisen und Einstellungen, Gesundheits-Überzeugungen und von formalen Zugangskriterien (z. B. für DMPs) werden Patienten mit chronischen Erkrankungen betreut.

Viele dieser Erkrankungen und Probleme sind mit einem Stigma behaftet: Suchterkrankungen, Somatisierungsstörungen, Depression, Demenz,

<sup>2</sup>Begriff „Hausarzt“: Soweit von „Hausärzten“ gesprochen wird, sind in der Regel Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte und hausärztlich tätige Internisten gemeint. Geschlechtsformen: Aus Gründen der Lesbarkeit wird in der Regel auf die getrennte Erwähnung beider Geschlechter verzichtet.

#### Commissioned article

#### Bibliografie

DOI 10.1055/s-2007-985156  
Online-Publikation: 23.08.2007  
Z Allg Med 2007; 83: 316–320  
© Georg Thieme Verlag KG  
Stuttgart · New York  
ISSN 1433-6251

#### Korrespondenzadresse

**Dr. med. Dipl. Päd.**  
**Jochen Gensichen, MPH**  
Institut für Allgemeinmedizin  
Johann Wolfgang Goethe-  
Universität  
Theodor-Stern-Kai 7  
60590 Frankfurt  
gensichen@allgemeinmedizin.  
uni-frankfurt.de

<sup>1</sup>Die Stellungnahme wurde von einer Expertengruppe der Fachgesellschaft entworfen und im Rahmen der Mitgliederversammlung der DEGAM 2006, des DEGAM-Listenservers und mit einzelnen DEGAM-Mitgliedern per Email diskutiert und vom DEGAM-Präsidium am 3. Juli 2007 verabschiedet. Wir danken den Kolleginnen und Kollegen, die sich in diesem Prozess engagiert haben. Die Stellungnahme besteht aus dem Positionspapier und zusätzlichen wissenschaftlichen Hintergrundbeiträgen/-kapiteln, auf die Bezug genommen wird. Diese können in ihrer aktuellen Fassung nachgelesen werden unter [www.degam.de](http://www.degam.de) oder [http://www.allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de/forschung/cc\\_einleitung/chroniker.htm](http://www.allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de/forschung/cc_einleitung/chroniker.htm). Die Hintergrundbeiträge werden von den jeweiligen Autoren verantwortet.

Epilepsie und andere Erkrankungen des Nervensystems, aber auch Alter (s. Kap. 1.8 Alter) und Adipositas. Patienten mit chronischen Krankheiten sind im üblichen Sinne oft „leistungsgehindert“, sie sind vom Verlust des Selbstwertgefühls, von Armut und Ausgrenzung bedroht. Einzelne Hausärzte können natürlich nur in engen Grenzen auf diese gesellschaftlichen Gegebenheiten einwirken; im Rahmen ihrer sozialen Integrationsfunktion versuchen sie jedoch, für betroffene Patienten die familiäre, berufliche und weitere soziale Integration zu verbessern.

### Definition: chronische Krankheit



Unter chronischen Krankheiten verstehen wir Störungen, die dauerhafte bzw. wiederkehrende Beschwerden, Behinderungen oder andere Einschränkungen des Wohlbefindens verursachen. Außerdem fassen wir medizinische Zustände darunter, die aktuell zwar keine subjektive Beeinträchtigung verursachen, die wir aber in der Praxis wirksam medizinisch behandeln können wie z. B. die Hypertonie. Da chronische Krankheiten den Betroffenen nicht in seiner ganzen Person bestimmen (sollen), ist grundsätzlich von „Menschen mit chronischen Krankheiten“ zu sprechen (s. Kap. 1.2 Betreuungsdimensionen und Verläufe).

