

form follows function



Die Relevanz von Betreuungskoordination und Kontinuität für Versorgungs- und Behandlungsqualität ist in der Literatur gut belegt. Dass sie auch Kosten senken kann, zeigt ein Vergleich der Versorgungskosten für hausärztlich koordinierte vs. ungesteuerte Patienten in diesem Heft.

Die Ausrollung hausarztzentrierter Versorgungsmodelle lässt sich dennoch bescheiden an. In Österreich hätten sie als Muster

für eine Umstrukturierung dienen können. Österreichische Hausärzte sehnen sich seit langem nach vereinfachten Möglichkeiten zur Schaffung flexibler, gestaltbarer Zusammenarbeitsformen, genauso wie nach einer den Kompetenzen der Hausarztmedizin entsprechenden Systemstellung. Nun befindet sich nach langer Wehentätigkeit das „Gesetz zur Umsetzung der Gesundheitsreform“ in der Phase der Beschlussfassung. Dieses begnügt sich jedoch, statt die dringend nötige Reform des Gesamtsystems anzustreben, mit der ziemlich eng gefassten Definition einiger Versorgungsformen („PVEs“), die künftig als „Primärversorgung“ gelten dürfen und zwar exklusiv: Alle anderen, auch bereits existierende, primärversorgende Organisationsformen, sind nicht primärversorgend im Sinne dieses Gesetzes und daher vom Reformwillen (vorläufig?) ausgeschlossen. Wo und welche als PVEs definierten Strukturen entstehen werden/dürfen, wird in einem Strukturplan durch Länder und Versicherungen festgelegt.

Als entstünde Primärversorgung automatisch kraft der Namensgebung, und könnte außerhalb eines primärversorgungsorientierten Systems betrieben werden. Diese „Gesundheitsreform“ bescheidet sich mit der Erfüllung von ganzen drei

(24-h-Versorgung, Definition des Leistungsumfangs, Koordination) der 15 anerkannten Kriterien für Primärversorgungsorientierung, und lässt wesentliche Voraussetzungen wie z.B. die Definition von Versorgungsebenen, Qualität der Ausbildung der primärversorgenden Berufsgruppen, Wertschätzung der Hausärzte in Relation zu Spezialisten und die Qualität universitärer Allgemeinmedizin wiederum außer Acht. In welcher Organisationsform Primärversorgung stattfindet, ist jedoch sekundär, was zählt ist, ob und wie sie ihre Funktion erfüllen kann und darf. Das zeigt sowohl die Evaluierung des Hausarztmodells in Baden Württemberg als auch der erwähnte Vergleich bayrischer Routinedaten im Heftinneren.

Warum spiegeln sich solche Erkenntnisse nicht ausreichend in gesundheitspolitischen Entscheidungen? Einen Anteil hat möglicherweise, dass wir Generalisten immer noch nicht gut und hörbar genug erklären können, was unser Fach auszeichnet, und was unser Spezialwissen gesellschaftlich wertvoll macht. Wir brauchen noch deutlich mehr Forschung zur Qualität der Kernbereiche hausärztlicher Versorgung: zur Systemwirksamkeit der kompetenten, aufwandsarmen Zuordnung mehrdeutiger Symptome (anstelle technikintensiver Triagierung), zur Betreuung chronisch Kranker und Multimorbider, zur Effizienz hausärztlichen Medikationsmanagements etc.

Ergebnisse versorgungsrelevanter hausärztlicher Forschung sollten verstärkt auch Laienmedien erreichen. Spezialisten haben längst gelernt, Resultate öffentlichkeitswirksam zu plakatieren – nicht immer mit gutem Grund. Es ist Zeit, die traditionelle hausärztliche Bescheidenheit zugunsten eines gesunden Selbstbewusstseins abzulegen. Wir kennen den Wert unserer Arbeit, deshalb lieben die meisten Hausärzte ihren Beruf nach Jahren noch immer, allen Widrigkeiten zum Trotz. Die Wertschätzung unserer Patienten haben wir. Die Wertschätzung des Systems muss aktiv errungen und erstritten werden – so geht es allen emanzipativen Bewegungen.

Susanne Rabady