



Dr. med. Hans Kaspar Schulthess Geschäftsführender Herausgeber



Dr. med. Christian Häuptle St. Gallen



Dr. med. Markus Hug Delémont



Dr. med. Hans-Ulrich Kull Küssnacht



Dr. med. Astrid Lyrer-Gaugler Basel



Dr. med. Carmen Steinacher-Risler Müllheim



Dr. med. Corinne Weber-Dällenbach Zürich



Dr. med. Manfred Wicki-Amrein Willisau

Schnittstelle Hausarztpraxis–Spital: Das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile

Medizinisch-fachliche Qualität allein genügt in der medizinischen Versorgung nicht!

Die Komplexität der medizinischen Versorgung unserer Patientinnen und Patienten wird immer grösser. Dafür können verschiedene Faktoren verantwortlich gemacht werden: die demographische Veränderung der Gesellschaft, der veränderte Lebensstil und die Anspruchshaltung der Bevölkerung, die zunehmende Multimorbidität, der finanzielle Druck auf das Gesundheitssystem sowie die Fortschritte der Medizin in Diagnostik und Therapie. Vor allem ältere, multimorbide Patienten und chronisch Kranke brauchen eine lebenslange Betreuung und sind besonders auf eine tragfähige Arzt-Patientenbeziehung angewiesen. Diese kontinuierliche Betreuung und Behandlung ist die Domäne des Grundversorgers; neben seiner Betreuung ordnet er spezialärztliche Abklärungen und Behandlungen an, koordiniert sie, fügt diese zu einem Ganzen zusammen und dokumentiert sie. Die fachärztliche Diagnostik und Therapie erschöpfen sich oft nicht nur in einem fachärztlichen Rat und einem Therapieversuch, sondern begleiten den Patienten eine Lebensspanne lang. 44 ärztliche Fachrichtungen und 34 Schwerpunktdisziplinen stehen heute zur optimalen Versorgung unserer Patienten zur Verfügung. Dieses breitgefächerte Angebot fokussiert immer mehr auf die Sub-Spezialitäten und fragmentiert die medizinische Behandlung in seine Spezialfächer. Damit besteht die Gefahr, dass die medizinische Gesamtschau und der Überblick der ärztlichen Versorgung verloren gehen und die Qualität der Versorgung abnimmt.

Häufig ist ein Spitalaufenthalt nötig. Die Hospitalisationen sind meistens nicht mehr singuläre Ereignisse in einem Krankheitsverlauf, sondern entpuppen sich vielfach als Etappen in der

Langzeitbetreuung eines Patienten. 2/3 aller Hospitalisationen werden nicht als abschliessend betrachtet sondern sind sequentielle Phänomene. Viele dieser Patienten stehen zudem in ambulanter fachärztlicher Behandlung.

In einem komplexen System wie z. B. in demjenigen eines multimorbiden Patienten, wo verschiedene Faktoren, seien es Menschen oder technische Instrumente, den medizinischen Ablauf bestimmen, ist die Gefahr der Fragmentierung der medizinischen Behandlung erheblich und die Übergänge in den multiplen Abläufen sind fragil und mit Risiken behaftet. An diesen Übergängen oder Schnittstellen ereignen sich die meisten Fehler. Schnittstellen können zu Bruchstellen werden.

Eine dieser Schnittstellen ist diejenige des Übergangs Hausarztpraxis – Spital. Ältere multimorbide Menschen, Hochrisikopatienten sowie «schwierige Patienten» mit komplexen Therapien sind in diesem Übergang besonders gefährdet. Der Übergang Praxis – Spital bedeutet eine Arbeitsteilung und Trennung der Aufgabenbereiche. Unzureichende Kenntnis über den Aufgabenbereich des Spitalarztes und umgekehrt über denjenigen des Hausarztes führen zu Fehlern und Missverständnissen. Während der Hausarzt «Illness-orientiert» arbeitet und sich ganzheitlich und personenbezogen auf die Werte, Fähigkeiten, Ziele und Bedürfnisse der Patienten ausrichtet, stehen beim Spitalarzt die Krankheitsbilder im Zentrum seiner Tätigkeit. Er ist eher «Disease-orientiert» (Korenkov/Hünemund 2016). Diese unterschiedlichen Ausrichtungen bedeuten, dass die verschiedenen Berufsgruppen die Priorität

täten in Ihrer Tätigkeit oft anders gewichten. Dies führt oft zu Missverständnissen und Konflikten.