Der Übergang von „Krankheit“ und „Gesundheit“ ist fließend. Tatsächlich präsentieren Patienten ein Kontinuum von vollständigem Wohlbefinden bis hin zu schwersten Einschränkungen und/oder Beschwerden. Von dieser subjektiven Ebene (Kranksein = illness) ist wiederum das Spektrum objektiver Störungen zu unterscheiden (Krankheit = disease), das von minimalen (z. B. diätetisch erfolgreich behandelter Diabetes mellitus Typ 2) bis zu schwersten Abweichungen reicht. Die Beziehung zwischen beiden Ebenen ist komplex, schwere Störungen führen mitunter nur zu geringer subjektiver Beeinträchtigung und umgekehrt. Die Behandlung der so Betroffenen darf sich jedenfalls nicht auf die Verbesserung biologischer, „objektiver“ Größen beschränken, sondern muss auch das subjektive Krankheits-Erleben und -Verarbeiten berücksichtigen (s. Kap. 2.2 Subjektive Aspekte).

Vor dem Hintergrund der alltäglichen Versorgungspraxis wie auch der aktuellen wissenschaftlichen Diskussion gehen wir davon aus, dass bei den verschiedenen als „chronisch“ definierten Erkrankungen viele Gemeinsamkeiten bestehen und zwar in Bezug auf die zu bewältigenden Probleme und Komplikationen wie auch die Lösungen von Seiten des Patienten und des Hausarztes. Diese Tatsache und das oft gleichzeitige Vorkommen mehrerer Erkrankungen (Multimorbidität) relativieren die Bedeutung der einzelnen Diagnosen gegenüber einer funktionellen Betrachtung.

### Eine Idealvorstellung



In Form von nationalen und internationalen Forschungsergebnissen der Allgemeinmedizin wie auch anderer Fächer sowie der täglichen Praxiserfahrung der Hausärzte stehen uns umfassende Informationen zur Verfügung. Im Folgenden fügen wir diese Bausteine zu einer Idealvorstellung für die Behandlung von Menschen mit chronischen Erkrankungen zusammen. Im Umgang mit dem individuellen Patienten, bei der Organisation unserer Praxen, bei der wissenschaftlichen Entwicklung und Evaluation von Versorgungselementen, in Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie bei der politischen Gestaltung der Rahmenbedingungen im Gesundheitssystem wirken wir darauf hin, dass sich

die Versorgungsrealität in Richtung dieser Vorstellung entwickelt.

### Beziehungsdimension

Die Betreuung von Menschen mit chronischen Krankheiten ist in unserer Vorstellung eingebettet in eine Langzeit-Beziehung des Patienten mit seinem Hausarzt und dem Praxisteam (s. Kap. 1.4 Aufgaben, Arbeitsweise und Position des Allgemeinarztes; 2.1 Akteure; 2.7 Arzt-Patient-Beziehung). Diese Beziehung ist gekennzeichnet durch:

- ▶ **Kontinuität:** Der Hausarzt und das Praxisteam sind langfristig und episodenerübergreifend Ansprechpartner für gesundheitliche Probleme, idealerweise auch für Partner bzw. die Familie,
- ▶ **Breite:** Es werden biomedizinisch definierte Beschwerden ebenso wie die psychische und soziale Dimension thematisiert,
- ▶ **Individualität:** Die Vorstellungen, Befürchtungen und Erwartungen des Patienten werden bei der gemeinsamen Entwicklung eines Behandlungsplans berücksichtigt.

Menschen reagieren sehr unterschiedlich auf Erkrankungen, sie haben vielfältige Einstellungen, Potentiale und Strategien zur Bewältigung der Krankheit. Der Hausarzt versucht, ein Verständnis für die subjektive Sicht des Patienten zu entwickeln; er reflektiert gemeinsam mit dem Patienten, wie dessen Wertvorstellungen, emotionale und soziale Bedürfnisse, materielle Situation und medizinische Gesichtspunkte in Einklang gebracht werden können (s. Kap. 2.2, Subjektive Aspekte).

Dabei findet die Familie bzw. das weitere soziale Umfeld Berücksichtigung; Umgangsweisen mit Beschwerden und Erkrankungen werden nicht zuletzt familiär vermittelt. Die Familie ist pathogener Faktor und salutogene Ressource zugleich.

