

Abholz HH. Faszination der Organisationsstruktur – Gefahr für die Versorgten. Z Allg Med 2009; 85: 302–303

Leserbrief von Prof. Dr. Hendrik van den Bussche und Dr. med. Norbert Lübke

Wessen Faszination? Welche Gefahr?

Wir haben im Juni- und Juli-Heft versucht, eine Bilanz der aktuellen Lage der ärztlichen Versorgung von Bewohnern von Pflegeheimen zu erstellen und uns – unter Hinzuziehung von Ansätzen im benachbarten Ausland – Gedanken gemacht, wie die ärztliche Versorgung im Allgemeinen und die hausärztliche Versorgung dieser Menschen in Deutschland im Besonderen verbessert werden könnte.

Diesen Gedanken gegenüber ist Abholz „skeptisch“. Uns Autoren unterstellt er eine „Faszination“ gegenüber Organisationsmodellen, bei denen der „Behandlungsanspruch des Patienten auf der Strecke bleiben wird“. Eine solche „feindliche“ Gegenüberstellung – hier die Organisation der Versorgung, dort die Bedürfnisse des Patienten – scheint aus seiner Sicht nicht begründungsbedürftig, ihm reicht seine „Befürchtung“. Für Abholz scheint der Patient grundsätzlich am besten versorgt, wenn seine Behandlung in den Händen seines langjährigen Hausarztes liegt. Abholz unterstellt, dass der Wert der personalen Kontinuität wichtiger sein kann als eine „fachlich hoch-kompetente Versorgung“. An anderer Stelle seines Kommentars wiederholt er, ältere Patienten „nehmen dafür Unvollkommenheit (der hausärztlichen Versorgung) ganz oft in Kauf“. Das wirft mehrere Fragen auf: Wie würden die alten Menschen denn entscheiden, wenn ihnen diese „Unvollkommenheit der niedrig-kompetenten Versorgung“ deutlich wäre? Woher hat Abholz seine Sicherheiten? Ist das je untersucht worden? Was ist, wenn sich Unvollkommenheit mit räumlicher und zeitlicher Nicht-Erreichbarkeit paart?

Um es klar zu sagen, auch wir sind Fans hoher Versorgungskontinuität. Gerade für die Versorgung geriatrischer Patienten ist dies in der Tat ein eigenständiger Qualitätsindikator. Wir sind auch sehr dafür, dass Patienten ihren Hausarzt frei wählen können. Alle beschriebenen Modelle aus dem In- und Ausland haben diesbezüglich auch den Anspruch, eine

größere Kontinuität der Versorgung zu gewährleisten, gerade wenn diese unter den Bedingungen einer „usual care“ eben nicht (mehr) optimal gewährleistet ist. Kontinuität heißt aber zum Beispiel auch Erreichbarkeit, heißt zum Beispiel auch Versorgung – soweit irgend möglich – nicht durch viele verschiedene Spezialisten, sondern aus einer Hand, um nur zwei Dimensionen zu nennen. Insofern ist die Abholz'sche Dichotomisierung der Interessen – hier Organisation, dort Patient – für uns nicht nachvollziehbar und nicht (mehr) zeitgemäß.

Missverstanden hat uns Abholz offenbar, wenn es um die konkreten Organisationskonzepte geht. Zunächst gibt es nicht „den Vorschlag (der Autoren)“ wie Abholz behauptet. Dafür hat Abholz aber dezidierte Präferenzen, die bemerkenswerterweise aber nicht primär von den Bedürfnissen der Patienten ausgehen, sondern eher von sehr vordergründigen Interessen der Ärzte, so z. B. von der Sorge vor dem „Abwerben“ von Patienten durch Kollegen, vor „Druck ausüben“ Heimen, vor Konkurrenz zwischen solchen und solchen (hier qualifizierte und weniger qualifizierte) Hausärzten – salopp ausgedrückt also vom alltäglichen Hickhack im Gesundheitswesen. Das mag populär sein, ein hinreichendes Kriterium für die Gestaltung von Versorgung ist das nicht.

Und dann stellt sich die Frage, wie weit die von Abholz angeführte Unvollkommenheit, der „Verzicht auf ein Optimum an Medizin“ denn gehen darf, sowohl für den Bewohner selbst als auch – in einem solidarisch finanzierten Gesundheitssystem – für die Solidargemeinschaft? Hier unterscheiden wir uns offenkundig von der Abholz'schen Position. Dabei geht es uns übrigens auch nach dem für die Gesetzliche Krankenversicherung geltenden Wirtschaftlichkeitsgebot gar nicht um eine „optimale“, aber doch um eine „ausreichende“ Versorgung. Unter diesem Aspekt muss auch in der Versorgung von Pflegeheimbewohnern die Frage nach der Qualität gestellt werden. Es ist nicht einzusehen, warum in immer mehr Versorgungsbereichen Qualitätsstandards für sinnvoll und notwendig erachtet, Indikatoren gebildet und geprüft, Qualifikationsnachweise

gefordert werden, der schwierige Bereich der Versorgung von Pflegeheimpatienten davon aber komplett ausgenommen bleiben soll. Wir haben uns, was die Umsetzung dieser Qualitätssicherung angeht, an die bestehenden Prinzipien und Institutionen, die unser deutsches Gesundheitssystem hierfür vorsieht, gehalten und diese Aufgabe dementsprechend bei der Kassenärztlichen Vereinigung – immerhin einem Organ der ärztlichen Selbstverwaltung – angesiedelt. Wir halten den Weg über den Nachweis einer bestimmten Mindestqualifikation für diese Versorgungsaufgabe für notwendig.

Wichtig ist allerdings, dass eine entsprechende Qualifikation natürlich auch für bereits praktizierende Hausärzte erreichbar sein muss! Insofern wären entsprechende Anforderungen hinsichtlich ihres Umfangs mit Augenmaß und ggf. auch stufenweisem Ausbau festzulegen. Dies könnte beispielsweise in Kooperation mit den geriatrischen Fachgesellschaften geschehen, die derzeit ein modulares geriatrisches Basiscurriculum entwickeln, das eine entsprechende Fortbildung in einem Bausteinsystem nach individuellen zeitlichen Ressourcen und Schwerpunkten der Hausärzte ermöglicht.

Wir sind sicher, dass die Frage der Qualität der heimärztlichen Versorgung in den nächsten Jahren an der Tagesordnung sein wird und wir finden das wichtig und richtig.

Und à propos: Die belgischen, niederländischen und französischen Hausärzte waren und sind ebenfalls nicht untätig in der Vertretung ihrer Interessen. Dennoch scheint sich dort die Überzeugung durchgesetzt zu haben, dass es in der Heimversorgung nicht wie bisher weitergehen kann.

*Hendrik van den Bussche
und Norbert Lübke*

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Hendrik van den Bussche
Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistr. 52
20246 Hamburg
E-Mail: bussche@uke.uni-hamburg.de