Die Schnittstelle Praxis–Spital–Praxis ist kritisch: wichtige Informationen können verloren gehen oder werden gar nicht vermittelt; Behandlungen können unterbrochen oder verzögert werden. Auch ist oft nicht klar, wer an diesen Schnittstellen die Verantwortlichkeit trägt. Für eine patientenorientierte Versorgung ist ein professionelles Management der Schnittstellen essentiell. Die hausärztliche Praxis und das Spital werden von den Patienten nicht zuletzt auch bezüglich der ärztlichen Kommunikation untereinander beurteilt. Dabei ist wesentlich, dass sich Hausarzt wie Spitalarzt im Klaren sind, welche Anforderungen sie sich gegenseitig im Schnittstellenbereich Hausarztpraxis–Spital stellen. Diese Anforderungen müssen klar besprochen sein.

Aus der Sicht des Hausarztes wird es wichtig sein, dass er kurzfristig und ohne Schwierigkeiten einweisen kann, einen kompetenten Ansprechpartner im Spital erhält und dieser auch erreichbar ist, evtl. auch nach Entlassung des Patienten nach Hause. Der Hausarzt wird zudem wünschen, dass bei relevanten Befundänderungen des Patienten (Verschlechterung) eine prompte Information geschieht, dies ebenso bei Überweisungen in eine andere Klinik oder Institution. Auch möchte er gerne bei der Änderung der Dauermedikation in Kenntnis gesetzt werden, die Berichte zeitnah erhalten und dass auf problematische Austritte an Samstagen und Sonntagen verzichtet wird.

Der Spitalarzt wird vom Hausarzt fordern, dass er in Ausnahmesituationen und bei wichtigen Rückfragen den Hausarzt problemlos erreichen kann. Beim Einweisungszeugnis wird er wünschen, dass die sicheren Diagnosen und Verdachtsdiagnosen aufgeführt sind, dass eine exakte Fragestellung und ein formuliertes Anliegen vorliegt, dass eine vollständige Medikamentenliste mitgereicht wird und dass wichtige Zusatzinformationen (Allergien, psychosoziale Informationen etc.) mitgeteilt werden. Also für beide Seiten eine anspruchsvolle Aufgabe.

In der Versorgung komplexer medizinischer Situationen ist eine rein fachliche Kompetenz ohne adäquate Kommunikation ungenügend und verschlechtert die Versorgungsqualität. Diese interdisziplinäre Kommunikation, fälschlicherweise immer noch als weicher Faktor bezeichnet, muss immer wieder geübt und geschult werden. Und dies auf allen Stufen: bei den Studenten in der Ausbildung, bei den Assistenten in der Weiterbildung sowie beim ärztlichen Kader und bei den niedergelassenen Ärzten. Die Qualität der zwischenärztlichen Kommunikation muss regelmässig gemeinsam überprüft werden (z.B. Qualitätszirkel). Sie soll geprägt sein von der «guten Absicht», die man dem Gegenüber unterstellt, also von der gegenseitigen Wertschätzung. Dann wird aus den Teilen der ärztlichen Versorgung ein Ganzes.



Dr. med. Christian Häuptle
christian.haeuptle@kssg.ch

NEU

2,5 KERN-Fortbildungs-Credits der SGAIM

«der informierte arzt» ist die einzige Fortbildungszeitschrift in der Schweiz, die Ihnen für Ihr Studium der Beiträge 2.5 Kernfortbildungscredits AIM/MIG verschafft! Wir freuen uns, dass die SGAIM das besondere Herausgeber-Konzept von «der informierte arzt» «Aus der Praxis für die Praxis» anerkennt.

Mit jährlich 30 Credits von «der informierte arzt» können Sie Ihre gesamte fachspezifische Kernfortbildung abdecken!

Denn: Gemäss Fortbildungsprogramm der SGAIM umfasst Ihre Fortbildungspflicht unabhängig vom Beschäftigungsgrad **80 Credits pro Jahr** – 30 davon im Selbststudium und 50 durch **nachweisbare und strukturierte Fortbildung**: Hiervon wiederum mindestens 25 Stunden fachspezifische Kernfortbildung, wie sie z. B. mit der Lektüre von «der informierte arzt» durch Beantwortung der CME-Fragen erworben werden können.



Holen Sie sich Ausgabe für Ausgabe Ihre SGAIM-Kernfortbildungspunkte

und füllen Sie den Fragebogen auf Seite 55 aus per Fax oder online unter www.medinfo-verlag.ch.