Die lang andauernde, auch emotional bestimmte Beziehung von Patient und Hausarzt ist eine Chance, die emotionalen Aspekte des Krankseins zu bearbeiten; dies ist eine wichtige Ergänzung zu biomedizinischen Behandlungen und kognitiv orientierter Information.

### Kompetenter Patient

Während Ärzte und andere Gesundheitsprofessionen über objektive Expertise in Bezug auf die Krankheit verfügen, sind die Patienten Experten ihres Krankseins; sie empfinden und beurteilen letztlich die Art und das Ausmaß ihrer Beeinträchtigung, die weiteren Auswirkungen auf Psyche und Umgebung, aber auch die Wirkungen und Nebenwirkungen von Behandlungen, die Bedeutung gesunder Anteile und salutogener Ressourcen. Das Gespräch von Patient und Hausarzt bzw. den Angehörigen des Praxisteams dient dazu, diese Sichtweisen zu verstehen und zu integrieren. Entsprechend eines Grundzugs unseres Sozialsystems, des Subsidiaritätsprinzips, gehen wir davon aus, dass eine Behandlung vom oder möglichst nahe am Patienten erbracht werden soll. Nur wenn seine Kapazität bzw. die seiner Familie oder seines Umfeldes nicht ausreichen, ist professionelle Hilfe erforderlich. Dafür kann sich die gemeindenahе hausärztliche Praxis anbieten. Diese wird wiederum bei besonders schwierigen bzw. spezifische Kompetenz erfordernden Problemen andere Leistungserbringer einbeziehen (ambulanter Spezialist, Krankenhäuser verschiedener Versorgungsstufen, ambulante Pflege, Physio-, Ergotherapie usw.). Ein solches System unterstützt die Autonomie und die Kompetenz des Patienten und seines Umfeldes; es reduziert die Gefahr nicht gerechtfertigter Medikalisierung (s. Kap. 1.3 Chronifizierung; 2.1 Akteure).

Die Fähigkeiten und die Motivation, Informationen zu verarbeiten und sich in Entscheidungen einzubringen, sind bei unseren Patienten unterschiedlich ausgeprägt. Neben grundsätzlichen persönlichen Möglichkeiten oder Präferenzen – begründet in Biografie, Familie, kulturellem Hintergrund usw. – spielen situative Faktoren eine Rolle, z. B. eine Regression im Moment einer akuten Krise. Darauf müssen Hausärzte entsprechend situationsgerecht eingehen. Allerdings bemühen wir uns darum, eine Beteiligung des Patienten an Entscheidungen so weit wie möglich zu fördern (s. Kap. 2.3 Partizipative Entscheidungsfindung). Patienten entscheiden, in welchem Ausmaß und in welcher Weise sie sich ihrer Krankheit stellen. Das bedeutet auch, dass sie in ihrem Leben Prioritäten setzen oder sich in Umständen wiederfinden, welche zur Folge haben, dass sie medizinisch-therapeutische Angebote nicht oder nur teilweise annehmen. Kompetenz auf Seiten des Patienten kann durch „objektive“ Informationen auf der Basis klinischer Studien weiterentwickelt werden (z. B. absolute Reduktion von Krankheitsereignissen durch Therapie, NNT=Number Needed to Treat). Dem dienen u. a. Leitlinien; diese sind nicht nur eine Hilfe für das medizinische Personal, sondern auch für den Patienten. Zunehmend wird in Patientenversionen dargelegt, welche diagnostischen, therapeutischen und präventiven Optionen bestehen. Damit stellt die evidenzbasierte Medizin eine notwendige Voraussetzung für die Einbeziehung von Patienten dar, denn die dafür erforderlichen validen Informationen können nur aus hochwertigen klinischen Studien kommen. Auch Patientenschulungen müssen unter der Prämisse stehen, dass die Expertenschaft und die Ressourcen des Patienten respektiert werden. Dazu bieten Verfahren motivierender Gesprächsführung oder unterstütztes Selbstmanagement eine konkrete Hilfe (s. Kap. 2.4 Beratung und Schulung).

### Gemeinsam bestimmtes Vorgehen

Dem Expertenstatus des Patienten entspricht ein Behandlungsplan, der von Hausarzt und Patient gemeinsam erstellt wird. Voraussetzung ist eine Verständigung über krankmachende und schützende Faktoren (Krankheitskonzepte), wobei dies auch das Aushalten unterschiedlicher Ansichten beinhaltet. Ziel ist die gemeinsame Einigung auf ein Vorgehen, das von beiden Partnern verstanden, akzeptiert und getragen wird (Konkordanz). Zwar wird die regelmäßige Konsultation standardisierte Elemente enthalten (z. B. evaluierte Gesprächs- und Erhebungshilfen); sie sollte jedoch in Bezug auf Inhalte und Rhythmus so weit wie möglich auf den einzelnen Patienten zugeschnitten sein. Das „Arbeitsbündnis“ von Patient, Arzt und Praxisteam ist ein wesentliches Element der Betreuung; dazu gehört auch eine gemeinsame Vereinbarung über Behandlungsziele, die sich auf physiologische Messwerte, verhaltensbezogene Risikofaktoren, emotionale und kognitive Bewältigungsstrategien beziehen kann. Dabei behalten wir als Hausärzte den instrumentellen Charakter dieser Ziele im Auge; sie dienen letztlich dazu, dem Patienten ein erfülltes Leben zu ermöglichen. Ein solches gemeinsames Vorgehen ist eine wichtige Grundlage dafür, dass Behandlungsziele erreicht werden.

### Zeitdimension reaktiv und proaktiv

Unregelmäßige Praxiskontakte, die aufgrund von Beschwerden oder akuten Gesundheitsstörungen des Patienten ausgelöst werden, dürfen bei chronischen Problemen nicht die einzige Form der Betreuung darstellen. Das rechtzeitige Erkennen von Komplikationen, das Monitoring von physiologischen Werten

und gesundheitlich relevanten Verhaltensweisen, die Besprechung von Sorgen, Vorstellungen, emotionalen und sozialen Einschränkungen, die Vermittlung von Wissen, die Abwägung von therapeutischen Möglichkeiten und die grundsätzliche Bilanz der Krankheit sowie ihrer Behandlung erfordern neben reaktiven, d. h. durch Beschwerden ausgelösten, auch proaktive geplante regelmäßige Kontakte. Die vorausschauende Perspektive ist sowohl im ärztlichen Denken als auch im konkreten Handeln für Patienten mit chronisch-langzeitigen Erkrankungen besonders wichtig (s. Kap. 1.5 Chronic Care Modell, 2.5 Monitoring). Eine gute Dokumentation der Ergebnisse unterstützt diese langfristige Perspektive. Sie hilft, individuellen Fortschritt zu erfassen sowie die Qualität der eigenen Betreuung zu reflektieren und nach außen zu demonstrieren. Allerdings müssen für zahlreiche der o. g. Aspekte (z. B. emotionale Reaktion, psychosoziale Situation, Bewältigungsstrategien) geeignete Erhebungs- und Dokumentationshilfen erst entwickelt und verbreitet werden.

### Ärztliche Reflexion

Auch bei einer grundsätzlich positiven Einstellung zur Betreuung chronisch Kranker können Hausärzte Enttäuschung, Erschöpfung, Wut bzw. verschiedene Phänomene der Gegenübertragung erleben. Das Bemühen um ein optimales Management (Organisation) und die Entwicklung kommunikativer Fähigkeiten müssen deshalb um eine Selbstreflexion ergänzt werden, die auch die emotionalen Reaktionen des Hausarztes mit einbezieht; diese Reflexion geschieht exemplarisch in Balintgruppen. Eine solche Einstellung ist auch deshalb von besonderer Bedeutung, weil wir für unsere Patienten eine Vorbildrolle in Bezug auf den Umgang mit gesundheitlichen Problemen haben („apostolische Funktion“ nach Balint).

Die Auswertung eigener Versorgungsdaten (Einhalten von Terminen, Diskrepanz von diagnostischen Maßnahmen bzw. Interventionen vom Behandlungsplan) ist eine weitere Möglichkeit für das Team der Hausarztpraxis, das eigene Handeln kritisch zu reflektieren und zu verbessern (Organisationslernen). Dies kann durch Praxisbesuche (Peers) im Rahmen eines Qualitätsmanagement-Programms oder durch Qualitätszirkel unterstützt werden.

### Organisatorischer Rahmen – Arbeitsteilung

Patienten mit chronischen Krankheiten werden vom Team der hausärztlichen Praxis betreut, zu dem Arzt und medizinische Fachangestellte mit ihren spezifischen Aufgaben gehören. Im Rahmen der hausärztlichen Koordinationsfunktion wird ein weiteres Netzwerk von u. a. Fachärzten, Physio- und Ergotherapeuten, Pflege- und stationären Einrichtungen (Akut- und Rehabilitations-Bereich) einbezogen. Interdisziplinäre Leitlinien und Behandlungspfade sind eine Möglichkeit, die verschiedenen Akteure, deren Kompetenzen und Aufgaben in einem überzeugenden und einheitlichen Behandlungskonzept zu integrieren (s. Kap. 2.1 Akteure).

Im Rahmen einer kontinuierlichen, proaktiven und individualisierten Betreuung erhält das gesamte Praxisteam neue Aufgaben. Arzthelferinnen/medizinische Fachangestellte erfüllen in enger Zusammenarbeit mit dem Hausarzt wesentliche Funktionen bei der Umsetzung von Therapiezielen (Patientenberatung, Case Management) und Datenerhebung.

Bei häufigen Erkrankungen liegt die direkte Behandlung und Koordination sinnvollerweise in den Händen des Hausarztes. Gerade bei seltenen Erkrankungen verlagert sich diese Funktion oft in die Hand des Spezialisten.

## Politische Rahmenbedingungen

Die Qualität der Versorgung von Menschen mit chronischen Krankheiten wird von den Systembedingungen mitbestimmt. Aus unserer Sicht ist ein hausärztliches Honorierungssystem auf der Basis einer Einschreibepauschale am ehesten geeignet, Fehlversorgung zu verringern und eine Konzentration auf die Versorgung von Menschen mit chronischen Krankheiten zu erlauben. Ein Zuwachs an Struktur- und Prozessqualität im Sinne dieser Stellungnahme (z.B. Qualifikation des Praxisteam, Recall-Systeme, geeignete Dokumentation) sollte mit entsprechenden Anreizen versehen sein, z. B. in Form modifizierter Pauschalen. Bevor allerdings die Umsetzung der hier dargelegten Behandlungsgrundsätze mit Hilfe von Ergebnis-Anreizen (sog. pay-for-performance) gefördert wird, sollten die Erfahrungen mit solchen Vergütungsmechanismen in anderen Gesundheitssystem (UK, US-Managed Care) abgewartet werden.

Die derzeitigen Systeme der integrierten Versorgung (IV) in Deutschland sind technologie- oder erkrankungsspezifisch definiert, die hausärztliche Ebene spielt hier meist noch eine nachrangige Rolle. Dem stehen andere Systeme gegenüber, in denen von der primärärztlichen Versorgungsebene ausgegangen wird und die Sekundär- und Tertiärversorgung entsprechend nur im Sinne eines Bevölkerungsbedarfs bereitgestellt wird (z. B. in Organisation der Primärversorgung Großbritanniens, in Managed Care-Organisationen der USA). In solchen Systemen kommt das o.g. Subsidiaritätsprinzip zur Geltung, nach dem die erforderliche Leistung jeweils auf der „niedrigsten“, d. h. patientennächsten, und kostengünstigsten Versorgungsebene erbracht bzw. in Anspruch genommen werden soll („gestufte“ Inanspruchnahme). Wir unterstützen Veränderungen, welche die Koordinationsfunktion des Hausarztes und die Kontinuität der Betreuung aus seiner Hand unterstützen; dazu gehören Gatekeeper-Systeme (z. B. die gesetzlich vorgesehenen Hausarzttarife in der GKV).

Wir erkennen an, dass die Etablierung von strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP) für Patienten mit chronischen Krankheiten ohne die Verbindung mit dem Risikostrukturausgleich der Krankenkassen nicht erfolgt wäre. In Zukunft sollten diese Programme jedoch mehr unter dem Primat medizinischer Versorgung als dem der Systemfinanzierung weiterentwickelt werden. Dazu müssen gerade Hausärzte ihr Schwanken zwischen lautstarker Verweigerung und passiver Duldung aufgeben zugunsten einer aktiv gestaltenden Rolle im politischen Prozess.

## Konsequenzen für Wissenschaft und Lehre

Die aktuellen Vorstellungen zur Betreuung von Menschen mit chronischen Krankheiten können an zahlreiche Traditionen und Denkweisen in der Allgemeinmedizin anknüpfen. Beispiele sind hier: Reflexionen zur Arzt-Patient-Beziehung (u. a. nach Balint) und Prinzipien der patientenzentrierten Medizin (u. a. motivierende Gesundheitsberatung oder partizipative Entscheidungsfindung/Shared Decision Making), aber auch Erfahrungen mit der psychosomatischen Grundversorgung und mit unterschiedlichen Versorgungsmodellen (u. a. Managed-Care). Neben unseren allgemeinmedizinischen Universitätsabteilungen bearbeiten zahlreiche Gruppen aus benachbarten Disziplinen der Medizin, u. a. der Psychologie, den Sozial- und Kulturwissenschaften,

Fragestellungen, die für die hausärztliche Versorgung fruchtbar sind.

Von zentraler Bedeutung sind allerdings die Erfahrungen und das Praxiswissen der Hausärzte. Eine wissenschaftliche Allgemeinmedizin zielt auf die Formulierung und Weiterentwicklung dieses Wissens und stellt bei der Evaluation von Innovationen die Erfahrungen der beteiligten Hausärzte in den Mittelpunkt. In laufenden Forschungsprojekten der Abteilungen für Allgemeinmedizin werden Elemente einer Betreuung im Sinne dieser Stellungnahme entwickelt und/oder erprobt. Diese beziehen sich u. a. auf Krankheitskonzepte und die Beziehung zwischen Patient, Hausarzt und Praxisteam, auf die partizipative Entscheidungsfindung, das Case Management, die motivierende Beratung sowie die Entwicklung und Implementierung von Leitlinien (s. Kap. 2.6 Wissenstransfer).

Die im folgenden genannten Schwerpunkte künftiger Arbeit gelten der systematischen Erfassung des Wissensstandes, der Entwicklung neuer Erkenntnisse, Verfahren und Technologien, deren Erprobung in wissenschaftlichen Studien und schließlich ihre Verbreitung (Implementierung) in der Hausärzteschaft. Allgemeinmedizinische Universitätsabteilungen sind besonders geeignet, diese Aufgaben zu erfüllen:

- ▶ die Erhebung von Versorgungs-Situationen, -Bedürfnissen, -Bedarf, -Mängeln und -Barrieren in Bezug auf Menschen mit chronischen Erkrankungen,
- ▶ die Untersuchung von Langzeitverläufen einschließlich wirksamer Determinanten und prognostischer Indikatoren,
- ▶ die Entwicklung und Evaluation von patientenzentrierten Erhebungs- und Dokumentationshilfen,
- ▶ die Entwicklung, Evaluation und Verbreitung von Elementen der Aus-, Weiter- und Fortbildung, welche die Beziehungsfähigkeit, die kommunikative Kompetenz und die Fähigkeit zur psychosozialen Grundversorgung von Hausärzten zu optimieren helfen,
- ▶ die Entwicklung und Erprobung von organisatorischen Konzepten und Fortbildungseinheiten für das Praxisteam,
- ▶ die Optimierung von Patientenschulungen in der allgemeinärztlichen Praxis, mit der entsprechenden Erprobung und Evaluation,
- ▶ die Entwicklung, Evaluation und Verbreitung von Entscheidungshilfen, die eine Einbeziehung von Patienten erleichtern,
- ▶ die Weiterführung des DEGAM-Leitlinien-Verfahrens und die Beteiligung an sektorenübergreifenden Leitlinien-Initiativen, v. a. den Nationalen Versorgungsleitlinien,
- ▶ die Entwicklung von Konzepten der gemeinsamen Betreuung (z. B. Hausarzt/ Spezialist/ ambulante Pflege/ Psychotherapie) auf regionalen bzw. lokalen Ebenen (in Analogie zu klinischen Behandlungspfaden),
- ▶ die Entwicklung von Informationssystemen, welche dem Hausarzt die Routedokumentation, die systematische Erfassung seines Versorgungshandelns, den Austausch mit anderen Leistungserbringern und die angemessene Präsentation medizinischer Informationen (z. B. Entscheidungshilfen) ermöglichen.

Mittelfristig streben wir die Entwicklung eines DEGAM-Betreuungsprogramms „Menschen mit chronischen Krankheiten“ an, das ganz oder in Einzelelementen zur Verbesserung der Regelversorgung beitragen soll.

## Arbeitsgruppe

▼  
Sprecher und Moderation: Norbert Donner-Banzhoff (Marburg), Jochen Gensichen (Frankfurt)

Attila Altiner (Düsseldorf), Ottomar Bahrs (Hannover), Annette Becker (Marburg), Martin Beyer (Frankfurt), Martin Butzlaff (Witten/Herdecke), Ferdinand M Gerlach (Frankfurt), Stefan Hensler (Frankfurt), Eva Hummers-Pradier (Hannover), Ulrike

Junius-Walker (Hannover), Claudia Küver (Hamburg), Sabine Ludt (Heidelberg), Wilhelm Niebling (Freiburg), Isabelle Otterbach (Frankfurt), Thomas Rosemann (Heidelberg), Gernot Rüter (Benningen), Martin Scherer (Goettingen), Jürgen in der Schmitzen (Düsseldorf), Antonius Schneider (Heidelberg), Andreas Sonnichsen (Salzburg), Joachim Szeccsenyi (Heidelberg), Gudrun Theile (Hannover), Horst Christian Vollmar (Witten/Herdecke), Stefan Wilm (Düsseldorf).

## Buchbesprechung

### Datenschutz in der Arztpraxis

Ein Leitfaden für den Umgang mit Patientendaten

Höpken/Neumann

Datakontext-Fachverlag GmbH, Frechen-Königsdorf

1. Auflage 2007, 90 Seiten, broschiert 29,80 €

ISBN 978-3-89577-435-5

Die gesetzliche Krankenversicherung verlangt Auskunft über einen Patienten. Sind Sie sich völlig sicher, was sie zu tun haben?

Müssen Sie für Ihre Praxis einen Datenschutzbeauftragten bestellen? Wer kommt für diese Aufgabe in Frage und was sind seine Pflichten?

Kann man E-Mails mit Patientendaten vor unbefugten Mitlesern im Internet verbergen?

Die Antwort auf diese Fragen und zahlreiche weitere Informationen rund um das Thema „Datenschutz in der Arztpraxis“ (Datakontext Fachverlag, Frechen 2007) haben die Autoren Höpken und Neumann in dem gleichnamigen Leitfaden in anschaulicher und leicht verständlicher Weise aufgearbeitet.

Nach einer kurzen Einleitung, in der die Grundlagen des Datenschutzes, Begrifflichkeiten und gesetzliche Grundlagen erläutert werden, gibt der Leitfaden konkrete Tipps zu Problemen, wie sie im täglichen Praxisablauf auftauchen. Insbesondere Praxen, die nach den neuen gesetzlichen Bestimmungen noch keinen Datenschutzbeauftragten zu bestellen haben, dürften von der Lektüre profitieren. So erhalten Praxisinhaber wie Medizinische Fachangestellte einen übersichtlichen Einstieg in eine Materie, die auch vor dem Hintergrund qualitätssichernder Maßnahmen zunehmend an Bedeutung gewinnt.

*Dr. Klaus Böhme, Freiburg*